



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SERVIÇO SOCIAL

MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA CAROLINA BECKER NISIIDE

**O PROTAGONISMO FAMILIAR EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO DE TOLEDO - PARANÁ**

**TOLEDO-PR
2016**

ANA CAROLINA BECKER NISIIDE

**O PROTAGONISMO FAMILIAR EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO DE TOLEDO - 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
2016

Catálogo na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Unioeste – SBU

Nisiide, Ana Carolina Becker

N724p O protagonismo familiar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Município de Toledo - Paraná. / Ana Carolina Becker Nisiide. – Toledo, 2016.
219 f.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Toledo, 2016.

1. Família – Aspectos sociais. 2. Política de Saúde Mental. 3. Política social. 4. Psicanálise. I. Batista, Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva. II. Título.

CDD 20. ed. – 362.8294

ANA CAROLINA BECKER NISIIDE

**O PROTAGONISMO FAMILIAR EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS) DO MUNICÍPIO DE TOLEDO - 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.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Isabel Formoso Cardoso e
Silva Batista

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profa. Dra. Gicelle Galvan Machineski

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Profa. Dra. Maria Lúcia Boarini

Universidade Estadual de Maringá

Toledo, 09 de agosto de 2016.

ATA DE DEFESA



unioeste

Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Centro de Ciências Sociais Aplicadas/CCSA

Campus de Toledo

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social - Mestrado/PPGSS

Rua da Faculdade, 645 - Jd. Santa Maria - Fone: (45) 3379-7130 - CEP 85903-000 Toledo - PR

E-mail: toledo.mestradoservicosocial@unioeste.br



Ata da Banca de Defesa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social-
Mestrado/PPGSS, Área de Concentração: Serviço Social, Política Social e Direitos Humanos.
Linha de Pesquisa: Políticas Sociais, Desenvolvimento e Direitos Humanos.

Aos nove dias do mês de agosto de dois mil e dezesseis, às treze horas e trinta minutos, em sessão pública, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná/ Unioeste - *Campus* de Toledo, perante a Banca Examinadora composta pelos professores: Prof.ª Dr.ª Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista (orientadora/UNIOESTE), Prof.ª Dr.ª Maria Lucia Boarini (UEM) e Prof.ª Dr.ª Gicelle Galvan Machineski (UNIOESTE), presidida pelo primeiro, compareceu a mestranda **Ana Carolina Becker Nisiide** para realizar Banca de Defesa de Dissertação, com o trabalho intitulado: **“O protagonismo familiar em um Centro de Atenção Psicossocial do município de Toledo - Paraná”**. Feitas as arguições e tendo a candidata respondido às questões que lhe foram formuladas, a banca examinadora considerou-a

aprovada, fazendo jus ao título de **Mestre em Serviço Social** e fez as seguintes orientações:

proceder a revisão de texto e bibliográfica. A banca sugere, ainda, a elaboração de um artigo e submissões a um periódico científico

Nada mais havendo a tratar, encerro a presente ata, lavrada e assinada por mim, Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista, Presidente da Banca, pelos demais membros e pela mestranda.

Toledo, 09 de agosto de 2016.

Maria Isabel Formoso Cardoso e Silva Batista Presidente

Maria Lucia Boarini Membro

Gicelle Galvan Machineski Membro

Ana Carolina Becker Nisiide Mestranda

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Professora Maria Isabel Batista, por aceitar o desafio, pela bondade em dividir comigo seus conhecimentos e por me mostrar que sempre se pode mais.

Às professoras Luciana Oliveira, Maria Lúcia Boarini, Maria Lúcia Frizon e Rejane Coelho, mais do que uma banca, vocês me acompanharam em diversas fases da minha formação acadêmica. Obrigada pelos saberes compartilhados.

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

A minha avó, Eugênia Straus, por me ensinar que amor e respeito caminham juntos e que os arranjos familiares se formam pelos laços afetivos que construímos. Mesmo não estando mais aqui, você sempre terá sua parte nas minhas escolhas.

A minha mãe, Rosi Schneider, por ser minha primeira professora da teoria crítica. Você foi meu porto seguro ao longo desse projeto e sempre me auxiliou com sábios conselhos.

Ao meu marido Marco Nisiide, que suportou ao meu lado os momentos angustiantes. Você foi compreensivo, me apoiou nessa caminhada e sempre me desafiou a lidar com as diferenças.

Ao meu irmão, Felipe Becker, aos meus irmãos de coração, Paula e Diogo Schneider, e aos meus sobrinhos, Marina e Vicente, pelos sorrisos nos dias de cansaço e por me apoiarem nos dias em que pensei que não conseguiria dar conta de tudo.

As minhas amigas do “Ritual”, em especial a Leticia Campos, por perdoarem as reuniões perdidas e por me escutarem nas que me fiz presente.

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

NISIIDE, Ana Carolina Becker. O protagonismo familiar em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Toledo – Paraná. 219 pg. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Toledo, 2016.

RESUMO

A família, como lugar privilegiado de proteção social, passa cada vez mais a ser tomada como “parceira” do Estado e foco das políticas sociais. Exige-se, então, que a família cumpra determinadas funções de reprodução, de formação do indivíduo, de proteção e de socialização, mas, para que ela possa ser espaço de proteção ela precisa ser protegida, precisa acessar aos seus direitos. Nesse sentido, apesar de a família exercer sua função protetiva, ela não pode ser um substituto do Estado e nem eximi-lo de suas responsabilidades. É premente discutir o significado da proteção social, contrapondo as responsabilidades familiares às do Estado, ampliando o olhar sobre o lugar que a família ocupa nas mais diversas políticas sociais, dentre elas a de Saúde Mental. Afinal, a instituição familiar foi historicamente afastada do sujeito em sofrimento psíquico, mas ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica essa foi tomada como ator fundamental para reinserção social do paciente. Frente às constantes ameaças de retrocesso e a precarização da Política de Saúde Mental na conjuntura neoliberal, somadas ao redirecionamento da política que passa a privilegiar os serviços de base territorial e as várias funções que a família vai assumindo no cuidado com o paciente, objetiva-se, com esse estudo, compreender como se configura o protagonismo familiar em um CAPS do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela Política de Saúde Mental no processo de Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo e qualitativo. Utilizando-se como metodologia de coleta de dados a pesquisa documental, a entrevista semiestruturada e as observações dirigidas, foi possível interpretar os dados coletados por meio da técnica de análise de conteúdo. A partir da análise dos resultados, constatou-se que o protagonismo é vivenciado por essas famílias, basicamente, como cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. A forma como elas exercem seu protagonismo relaciona-se, intimamente, com o contexto socioeconômico em que estão inseridas, permeado por dificuldades de acesso ao trabalho e à renda, pelo preconceito e pelo estigma social e por sentimentos de culpa e de estresse relacionados ao transtorno mental. Por outro lado, as condições objetivas do CAPS também colocam limites para a oferta de um espaço maior para o apoio familiar, além disso, os espaços ofertados são pouco ocupados pelas famílias. Frente esse contexto, ou as famílias adotam uma postura contrarreformista, situação intimamente relacionada à falta de um suporte mais consistente da rede de atendimento, ou tentam lutar pelos seus direitos por meio da Associação de Pacientes, de Familiares e de Funcionários do CAPS; todavia, a falta de articulação, a pouca clareza em relação à Política de Saúde Mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica e a escassez de apoio político limitam substancialmente as possibilidades de avanço dessa associação. Essa conjuntura, repercute diretamente nas possibilidades de reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico e limita a luta política dessas famílias para avanços da Política de Saúde Mental e do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Protagonismo. Família. Política de Saúde Mental. Centro de Atenção Psicossocial

NISIIDE, Ana Carolina Becker. The family role in a Psychosocial Attention Centre (CAPS) in the city of Toledo - Paraná. 219 pg. Dissertation (Master's Degree in Social Work). Western Paraná State University, Toledo, 2016.

ABSTRACT

The family as a privileged place of social protection becomes increasingly a "partner" of the state and focus of social policies. It is required that the family meets certain functions of breeding, individual formation, protection and socialization, but it will be a space of protection only if it is protected, need to have access their rights. In this sense, despite the family exert their protective function, it cannot be a substitute of the State and not eximi it of its responsibilities. It is urgent to discuss the significance of social protection, contrasting family responsibilities to the State, expanding the look over the place that the family occupies in various social policies, among them the Mental Health. After all, the family institution has historically been removed from the patient in psychological treatment, but over the Psychiatric Reform process this was taken as a fundamental factor for social rehabilitation of the patient. Faced with the constant threat of kicking and precariousness of Mental Health Policy in the neoliberal environment, added to redirect policy passing to favor territorial basic services and the various functions that the family takes on the care of the patient, the aim of this study is understand the configuration of the family role in a Psychosocial Attention Centre (CAPS) in the city of Toledo (Parana state - Brazil), as recommended by the Mental Health Policy in the Psychiatric Reform process. This is a quantitative and qualitative research. Using as data collection the document research methodology, semi-structured interview and directed observations, it was possible interpret the data collected through the content analysis technique. As some of the results for this problem, it was found that the role is experienced by these families, basically, as individual's care in psychic suffering. The way they exercise their role relates closely with the socioeconomic context in which they are, permeated by difficulties in access to employment and income, prejudice and social stigma and feelings of guilt and stress related to mental disorder. On the other hand, the CAPS objective conditions also put limits to offer greater space for the family support; moreover, the offered spaces are hardly occupied by families. Front this context, that families adopt a posture against reform, situation closely related to the lack of a more consistent support of the service network, or try to fight for their rights through the CAPS Patients, Family and officials Association; however, the lack of coordination, the lack of clarity in relation to the Mental Health Policy and the principles of psychiatric reform and the lack of political support, substantially limit advancement possibilities of this association. This situation has a direct impact on the social reintegration possibilities of individuals in psychological suffering and limits the political struggle of these families to advances in Mental Health Policy and the Psychiatric Reform Movement.

KEYWORDS: Protagonism. Family. Mental Health Policy. Psychosocial Attention Centre.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Localização do município de Toledo no Estado do Paraná, 2010.....	74
Figura 2	Mapa das regionais de saúde do Estado do Paraná, 2015.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Brasil - Leitos Psiquiátricos SUS por ano (2002-2010)	30
Gráfico 2	Brasil - Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos (2002 a 2011).....	31
Gráfico 3	Brasil - Série histórica de expansão dos CAPS (1998 a 2010)	33
Gráfico 4	Brasil - Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares (2002 a 2009)	34
Gráfico 5	Brasil - Número de CAPS (2008 a 2015).....	38
Gráfico 6	Brasil - Número de CAPS por Região (2012 a 2014).....	39
Gráfico 7	Paraná - Natureza jurídica das instituições asilares (2008 a 2009).....	41
Gráfico 8	Paraná - Número de CAPS no Estado do Paraná (2008 a 2015).....	44
Gráfico 9	Paraná – Taxa de Cobertura Populacional por Número de CAPS (2008 a 2014).....	44
Gráfico 10	Paraná - Comparativo entre o número de leitos em Hospital Psiquiátrico e em Hospital Geral (2011 a 2014).....	45
Gráfico 11	Regime de Atendimento dos usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	93
Gráfico 12	Período em que os usuários de um CAPS de Toledo/PR frequentam o serviço, 2015.....	94
Gráfico 13	Trabalho dos sujeitos em sofrimento psíquico de um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	96
Gráfico 14	Escolaridade dos sujeitos em sofrimento psíquico de um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	97
Gráfico 15	Escolaridade dos familiares que residem com os usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	99
Gráfico 16	Renda das famílias dos usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	100
Gráfico 17	Trabalho das famílias de um CAPS do município de Toledo/PR, 2015.....	101
Gráfico 18	Quantidade de membros nas famílias de um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	102
Gráfico 19	Residência dos usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número e tipo de estabelecimentos ofertados pela rede pública e privada do município de Toledo/PR.....	75
Quadro 2	Perfil das famílias usuárias de um CAPS de Toledo/PR selecionadas para participar da entrevista.....	87
Quadro 3	Distribuição das categorias, subcategorias e unidades de análise temática.....	89
Quadro 4	Dados demográficos dos usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	95
Quadro 5	Estado civil dos sujeitos em sofrimento psíquico de um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	103
Quadro 6	Arranjo familiar dos usuários e um CAPS de Toledo/PR, 2015.....	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFMD	Associação de Familiares de Doentes Mentais
AFRIS	Associação Friedrich e Ingrun Seyboth
APAE	Associação de Pais e Amigos Excepcionais
APFF-CAPS	Associação de Pacientes, Familiares e Funcionários do Centro de Atenção Psicossocial
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEU	Centro de Artes e Esportes Unificado
CISOPAR	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Paraná
CISMEEP	Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental
COAMO	Cooperativa Agroindustrial Mouraoense
CONSAMU	Consórcio Intermunicipal Samu Oeste
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DOM	Associação de Apoio aos Portadores de Distúrbios de Ordem Mental
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional Psiquiátrica
GAP	Grupo de Avaliação da Assistência
GM	Gabinete do Ministério
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
II CNSM	II Conferência Nacional de Saúde Mental
III CNSM	III Conferência Nacional de Saúde Mental
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IV CNSM	IV Conferência Nacional de Saúde Mental- Intersetorial
IV CNSM	IV Conferência Nacional de Saúde Mental
LBHM	Liga Brasileira de Higiene Mental
MARE	Ministério da Administração e da Reforma do Estado
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental
MRP	Movimento de Reforma Psiquiátrica
MRS	Movimento de Reforma Sanitária
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMC	Organização Mundial do Comércio
ONG	Organização não-governamental
PPA	Plano Plurianual
PAD	Programa de Apoio à Desospitalização

PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria
PRH	Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RENILA	Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SESC	Serviço Social do Comércio
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SOSINTRA	Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIDA	Associação de Familiares e Amigos do Autista

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

	INTRODUÇÃO.....	13
1	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE POLÍTICA NEOLIBERAL.....	17
1.1	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PARANÁ.....	40
1.2	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR..	46
2	O “LUGAR” DA FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	51
2.1	A FAMÍLIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS.....	51
2.2	A FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	57
2.2.1	A família na Política de Saúde mental a partir da análise da Legislação Federal.....	58
2.2.2	A família na Política de Saúde Mental a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde Mental.....	64
2.2.3	A família na Política de Saúde Mental a partir da análise de Manuais e Cartilhas Federais.....	70
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	74
3.1	O LOCAL DA PESQUISA.....	74
3.2	TIPO DE PESQUISA.....	81
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	82
3.3.1	A revisão bibliográfica e a pesquisa documental.....	82
3.3.2	As observações de campo.....	83
3.3.3	Os discursos.....	84
3.4	OS SUJEITOS DA PESQUISA.....	85
3.5	O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	88
3.6	DEVOLUTIVA DOS DADOS DA PESQUISA.....	90
3.7	CUIDADOS ÉTICOS.....	91
4	O PROTAGONISMO FAMILIAR EM UM CAPS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO- PARANÁ.....	92
4.1	PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPS PESQUISADO.....	92
4.2	O CONTEXTO EM QUE ESTÁ INSERIDA A FAMÍLIA DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E AS CONDIÇÕES PARA A SUA AÇÃO PROTAGONISTA NO CAPS DE TOLEDO/PR.....	106
4.2.1	O contexto econômico das famílias do CAPS de Toledo/PR e suas condições para a ação protagonista no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico.....	106
4.2.2	O contexto social das famílias do CAPS de Toledo/PR e suas condições para a ação protagonista no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico...	112
4.2.3	O contexto subjetivo das famílias do CAPS de Toledo/PR e suas condições para a ação protagonista no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico...	121
4.3	O COMPARTILHAMENTO DE RESPONSABILIDADES ENTRE O	129

CAPS E AS FAMÍLIAS DOS USUÁRIOS.....	
4.3.1 As condições objetivas do CAPS para oferta de atendimento aos usuários e aos seus familiares.....	130
4.3.2 A concepção das famílias e funcionários do CAPS sobre a função do CAPS em relação aos usuários e seus familiares.....	139
4.3.3 A concepção das famílias e funcionários do CAPS sobre a função familiar..	149
4.4 A RELAÇÃO DO CAPS E DAS FAMÍLIAS COM A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E COM A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL.....	158
4.4.1 As concepções do CAPS e das famílias sobre a Política de Saúde Mental e sobre o processo de Reforma Psiquiátrica.....	159
4.4.2 A relação com a rede de proteção social de Toledo/PR.....	165
4.4.3 O protagonismo familiar e a Associação de Pacientes, Familiares e Funcionários do Centro de Atenção Psicossocial.....	175
CONCLUSÃO	185
REFERÊNCIAS	193
APÊNDICES	204
APÊNDICE I - Roteiro de coleta de dados socioeconômicos dos prontuários dos usuários.....	205
APÊNDICE II - Roteiro de observação dirigida nas reuniões do grupo de família (5 reuniões).....	206
APÊNDICE III - Roteiro de observação dirigida das reuniões da Associação do CAPS (1 reunião).....	207
APÊNDICE IV - Roteiro de observação dirigida de atividades realizadas na instituição (3 visitas).....	208
APÊNDICE V - Roteiro de entrevista semiestruturada com familiares dos usuários do CAPS do município de Toledo/PR.....	209
APÊNDICE VI - Roteiro de entrevista semiestruturada com funcionários do CAPS do município de Toledo/PR.....	211
APÊNDICE VII - Termo de consentimento livre e esclarecido do familiar de usuário do CAPS do município de Toledo/PR.....	212
ANEXO	217
ANEXO I – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	218

INTRODUÇÃO

O montante de sujeitos acometidos por algum tipo de sofrimento psíquico é grande, situação essa que inquieta e coloca constantemente questionamentos sobre as formas de tratamento e de acompanhamento desses pacientes. A Organização Mundial da Saúde e a Organização Mundial de Médicos de Família estimam que, a nível mundial, “154 milhões de pessoas sofrem com depressão e 25 milhões de pessoas de esquizofrenia; 91 milhões de pessoas são afetadas por perturbações do abuso de álcool e 15 milhões por perturbações do abuso de drogas [...] Cerca de 877 mil pessoas morrem devido ao suicídio a cada ano” (OMS; WONCA, 2009, p. 25). Sendo assim, comumente profissionais das mais diversas áreas de atuação, dentre elas do Serviço Social, se deparam com situações desse gênero no atendimento das mais diversas políticas sociais.

O Serviço Social, como uma das profissões da área da saúde, se insere na luta pela liberdade e pela garantia de direitos do sujeito em sofrimento psíquico e de sua família, levando em consideração o acesso desses sujeitos à cultura, ao lazer, à convivência familiar, ao trabalho, às condições de moradia, dentre outras. Contudo, de acordo com Rosa e Melo (2009), apesar da inserção do Serviço Social na Política de Saúde Mental, esse processo é pouco explorado na literatura da categoria, portanto, “os assistentes sociais têm que investir mais na sistematização de suas experiências em saúde mental e, sobretudo com o grupo familiar, aprofundando os diferentes ângulos implicados na matéria” (ROSA; MELO, 2009, p. 102). Nesse sentido, ressalta-se a importância da pesquisa da Política de Saúde Mental a partir do escopo teórico do Serviço Social, fato que contribui tanto para se pensar a respeito da inserção e da atuação do profissional nessa política quanto para se refletir sobre algumas questões teóricas e práticas referentes ao Movimento de Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, com o processo da Reforma Psiquiátrica, o atendimento em saúde mental passou a ter, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o espaço de articulação do território e de mobilização de recursos para a melhoria da qualidade de vida do sujeito em sofrimento psíquico. O atendimento, nesse espaço, ultrapassou uma busca por “cura” ou adaptação social e trouxe um conceito ampliado de saúde mental, que leva em conta o respeito ao sujeito e a compreensão da sua forma única de se colocar no mundo.

Refletir sobre os CAPS e a atual conformação da Política de Saúde Mental implica o estudo da família, seja de forma tangencial ou central. Afinal, a família passou, com o Movimento de Reforma Psiquiátrica, a ter papel fundamental no processo de (re)socialização

do paciente, atuando no cuidado e na proteção social desses sujeitos, ao mesmo tempo em que necessita ser cuidada e apoiada pelo Estado na difícil tarefa de ter um membro em sofrimento psíquico em seu seio. A inserção da família, portanto, apresenta-se como uma condição central para o enfrentamento do sofrimento psíquico, cuidando e integrando os atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida. Pesquisas, como a de Schrank e Olschowsky (2008), mostram que o trabalho no CAPS só se concretiza por meio do envolvimento com a família. Nessa parceria, o vínculo aparece como premissa básica para que caminhos menos sofridos e menos estigmatizados da vivência do sofrimento psíquico possam ser construídos.

Diante da relevância das funções assumidas pela família, a Política de Saúde Mental dá um salto qualitativo ao propor a (re)inserção familiar e comunitária do sujeito em sofrimento psíquico. Conforme apontado por Rosa (2013), a família, até então alijada do cuidado e do tratamento desse sujeito, passa de mera informante a protagonista desse processo, assumindo variadas atribuições, como: de sujeito político, usuária do serviço, recurso de cuidados para o paciente e avaliadora dos serviços nos quais se insere. Perante a 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 ao sujeito em sofrimento psíquico, 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, acolhida e fortalecida para o exercício de seu protagonismo.

Foi pensando, pois, na relação contraditória de compartilhamento de responsabilidades entre família e Estado, na tarefa de proteção desse membro em sofrimento psíquico, que o desejo pela realização desta pesquisa aflorou-se. Sendo assim, compreender o protagonismo familiar no espaço do CAPS implica a reflexão sobre os diferentes lugares que família e Estado ocupam após a promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001, no cuidado e no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Nesse sentido, é premente discutir o protagonismo familiar, analisando as responsabilidades familiares e as do Estado e ampliando o olhar sobre a relação da família com a Política de Saúde Mental. Portanto, buscou-se, neste estudo, desvelar o “lugar” que essa família ocupa em tal política e as funções que ela assume ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica, a fim de compreender se, de fato, e em que medida, a família protagoniza o processo de tratamento do paciente com sofrimento psíquico, junto a um CAPS do município de Toledo/PR.

A elegibilidade do CAPS como *locus* para a realização desta pesquisa, deu-se pelo fato deste se constituir em um serviço estratégico no atendimento de base comunitária do sujeito em sofrimento psíquico; além do que o CAPS é o serviço articulador da rede de saúde mental e

atua, junto aos usuários e seus familiares, para o fortalecimento dos vínculos e para a (re)inserção familiar e social do sujeito em sofrimento psíquico.

O CAPS, que é foco desse estudo, situa-se no município de Toledo, região oeste do estado do Paraná. Ao longo da última década, cresceram os serviços extra-hospitalares no município de Toledo, demonstrando avanços principalmente em termos de criação de CAPS; todavia, os avanços na Política de Saúde Mental requerem, para o rompimento com a estrutura asilar, uma série de serviços como, por exemplo, leitos psiquiátricos em hospital geral, Serviços Residenciais Terapêuticos, iniciativas para geração de trabalho e renda, ou seja, uma ampla rede de serviços de saúde articulados entre si e com as demais políticas sociais. O reforço de uma rede de cuidado e inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico não se faz sem dificuldades, ainda mais em um período de retração do Estado. Nesse sentido, o incentivo ao protagonismo da família, não apenas para o cuidado do seu familiar enfermo, mas para o seu próprio fortalecimento e luta política, para que a Reforma Psiquiátrica avance, é fundamental. Para tanto, este estudo objetiva compreender como se configura o protagonismo familiar em um CAPS do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela política de saúde mental no processo de Reforma Psiquiátrica.

No intuito de responder a tal objetivo, fez-se necessário delimitar o perfil socioeconômico dos usuários do serviço, compreendendo melhor a realidade desse público. Após isso foi fundamental, ainda, identificar especificamente a concepção dos familiares sobre o protagonismo familiar, as funções do CAPS de Toledo/PR na atenção aos usuários e na política de saúde mental; a concepção dos funcionários sobre o protagonismo familiar, as funções do CAPS de Toledo/PR na atenção aos usuários e a política de saúde mental; as condições objetivas que as famílias possuem para serem protagonistas diante das atividades ofertadas pelo CAPS de Toledo/PR; e as condições objetivas que o CAPS de Toledo/PR possui para a oferta de serviços que propiciem o protagonismo familiar.

A metodologia utilizada neste estudo, para responder a problemática levantada, foi a análise de bibliografias já disponíveis e publicadas, a pesquisa documental, observações dirigidas e entrevista semiestruturada. Essa metodologia de coleta de dados forneceu os elementos necessários para o desvelar dessa realidade, elementos que foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977).

Tendo como norte a problemática e os objetivos deste estudo, o primeiro capítulo da presente dissertação tratará de contextualizar a Política de Saúde Mental a partir da década de 1990. Afinal, é necessário acompanhar o movimento da política para perceber as mudanças que ocorreram em termos de atendimento ao usuário e à sua família, o direcionamento do

Movimento da Reforma Psiquiátrica e a forma como o Estado vem se colocando em relação à Política de Saúde Mental, para, assim, visualizar como esse contexto se reflete na família. A partir do entendimento do movimento da Política de Saúde Mental é possível olhar com maior clareza para o “lugar” que é designado à família nesse contexto e delinear sua relação com o Estado em relação ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, o que abre espaço para as discussões travadas na seção seguinte.

Por conseguinte, no capítulo dois explora-se a relação da família com as políticas sociais e, conseqüentemente, com a Política de Saúde Mental. Nesse momento, busca-se explicitar o que se entende por família, como as famílias da classe trabalhadora vêm sendo olhadas e atendidas pelas políticas sociais para, por fim, se delimitar o “lugar” da família na Política de Saúde Mental a partir do estudo das legislações pós 1990, das Conferências Nacionais de Saúde Mental e de alguns manuais e cartilhas disponibilizados pelo governo federal. Compreender as funções que vão sendo delegadas às famílias e aos serviços de saúde mental em relação às famílias é indispensável para a análise dessa dissertação, acerca do protagonismo desses atores em relação ao tratamento do sujeito em sofrimento psíquico.

No capítulo três fez-se necessário delimitar o percurso metodológico trilhado ao longo dessa pesquisa. Nessa seção, encontra-se uma aproximação com a realidade do CAPS de Toledo/PR, a forma como se deu a coleta de dados, os sujeitos que fizeram parte da pesquisa e a escolha das categorias de análise, deixando claro o caminho percorrido pelo pesquisador para chegar aos resultados da pesquisa.

Por fim, o capítulo quatro traz a análise dos dados coletados, desvelando, assim, as condições objetivas que as famílias possuem para serem protagonistas no tratamento do seu familiar enfermo; a realidade do CAPS pesquisado e quais suas condições objetivas para o apoio ao protagonismo familiar; como esses atores compartilham suas responsabilidades para o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico e como vivenciam, nesse processo, seu protagonismo e as funções que exercem e, ao final, como esses sujeitos compreendem a Política de Saúde Mental e o processo de Reforma Psiquiátrica e os rebatimentos dessa compreensão no protagonismo político dos familiares.

Com a construção desses capítulos, foi possível ampliar o olhar sobre o protagonismo familiar nesse CAPS do município de Toledo/PR, ao mesmo tempo que colocou novas questões a serem pesquisadas e pensadas pela Política de Saúde Mental.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE POLÍTICA NEOLIBERAL

Este capítulo procura contextualizar a Política de Saúde Mental, evidenciando o período de redemocratização do Brasil e o processo de contrarreforma¹ estatal, com o intuito de esclarecer os avanços e os retrocessos dessa política em tempos de Estado mínimo e como esse processo repercuta na família do sujeito em sofrimento psíquico. Compreender esse período de redemocratização do país e de posterior ingresso na política neoliberal, na década de 1990, é um resgate histórico de suma importância, pois evidencia as inter-relações entre a história e o movimento do capital, o papel do Estado na implementação e na regulação das políticas sociais² e as relações estabelecidas entre as classes sociais e o Estado, elementos essenciais para explicar as políticas sociais sob um enfoque dialético (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

A transição democrática nacional ocorreu sob fortes embates por hegemonia. O governo tentou manter o controle e impedir que a oposição conquistasse vitórias eleitorais, todavia, a insatisfação popular em relação ao regime militar pressionou para que houvesse mudanças. Em 1985, foram realizadas eleições para os prefeitos das capitais, que até então eram indicados pelos governadores, seguidas das eleições para governadores, deputados estaduais, deputados federais e senadores constituintes em 1986. A nova Constituição Federal foi promulgada em 1988 e as primeiras eleições diretas para presidente da República ocorreram em 1989, elegendo Collor de Mello para a presidência (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Assim, a transição democrática ocorreu sem rupturas políticas intensas, por meio de pactos e alianças entre a elite nacional, a qual controlava e aplacava os movimentos populares e dos trabalhadores (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Entretanto, o movimento operário e

¹ Conforme Behring (2008) e Behring e Boschetti (2011), apesar de o projeto governamental utilizar o termo Reforma do Estado, este se valeu indevidamente da terminologia e a usou sob forte conotação ideológica, destituindo-o de seu caráter redistributivo e o referenciando como se toda e qualquer modificação significasse uma reforma, sem levar em conta as condições sociais, históricas, políticas e econômicas. No Brasil, anuncia-se uma reforma com a Constituição de 1988 e a ampliação dos direitos nela expressos. Contudo, as medidas tomadas pelo Estado limitam as possibilidades para que essas reformas se efetivem e possam concretizar mudanças democrático-burguesas inacabadas. Portanto, o que o Estado chama de reforma, na realidade, foi uma contrarreforma estatal, barrando a possibilidade de uma reforma social democrática e adaptando o Brasil à lógica do capital com a implantação do neoliberalismo.

² Neste trabalho, optou-se pelo uso do termo política social e não política pública, pois o termo política social está relacionado ao entendimento de que as políticas sociais são amplas. Para compreendê-la é preciso levar em consideração as lutas de classes sociais, o papel do Estado e a história e a natureza do capitalismo, enquanto que as políticas públicas referem-se a políticas de Estado. Para mais informações sobre essa temática, buscar Vieira (2009) e Behring e Boschetti (2011).

popular ultrapassou o controle das elites e foi decisivo nos debates travados na Constituinte, afinal esses não deixaram de lutar durante o período ditatorial, sofrendo forte perseguição e represálias. Assim, a Constituição de 1988 reflete um momento de embates e de luta por hegemonia, conquistando avanços significativos em termos de direitos ao mesmo tempo em que mantinha forte tendência conservadora. A “Constituição Cidadã” deu um salto considerável em termos de garantia legal de direitos, contudo, não se pode negar que na constituinte “prevaleceram os acordos estabelecidos por uma maioria mais conhecida como ‘Centrão’ – apelido que diz muito sobre a natureza de tal articulação” (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p.142).

Portanto, as décadas de 1970 e de 1980 representaram avanços consideráveis para as políticas sociais, fruto das intensas mobilizações populares e da retomada da democratização do Brasil. Em contrapartida, também expressou o conservadorismo político e a luta da elite na manutenção do poder. Apesar da inclusão legal de direitos na Constituição e das intensas investidas populares que buscavam reformas efetivas na estrutura social, política e econômica do país, muitas contrainvestidas se colocaram na década de 90 e repercutiram diretamente na efetivação dos direitos expressos na legislação, afinal “dispor formalmente de instrumentos jurídicos para a proteção dos direitos humanos e efetivamente leva-los à prática, medeia um abismo que se alarga” (TRINDADE, 2011, p.196).

Em termos da política de saúde e de saúde mental, o final da década de 1970 e a década de 1980 também representaram mudanças significativas, reflexo do processo de redemocratização do Brasil, da Constituição de 1988 e da luta contra a forma como a psiquiatria estava estruturada. Essa luta travada por diversos sujeitos sociais no âmbito da política da saúde repercutiu no Movimento Reforma Psiquiátrica (MRP) e em uma nova forma de olhar e de tratar a loucura no Brasil³, possibilitando à pessoa em sofrimento psíquico a convivência com a família e com a sociedade.

³ De acordo com Vasconcelos (1992), a reformulação da política de saúde mental, no Brasil, acompanhou um movimento global de desinstitucionalização, que ocorreu devido a alguns pontos como: a escassez de mão de obra, que encorajou investimentos para reabilitação da população, até então considerada improdutiva; as conjunturas de democratização e de afirmação de direitos civis e políticos, que impulsionaram o reconhecimento dos direitos dos ditos “doentes mentais”; principalmente na Europa, em que ocorreu o desenvolvimento do “welfare state”, o aumento de programas e políticas sociais e as mudanças demográficas (envelhecimento populacional, saída da mulher para o mercado de trabalho e transformações na estrutura familiar); o crescimento de teorias e práticas terapêuticas e o desenvolvimento de terapias farmacológicas impulsionaram novas práticas relacionadas ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, além de darem suporte ao cuidado informal prestado pela família.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica surgiu sob forte influência do Movimento de Reforma Sanitária⁴ (MRS) e ganhou certa autonomia no momento em que profissionais da área de saúde mental, especificamente por meio da “crise da DINSAM”⁵, passaram a denunciar as precárias condições de trabalho e, com isso, evidenciaram as péssimas condições de tratamento ofertadas nesses hospitais. O Estado repreendeu essa mobilização e demitiu os profissionais envolvidos, o que os levou a apresentarem seu caso e a se mobilizarem no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria que ocorreu em 1978. Desta e de outras mobilizações surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM (ROSA, 2011).

De acordo com Vasconcelos (2000), o MTSM foi resultado de articulações em Congressos e do Movimento de Renovação Médica, mas se fortaleceu com a visita de Franco Basaglia⁶ ao Brasil em 1978. Uma característica importante desse movimento foi sua externalidade ao aparelho estatal. Seus principais objetivos giravam em torno da contestação e da denúncia das condições dos hospitais psiquiátricos, propondo uma forma de atenção humanizada e ambulatorial para a saúde mental. Dentre outras mobilizações sociais desse período, pode-se citar a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), que surgiu em 1979 e é uma das primeiras instituições organizadas por familiares da pessoa em sofrimento psíquico⁷ e tem como objetivo principal a integração do paciente ao mercado de trabalho.

⁴ O movimento sanitário é definido por Escorel apud Escorel (2008) como “o movimento de profissionais da saúde – e de pessoas vinculadas aos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania” (ESCOREL apud ESCOREL, 2008, p. 407). Em sua gênese, o movimento sanitário partiu de três vertentes político-ideológicas. O primeiro é o do movimento estudantil, que têm como característica central a difusão da teoria da medicina social por meio do movimento estudantil da área da saúde e, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), como órgão de difusão na sociedade de um projeto vinculado as classes populares e da saúde como direito de todos. A segunda vertente era composta pelos movimentos de Médicos Residentes e de Renovação Médica, e se caracteriza por apresentar uma atuação política no mundo do trabalho. Os médicos denunciavam as precárias condições de trabalho, explicitando as diferenças dentro da categoria profissional entre liberais, empresários e assalariados, assim buscavam melhores condições para assistência médica e para sociedade brasileira. A terceira vertente era constituída pela “academia”, que deu o suporte teórico-ideológico ao movimento, ampliando a produção teórica, as pesquisas em saúde coletiva e a formação de recursos humanos nesta área (ESCOREL, 2008).

⁵ Refere-se ao momento em que os profissionais das quatro unidades do Rio de Janeiro da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) deflagram uma greve em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais (AMARANTE, 1995).

⁶ Franco Basaglia foi um importante estudioso e articulador político da Reforma Psiquiátrica italiana e que influenciou o movimento brasileiro. A tradição basagliana se contrapõe ao modelo biomédico, questionando o processo de “cura” da doença e os saberes da psiquiatria clássica. Seu objeto paira sobre a complexidade da “existência-sofrimento” do paciente em sofrimento psíquico, articulado ao contexto de reprodução social (ROSA, 2011).

⁷ A terminologia utilizada pela legislação de saúde mental e pela Lei Federal nº 10.216/2001, para substituir a termo doença mental, é “portador de transtorno mental”. Para Esperanza (2011), a terminologia transtorno mental tem base no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) e representa uma manifestação individual de disfunções que podem ser comportamentais, orgânicas ou psíquicas. Neste trabalho,

Nesse sentido, vale salientar a importância dos movimentos sociais no processo de redemocratização e de garantia de direitos no Brasil, contudo, mesmo com a aprovação da Constituição de 1988, pressões para a implantação da agenda neoliberal também se fizeram presentes, em especial na década de 1990. Economicamente, o Brasil entrou nessa década com uma grave crise inflacionária. Politicamente, iniciou esse período com a posse de Fernando Collor de Mello, que travou sua disputa para presidência contra o candidato Luiz Inácio Lula da Silva, ambos apresentavam projetos políticos antagônicos, tendo em vista que, enquanto Collor apoiava as mudanças para um ajuste neoliberal, Lula fazia opção pela classe trabalhadora. Perante a esse quadro, a elite apoiou a candidatura de Collor.

Portanto, na ocasião em que o Brasil se encontrava no processo de implantação do Estado democrático de direito, a ordem econômica internacional já declinava em relação à manutenção do Estado de Bem-Estar Social⁸. Sendo assim, o Brasil, que não chegou a implantar o Estado de Bem-Estar Social, passou a gerir e a ser gerido pela política neoliberal, pelas estratégias de mundialização e de financeirização do capital, com a sua direção privatizadora e focalizadora das políticas sociais, enfrentando a “rearticulação do bloco conservador” (YAZBEK, 2014, p. 17) com a eleição de Fernando Collor, que buscava, de diversas formas, obstruir a realização dos novos direitos constitucionais (YAZBEK, 2014).

Collor, além de seu slogan de “caça aos marajás” e de controle da corrupção, prometia ajustes econômicos. Em seu governo foram lançados o Plano Collor e a retomada do Cruzeiro como moeda oficial do país. Em uma tentativa de controlar a inflação reduzindo a circulação de moedas, o governo confiscou as poupanças com depósitos superiores a cinquenta mil cruzeiros. De acordo com Rosa (2011), esse governo introduziu no Brasil o receituário neoliberal; iniciou as medidas de privatização e abertura econômica; trouxe como discurso ideológico para a situação econômica instalada o tamanho do Estado e o déficit público; reduziu a crise nacional relacionadas a questões burocráticas e gerenciais e descontextualizou-a do cenário socioeconômico mundial e da conjuntura capitalista. As medidas econômicas e a

será utilizado tanto o termo “portador de transtorno mental” quanto “sujeito em sofrimento psíquico”, que serão tomados como equivalentes. Afinal, compreende-se, com base em Vilhena e Rosa (2011), que olhar para o sujeito em sofrimento psíquico significa dar mais um passo, indo da individualidade à singularidade, propiciando o aparecimento do sujeito e nunca seu apagamento, para que esse seja capaz e autônomo para encontrar mecanismos que o auxiliem a conduzir o seu próprio tratamento.

⁸ O Estado de Bem-Estar social ou Welfare State “refere-se a um tipo específico de intervenção do Estado na área social e é datado historicamente. [...] O WS (Welfare-State) configura um momento e um regime específico de proteção social, introduzido a partir de políticas sociais mais abrangentes para diferentes grupos sociais, de efeito sinérgico e incorporando as classes médias em expansão. Este padrão ou regime de proteção social emerge na Europa no pós-guerra, e configura uma etapa específica do desenvolvimento capitalista, quando o papel do Estado se alastra para diferentes campos e ganham importância, nas decisões políticas, atores como a burocracia governamental, sindicatos e a grande corporação” (VIANA; LEVCOVITZ, 2005, p. 20-21).

abertura para mundialização do capital impuseram restrições à indústria nacional, que se viu despreparada para a competição internacional. Apenas as indústrias que se adaptaram à reestruturação produtiva conseguiram sobreviver.

Essas medidas impactaram diretamente as condições de vida dos trabalhadores, com aumento do desemprego e do arrocho salarial. A “questão social”⁹ se agravou e os direitos foram flexibilizados e passaram a se focalizar no atendimento da extrema pobreza, enquanto que, para o restante da população, sobrou a compra do “serviço”, já que o acesso aos direitos se encontrou fragilizado, impossibilitando a efetivação de princípios como a universalidade e a equidade. Afinal, de acordo com Vieira (2009), a democracia liberal não prevê uma igualdade real, especialmente em termos econômicos; sua igualdade se dá em termos políticos, jurídico-formal e na equivalência de oportunidades, conforme a capacidade de cada indivíduo, negligenciando o fato de que a desigualdade já está no ponto de partida, fundada na desigualdade de classes.

Apesar de dar início à entrada do neoliberalismo no Brasil, Collor não encontrou legitimidade política para efetivar o processo. Além de não lograr sucesso com suas medidas econômicas, em 1991 começaram a surgir denúncias de irregularidades e de corrupção em seu governo. Sob intensa pressão do povo e da elite insatisfeita, o presidente renunciou antes de ser deposto por *impeachment*¹⁰.

Na área da saúde, no período do governo Collor, foi aprovada a Lei Orgânica de Saúde (LOS), em 1990, por meio do Decreto Federal nº 8080. Contudo, esse decreto recebeu o veto do presidente nos artigos que versavam sobre a participação popular e a transferência de recursos. A mobilização popular e o Movimento de Reforma Sanitária conseguiram reverter esse quadro. Devido à pressão popular, no mesmo ano, foi aprovado o Decreto Federal nº 8142, que incluía a participação social e a transferência intragovernamental de recursos financeiros na política de saúde.

A LOS representou avanços significativos em termos de política de saúde, estabelecendo as diretrizes e os objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) para todo o território nacional, como uma política baseada nos princípios de universalidade, de equidade e de integralidade e

⁹ A expressão “questão social” surge sob uma perspectiva conservadora, como expressão de “disfunções sociais” e de ameaças à “coesão social”. É por isso que Netto (2001) afirma que o movimento revolucionário passa a identificar nessa expressão uma transfiguração conservadora e quando a usa o faz indicando esse traço mistificador. O autor passa a usá-la com aspas, indicando que a “questão social” que o Serviço Social vem tratar remete a luta de classes relacionada ao modo de produção da sociedade capitalista, desnaturalizando-a a inserindo-a em um contexto sócio-histórico, portanto, “a ‘questão social’ está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração” (NETTO, 2001, p.45).

¹⁰ De acordo com o dicionário Michaelis, *impeachment* é o impedimento legal de exercer mandato, de ocupar cargo.

tendo como algumas de suas diretrizes a descentralização, a participação da comunidade e a igualdade de assistência. Contudo, a universalidade e a gratuidade dessa política não foram viabilizadas sem acordos e concessões, deixando aberta a participação da iniciativa privada no SUS. Portanto, já nesse momento, algumas dificuldades postas foram se transformando em complexidades estruturais, como, por exemplo, o repasse de recursos, as dificuldades de planejamento e de gestão e a transferência para o setor privado de ações da área de saúde (ESCOREL, 2005).

Em relação à Política de Saúde Mental, entre os anos de 1987 a 1992, Vasconcelos (2000) afirma ter havido uma retração política dos interesses populares democráticos. O autor coloca que nesse período o MTSM identificou limites para a construção de uma Política de Saúde Mental centrada no Movimento Sanitário e orientada para a humanização dos hospitais psiquiátricos e para a difusão de rede ambulatorial. Assim, aproximou-se do modelo basagliano, afirmando a necessidade de romper com o modelo asilar e de implantar serviços substitutivos. A partir disso, o MTSM se transformou em Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), abrindo debates na Assembleia Nacional Constituinte, como pode ser observado no projeto de Lei nº 3.657/89 do deputado federal Paulo Delgado (PT/MG), que propunha a desarticulação do modelo asilar e a reestruturação do atendimento em saúde mental.

De acordo com Rosa (2011), as lutas travadas pelo MRP nesse período podiam ser sintetizadas em três vertentes. A primeira deu-se no plano ético-jurídico, que buscava alterações no Código Civil, Lei Federal nº 3.071, de 1916, que colocava os “loucos de todo gênero” como incapazes para o exercício dos atos da vida civil, o que foi alterado, em 2001, pelo novo Código Civil, Lei Federal nº 10.406, que afirma como incapaz “os que por enfermidade ou deficiência mental” não tiverem discernimento para os atos da vida civil; no Código Penal, contra a inimputabilidade e a periculosidade do sujeito em sofrimento psíquico lutando em oposição à criminalização da loucura e contra a violação dos direitos humanos desses sujeitos. A segunda vertente deu-se no plano assistencial, orientado contra o modelo hospitalocêntrico e patogênico, que privava o sujeito da convivência social e o aprisionava na lógica organizacional, propondo uma assistência psiquiátrica direcionada para serviços abertos e comunitários. A terceira vertente centrou-se no plano social e político e buscava a construção de uma nova relação entre a sociedade e a “loucura”, superando estigmas e preconceitos e reconhecendo, além dos direitos civis, políticos e sociais, o direito a uma subjetividade particular. Portanto, o MNLA foi fundamental para o avanço de uma nova

política sem manicômios e para a proposição de uma outra forma de olhar e de tratar o sofrimento psíquico no Brasil.

A inclusão de ativistas do MNLA nos espaços de gestão governamental propiciou o começo do financiamento de uma rede assistencial extra-hospitalar (VASCONCELOS, 2000). Nesse processo, duas portarias foram importantes para os avanços no modelo assistencial: a Portaria SNAS/MS nº 189/1991, que considerou a necessidade de melhorar a qualidade de atendimento aos pacientes em sofrimento psíquico e instituiu mecanismos para o exercício de maior controle, fiscalização e avaliação dos hospitais psiquiátricos, e a Portaria SNAS/MS nº 224/1992 que regulamentou o financiamento para serviços de caráter comunitário e substitutivos, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

O debate no espaço do legislativo também se ampliou em busca de uma lei que regulamentasse a Política de Saúde Mental a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Contudo, uma parcela da população, dentre as organizações de familiares, temia que ocorresse desassistência do paciente caso a lei fosse aprovada. Respondendo ao anseio dessa parcela da população temerosa com o fim dos hospitais psiquiátricos e com a possibilidade de desamparo dos pacientes, o senador Lucídio Portella apresentou um projeto de lei que previa a manutenção das estruturas asilares e a centralidade médica no atendimento. Os debates se mantiveram e, nesse momento, nenhum projeto chegou a ser aprovado (ROSA, 2011).

Com o *impeachment* de Collor, em 1992, assume a presidência da República o até então vice-presidente Itamar Franco. Com a inflação crescente, o governo nomeia Fernando Henrique Cardoso (FHC) para Ministro da Fazenda, o qual elabora e lança o Plano Real, controlando a inflação. As medidas econômicas tornaram popular o ministro FHC e se tornaram o grande êxito do período Itamar Franco.

Para conseguir a almejada estabilidade econômica, os cortes na área social foram severos, além da pressão para a redução dos direitos sociais. A política de saúde foi uma das áreas mais afetadas e, na IX Conferência Nacional de Saúde (IX CNS), os participantes clamaram pelo efetivo cumprimento da legislação, de modo que o SUS pudesse concretizar seus princípios, em especial o da descentralização e do repasse de recursos aos municípios, como a própria temática da conferência sugeria: “Descentralizando e Democratizando o conhecimento”. Acompanhando os debates travados pelo SUS, em dezembro de 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), a qual realizou discussões importantes em relação ao processo de desinstitucionalização do sujeito em sofrimento psíquico.

O MNLA continuava se articulando, promovendo encontros bianuais e debatendo temas como a privatização da saúde e dos serviços psiquiátricos, o risco de desassistência ao paciente e a forma de condução dos serviços substitutivos. A chama viva do movimento permitiu que, em 1993, fosse instituída a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica (CNRP), que buscava discutir e definir os rumos da assistência psiquiátrica no Brasil. Nesse sentido, foi proposto o Programa de Apoio à Desospitalização (PAD), que era voltado à população moradora dos hospitais psiquiátricos que poderiam ser reinseridos à sociedade, mas que não tinham vínculos familiares. O PAD previa suporte e acompanhamento para reinserção social do paciente tanto por um membro da família como por uma “família substituta”, estimulando a criação de novos vínculos se os familiares estivessem rompidos. Apesar da interessante proposta, o PAD se manteve “[...] obstacularizado por pareceres jurídicos do órgão federal encarregado da matéria [...]” (ROSA, 2011, p. 126).

Contudo, outras experiências foram significativas nesse período, como o projeto “De Volta para Casa”, no Rio de Janeiro, que previa a reinserção social do paciente e a implantação de NAPS e de CAPS. Para Rosa (2011), essas abordagens possibilitaram uma aproximação com a realidade familiar e atuaram numa perspectiva de relação e de integração das políticas sociais, de acordo com as quais a família é vista como um recurso, mas não como único e inevitável para o paciente em sofrimento psíquico.

Além disso, esse foi um momento profícuo de organização e de aumento das associações de usuários e de familiares. Estima-se que foram criadas cerca de cinquenta associações em todo o país, dando voz a esses sujeitos, para além da escuta clínica e terapêutica, como cidadãos capazes de contribuir ativamente na trajetória da Política de Saúde Mental (VASCONCELOS, 2000).

Dando continuidade às medidas tomadas no período de Itamar Franco, em 1994, vence as disputas eleitorais o candidato Fernando Henrique Cardoso (FHC), que se reelegeu em 1998, mantendo seu governo até primeiro de janeiro de 2003. De acordo com Behring e Boschetti (2011), a era FHC foi marcada pela consolidação do neoliberalismo no Brasil. Ao afirmar que a grave crise pela qual o país passava estava relacionada à ineficiência estatal, o presidente traçou medidas que privilegiaram o mercado e desconsideraram a efetivação dos direitos conquistados na Constituição de 1988. Para concretizar esse processo, criou o Ministério da Administração e da Reforma do Estado (MARE), para conduzir a contrarreforma estatal e promover, portanto, os ajustes neoliberais.

Conforme Trindade (2011), o programa neoliberal foi configurado a partir de uma série de recomendações do Banco Mundial (BM), do Fundo Monetário Internacional (FMI),

da Organização Mundial do Comércio (OMC) e de outras agências internacionais sob o controle dos Estados Unidos da América e de outras potências capitalistas. Esses organismos, sob o pretexto de modernizar, de liberalizar e de integrar a economia planetária, promovendo a “prosperidade mundial”, acabaram por dar o tom da contrarreforma estatal brasileira. Todavia, o que se percebe, com a adoção dessas medidas, é um retrocesso em termos de efetivação dos direitos humanos e um aumento da desigualdade social, da concentração de riqueza, de fome e de miséria.

No Brasil, a contrarreforma estatal necessitava trilhar alguns caminhos para se concretizar, sendo que um dos motes desse processo foi a privatização, ou seja, uma parcela significativa dos bens públicos foram leiloados para empresas privadas, demonstrando que as medidas do Estado estavam orientadas para o mercado com abertura comercial e privatizações. Com o processo de redefinição do papel do Estado e enaltecimento do mercado, o terceiro setor passou a ser regulamentado na execução de políticas públicas e a sociedade civil¹¹ tomada como parceira. Foram estabelecidas parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs) e com Instituições Filantrópicas para a execução de políticas sociais, desrespeitando os princípios e os conceitos constitucionais da seguridade social, além de convocar a sociedade civil a ser solidária por meio do trabalho voluntário não remunerado. Essa desresponsabilização estatal refletiu-se em outro aspecto da contrarreforma: na cisão entre formulação e execução das políticas sociais. Assim, caberia ao Estado formular a política e ao mercado ou às ONGs implementá-las. A sociedade civil pouco foi convocada ou sequer lhe foram oferecidos espaços de participação democrática. Os governantes direcionaram as reformas constitucionais e a formulação de políticas públicas por meio de acordões no Congresso Nacional e de medidas provisórias, o que se refletiu em danos significativos ao processo democrático (BEHRING, 2008; BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Essas medidas redefiniram o papel do Estado. O discurso ideológico propagado pelo neoliberalismo era o de um Estado oneroso e ineficiente, que necessitava investir e se fortalecer no mercado por meio de uma indústria nacional competitiva, com investimentos na área da tecnologia. As políticas sociais precisavam ser reformadas e inovadas de forma a minimizar o papel do Estado na sua execução, tornando a máquina pública enxuta. Para a

¹¹ Este trabalho toma por base a teoria marxista para a compreensão do conceito de sociedade civil. Marx e Engels (2001) situam a sociedade civil como determinante estrutural sobre a qual se eleva a superestrutura jurídica e política, afirmando que “a sociedade civil compreende o conjunto das relações materiais dos indivíduos dentro de um estágio determinado de desenvolvimento das forças produtivas. Compreende o conjunto da vida comercial e industrial de um estágio e ultrapassa, por isso mesmo, o Estado e a nação, embora deva, por outro lado, afirmar-se no exterior como nacionalidade e organizar-se no interior como Estado” (MAARX; ENGELS, 2001, p. 33).

ideologia neoliberal, o Estado “[...] continua sendo um realocador de recursos, que garante a ordem interna e a segurança externa, tem os objetivos sociais de maior justiça e equidade, e os objetivos econômicos de estabilização e desenvolvimento” (BENRING, 2008, p. 178). Contudo, na prática, o que se observou é um Estado forte e eficiente economicamente, que privilegia os interesses da burguesia, enquanto que para as políticas sociais é mínimo, focalizado e compensatório, promovendo arrochos salariais, desemprego, desigualdade e violação de direitos.

Nesse sentido, no Brasil não ocorreu a implantação de um Estado de bem-estar, mas sim de um pluralismo de bem-estar. Esse modelo plural deriva de uma partilha de responsabilidades entre o Estado, o mercado e a sociedade civil, especialmente em relação às organizações voluntárias e caritativas e à rede familiar. Essa partilha de responsabilidades coloca o Estado como setor oficial da proteção social, que oferece o recurso de poder e de coação; o mercado como setor comercial com o recurso do capital; e a sociedade como setor voluntário e recurso de solidariedade, tanto formal, por meio das ONGs, quanto informal, por meio de redes de solidariedade e dos vínculos de pertença, como a família e a vizinhança (ABRAHAMSON, 1992 apud PEREIRA, 2006).

Com essa partilha, o Estado cada vez mais se afasta de suas responsabilidades com as políticas sociais. O mercado, ao praticar a filantropia, o faz em busca de marketing, preferindo investir em sua especialidade de incentivo ao consumo e ao aumento de lucro e não em necessidades sociais. Cada vez mais fica a cargo da sociedade e da família um papel voluntarista ou de fonte privada de proteção social (PEREIRA, 2006).

Esse contexto encontra-se refletido na política de saúde e, conseqüentemente, na de saúde mental. Ao mesmo tempo em que essas políticas avançam, em virtude das pressões populares e das conquistas em termos de direitos, especialmente após a Constituição de 1988, elas enfrentam grandes desafios marcados pela conjuntura de um pluralismo de bem-estar. Ao analisar os 25 anos de SUS, Santos (2014) enumera diversos ganhos dessa política, dentre elas: a inclusão de metade da população antes excluída no novo sistema público de saúde; os avanços teórico-práticos na Atenção Básica, na Média Complexidade, na saúde mental e na atenção integral; e o grande acúmulo de experiência na gestão interfederativa, na participação social e na formação profissional e educação permanente. Por outro lado, as perdas também foram significativas, como o desmonte financeiro do SUS, a baixa cobertura e resolubilidade da Atenção Básica, a privatização da saúde, a infraestrutura pobre, a precarização do trabalho e as dificuldades na gestão pública.

Para o autor, as dificuldades enfrentadas nesses 25 anos de SUS estão intimamente relacionadas à conjuntura pós 1990, que privilegiou o mercado e os direitos do consumidor aos direitos humanos e que representou um desmonte do financiamento com conseqüente precarização da infraestrutura física e do quadro de trabalhadores da saúde pública. Portanto, na década de 1990 se estruturou um desvio aos princípios e às diretrizes do SUS. A insatisfação em relação às políticas governamentais foi expressa na X Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu no ano de 1996, e que colocou em pauta a necessidade de redirecionar o foco das políticas econômicas para a distribuição de renda e expansão do emprego, além de defender os princípios do SUS e de buscar sua efetivação. No que tange à saúde mental, essa conferência defendeu a ampliação de uma rede substitutiva de base comunitária que fosse guiada pela garantia dos direitos humanos, da ética, do controle social e que privilegiasse a subjetividade do paciente (ROSA, 2011).

Para Rosa (2011), nesse período foram ampliadas as experiências de serviços abertos, enquanto vários leitos em hospitais psiquiátricos foram fechados. Contudo, a articulação da rede de serviços de base comunitária e a sua criação não acompanharam o ritmo do fechamento de leitos hospitalares, além de serem experiências recentes que estavam começando a trilhar novos passos no atendimento desses sujeitos e terem uma distribuição extremamente desigual em termos territoriais, ficando concentrados, prioritariamente, nas regiões sul e sudeste.

No debate legislativo, avanços foram galgados, como a legislação referente às cooperativas sociais, à inclusão no trabalho do paciente em sofrimento psíquico e à regulamentação dos serviços residenciais terapêuticos. Ainda nesse âmbito, em 1998 ocorreu a aprovação no Senado Federal do substitutivo ao projeto de Lei nº 3.657/89, que ficou conhecido como substitutivo Sebastião Rocha por ser esse o relator final que, em seu texto, não previa a extinção dos manicômios, deixando brechas para a continuidade dos hospitais psiquiátricos (VASCONCELOS, 2000).

Todavia, o MLAM lutava pela aprovação no legislativo de um embasamento legal que propiciasse apenas o modelo de atenção aberto e que não deixasse espaço para continuidade das estruturas asilares. Destarte, em abril de 2001 foi aprovada a Lei Federal nº 10.216, que veio ao encontro de práticas que já estavam sendo executadas em algumas regiões do país e que caminham para a humanização e desospitalização do atendimento em saúde mental. Práticas essas que incluem a construção de redes de atenção à saúde mental, substitutivas ao modelo hospitalocêntrico e que vêm se aprimorando constantemente com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os leitos

psiquiátricos em hospitais gerais, o centro de convivência e cultura, o programa “de volta para casa” e as residências terapêuticas, respeitando as particularidades e as necessidades de cada local (HIRDES, 2009). Esses atendimentos e seus financiamentos foram regulamentados por diversas portarias, dentre as quais pode-se destacar a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece, em seu Art. 6º, que os CAPS e os NAPS deverão ser cadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPSi II e CAPSad II¹².

Portanto, a Política de Saúde Mental avança em virtude da intensa mobilização do MLAM e da articulação de profissionais, de usuários e de familiares. Contudo, nem todas as políticas sociais seguem esse compasso e as medidas neoliberais impactam diretamente na garantia de direitos. Afinal, conforme Vieira (2009), na democracia liberal a política social tem como alvo a igualdade de cidadania em uma sociedade orientada pelo mercado e com intensa desigualdade econômica. Sem uma igualdade real, o que a política social consegue é mitigar a desigualdade entre os homens, mas sem abolir o abismo entre os poucos detentores dos meios de produção e o grande contingente de vendedores da força de trabalho. É nesse sentido que a política econômica e social não se dissociam e é em virtude da manutenção do poder e da desigualdade que a política econômica é colocada acima da política social. Logo, o que os ajustes neoliberais conseguiram acentuar foi a prevalência do econômico sobre o social, deixando as políticas sociais em segundo plano para o atendimento daqueles que não conseguem acessar o mercado.

O descontentamento popular com o governo FHC foi expresso em 2002, com a eleição do candidato da oposição Luiz Inácio Lula da Silva – Lula, do Partido dos Trabalhadores (PT). Lula galgou sua reeleição em 2006, mantendo seu mandato até primeiro de janeiro de 2011, quando assumiu sua sucessora Dilma Rousseff, que foi reeleita em 2014; somando, até o momento, 12 anos de governo petista.

De acordo com Sitovsky (2013), a militância do PT, na década de 90, era centrada em um discurso crítico sobre o capitalismo e sobre as medidas neoliberais e foi importante agente político de resistência às medidas que estavam sendo implantadas, de apoio às organizações

¹² Conforme estabelecido na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, o CAPS II em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, o CAPS III em municípios com população acima de 200.000 habitantes, o CAPSi II (Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes) é referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos e o CAPSad II (Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas) é referência em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Em relação ao CAPSad a Portaria nº 2.841, de 20 setembro de 2010, institui o CAPSad III com atendimento 24 horas, inclusive nos feriados e nos finais de semana. Esses serviços se diferenciam em tamanho, em estrutura física, em profissionais, em diversidade de atividades terapêuticas e em especificidade da demanda (BRASIL, 2004a).

de trabalhadores e de defesa de políticas sociais universais e de qualidade. O autor faz uma avaliação dos primeiros 10 anos do governo petista e assinala que as diferenças entre os governos de FHC e de Lula/Dilma são visíveis. Mas, apesar de reconhecer e dar mérito aos avanços trilhados no governo do PT, o autor afirma não advogar na defesa acrítica deste. Assim sendo, Sitovsky (2013) tece uma crítica aos intelectuais que afirmam que o governo petista se caracterizou por práticas neodesenvolvimentistas e pós-neoliberais, centradas no binômio crescimento econômico e diminuição da desigualdade e fundadas nos elementos centrais de crescimento de investimento estatal em infraestrutura, em reindustrialização, em consumo e em políticas sociais.

Em relação ao setor econômico, o autor argumenta que, ao contrário do fortalecimento da indústria nacional, o que ocorreu foi uma desnacionalização do parque industrial, a reprimarização da indústria, a crescente desindustrialização e o aprofundamento da financeirização. Quanto às políticas sociais, a implantação de programas de transferência de renda seguiu os mesmos fundamentos neoliberais que já estavam sendo implantados na América Latina. A precarização do trabalho e do desemprego, o sucateamento da Previdência Social e da Saúde e a mercantilização dos direitos exigem foco na Assistência Social. Assim, os que possuem recursos recorrem ao mercado por meio dos crescentes planos de previdência privada e de saúde, enquanto que os que não podem pagar buscam, em uma Seguridade Social precária, o acesso aos direitos legalmente constituídos. Desse modo, Sitovsky (2013) afirma que, nesse período de governo do PT, ocorreu o reforço à hegemonia da classe dominante, dando continuidade à política econômica que já estava sendo implantada no país e com reformas regressivas operadas na Seguridade Social.

Em relação à política de saúde, com a eleição de Luiz Inácio Lula da Silva, que contava com o apoio da maioria dos movimentos sociais, o Movimento de Reforma Sanitária buscou espaço para a sua militância. Nesse período, foi apresentado o Projeto de Lei – PL nº 01/2003, que propunha a elevação da contribuição federal para saúde em 10% da receita corrente bruta. Apesar do apoio popular, o projeto não foi para plenária, ficando retido na presidência da Câmara por pressão do Executivo, até sair de pauta (SANTOS, 2014).

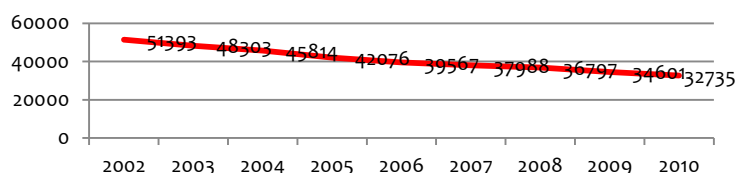
Em 2011, a gestão federal se altera, assumindo a candidata Dilma Roussef. Essa alteração levou o MRS a buscar apoio às suas propostas para o SUS. Nesse sentido, elaborou o documento “Agenda Estratégica para a Saúde no Brasil – SUS igual para Todos”, que buscava o aumento do financiamento para saúde, a melhora na gestão pública, a garantia do efetivo acesso a serviços de qualidade, a inclusão da saúde na política de desenvolvimento nacional e a subordinação do complexo econômico privatista da saúde às prioridades do SUS. Porém, no SUS, o rumo

desviado do mix público-privado prevalece, fazendo com que o setor privado, que deveria ser complementar, passe a ser um substitutivo. Por outro lado, esse período também representou alguns avanços, como os referentes à operacionalização da diretriz constitucional da regionalização, em que o Governo Federal e os Estados passaram a fortalecer sua participação no financiamento da saúde (SANTOS, 2014).

Quanto à Política de Saúde Mental, os últimos 12 anos representaram avanços significativos no processo de desinstitucionalização, com crescente expansão dos serviços substitutivos de cunho social, fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos e criação de novos programas. Além disso, percebe-se clara ênfase na regulamentação da política sobre drogas, o que mostra a preocupação em relação ao aumento do número de usuários de álcool e de outras drogas e às dificuldades de atendimento aos usuários de crack¹³. Nesse sentido, pode-se citar a criação da Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e que afirma que as atividades propiciadas aos usuários e aos familiares devem visar a melhoria da qualidade de vida, a redução de danos e a sua integração e reintegração social.

Em relação ao processo de desinstitucionalização, importante passo se deu em 2002 com a criação do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), que previa a avaliação dos hospitais psiquiátricos, mostrando a realidade desses serviços e descredenciando os de baixa qualidade. Esse programa foi seguido em 2004 pelo Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), que colaborou para a redução progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos de grande porte. Esse documento previa, ainda, que os recursos que eram direcionados para a estrutura asilar, com a redução dos leitos, fossem aplicados em ações territoriais e comunitárias, como pode ser observado no gráfico abaixo.

Gráfico 1 – Brasil - Leitos Psiquiátricos SUS por ano (2002-2010)



Fonte: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais apud BRASIL, SAÚDE MENTAL EM DADOS - 10, 2012b.

¹³ Conforme Dicionário Michaelis, crack é um narcótico produzido a partir da pasta-base da cocaína, de bicarbonato de sódio e de outras substâncias, apresentado em forma de pedras, as quais são fumadas em cachimbos improvisados.

Conforme observado no gráfico acima, o processo continuado de redução de leitos em hospitais psiquiátricos foi visível no período do governo de Lula, com fechamento de cerca de 18.000 leitos psiquiátricos. Além disso, o perfil dos hospitais foi alterado, a faixa que apresenta o maior número de leitos (48,67%) se refere aos estabelecimentos de pequeno porte com até 160 leitos, o que contribui para a qualificação do atendimento e reduz os problemas observados nos hospitais de grande porte, como baixa qualidade de atenção, isolamento, ou mesmo casos de violações dos direitos humanos (BRASIL, 2012b). A mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos pode ser observada no gráfico abaixo.

Gráfico 2 – Brasil - Mudança do perfil dos hospitais psiquiátricos (2002 a 2011)

Faixas/Portes Hospitalares	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 160 leitos	12.390	24,11	14.301	29,61	15.616	34,09	16.155	38,39	16.829	42,53	16.709	43,98	16.846	45,78	15.815	45,71	15.933	48,67	15.991	49,53
De 161 a 240 leitos	11.314	22,01	10.471	21,68	9.959	21,74	9.138	21,72	8.234	20,81	7.299	19,21	7.042	19,6	6.766	19,55	7.003	21,39	7.157	22,17
De 241 a 400 leitos	12.564	24,45	12.476	25,83	10.883	23,75	9.013	21,42	8.128	20,54	8.474	22,32	7.590	20,63	7.471	21,59	6.001	18,33	5.752	17,82
Acima de 400 leitos	15.125	29,43	11.055	22,89	9.356	20,42	7.770	18,47	6.376	16,12	5.506	14,49	5.319	14	4.549	13,15	3.798	11,60	3.384	10,48
Total	51.393	100	48.303	100	45.814	100	42.076	100	39.567	100	37.988	100	36.797	100	34.601	100	32.735	100	32.284	100

Fonte: Em 2002-2003, SIH/SUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Coordenações Estaduais. A partir de 2004, PRH/CNES e Coordenações Estaduais apud BRASIL, SAÚDE MENTAL EM DADOS - 10, 2012b.

Contudo, apesar dos avanços em relação à diminuição de leitos e ao perfil dos hospitais psiquiátricos no Brasil, o processo de desinstitucionalização não pode ser tomado como mera desospitalização, à exemplo do ocorrido nos EUA, o qual operou uma crítica ao sistema psiquiátrico mas não ao saber que o autorizava, mantendo-se sob inspiração do paradigma psiquiátrico tradicional e decaindo apenas em um reengenharia dos recursos e dos serviços. Como consequência, ao compreender a desinstitucionalização como a simples extinção do modelo hospitalocêntrico, pode-se decair no entendimento desse processo como desassistência, como se o fim do manicômio não significasse a sua substituição por outras modalidades de assistência e de cuidado. Nesse sentido, Amarante (1996) apontou a necessidade do processo de desinstitucionalização ser entendido como uma desconstrução ao mesmo tempo prática e teórica, que opere transformações tanto no campo do saber quanto das instituições.

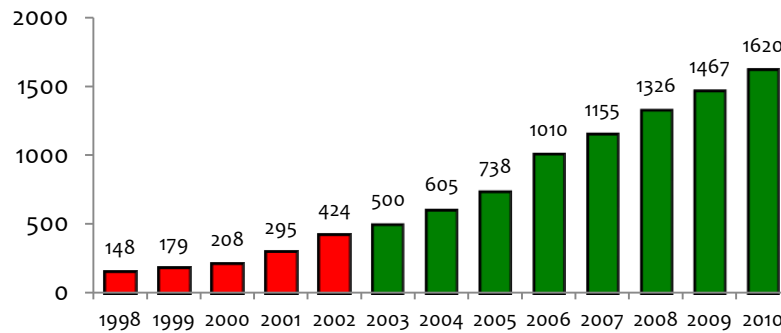
Nas organizações de familiares de pacientes em sofrimento psíquico, o temor que o processo de Reforma Psiquiátrica e a desinstitucionalização repercutam na desassistência de seu familiar também se faz presente. Conforme Rosa (2013), o protagonismo familiar na

Reforma Psiquiátrica tem sido um desafio. Inicialmente, grupos de familiares em forma de associações se inserem na luta pelos direitos do paciente, mas demonstram dificuldade em se colocar como usuários e reivindicarem algo para além do cuidado em relação ao seu familiar enfermo. Outros, principalmente por meio da Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFMD), com sede no Rio de Janeiro, têm uma clara atuação contrarreformista, acreditando que o fim dos hospitais psiquiátricos acarretaria no abandono do paciente e na sua desassistência.

Dessa forma, para que a Política de Saúde Mental avance na sua concretização, é necessário que a redução de leitos em hospitais psiquiátricos seja acompanhada pela criação de serviços de base territorial e comunitária, que contemple o atendimento efetivo e de qualidade dos usuários. Nesse processo, é fundamental a articulação e o trabalho em rede com as demais políticas setoriais, garantindo que o usuário possa ser acolhido em diferentes pontos da rede não apenas nos CAPS, demonstrando que, apesar do CAPS atualmente ser o serviço de base territorial de maior destaque na Política de Saúde Mental, esse equipamento isolado, sem garantia de apoio da rede e da concretização dos demais serviços da Política de Saúde Mental como os leitos em hospitais gerais, os Centros de Convivência, entre outros, não garante que o processo de Reforma Psiquiátrica avance substancialmente, garantindo um atendimento eficiente aos usuários. Apesar de ter ciência desse fato, as análises aqui construídas terão por foco os CAPS, por se tratarem do serviço investigado ao longo dessa pesquisa.

Dados da Saúde Mental em Dados - 10 (BRASIL, 2012b) demonstram que entre 1998 a 2010 houve um aumento significativo do número de CAPS, representando uma cobertura nacional de 66%. Fato importante que contribuiu para esse processo foi a publicação da Portaria GM/MS nº 336 de 2002, regulamentando o financiamento específico para esse serviço.

O processo de expansão dos CAPS no Brasil pode ser observado no gráfico abaixo.

Gráfico 3 – Brasil - Série histórica de expansão dos CAPS (1998 a 2010)

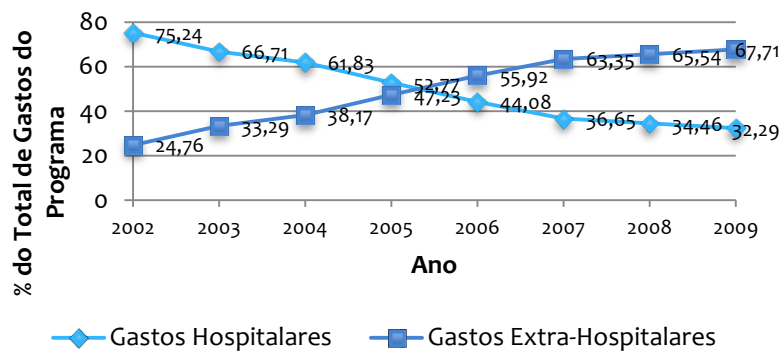
Fonte: Coordenação de Saúde mental, Álcool e Outras Drogas DAPES/SASMS. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde 2001 apud BRASIL, SAÚDE MENTAL EM DADOS - 10, 2012b.

Essa inversão na estrutura da Política de Saúde Mental e o crescente processo de desinstitucionalização remete ao estabelecimento de uma outra forma de relação entre os serviços de assistência em saúde mental e a família, que é incorporada como parceira desses novos dispositivos. Nessa lógica, a família passa de informante, de um recurso episódico ou de uma visita (muitas vezes inconveniente), para provedora de cuidados e ator a ser cuidado, tornando-se imprescindível sua incorporação nas ações dos serviços (ROSA, 2013). Esse papel assumido pela família coloca a possibilidade de construção de um outro caminho para seu familiar enfermo, “[...] mas seus recursos emocionais, temporais, econômicos e seus saberes têm que ser bem direcionados, e a contribuição dos trabalhadores e serviços psiquiátricos tornam-se fundamentais até para desconstruir o imaginário social de que ‘lugar de louco é no hospício’ [...]” (ROSA, 2013, p. 136). Portanto, para que a família possa ser partícipe do processo de Reforma Psiquiátrica ela também necessita ser olhada e cuidada e o CAPS é um serviço de base territorial fundamental nesse processo.

Nesse sentido, para que esse processo tenha êxito, a crescente rede de atenção básica em saúde mental necessita de recursos para sua implementação. Historicamente, no Brasil, a maior parte dos recursos destinados à saúde mental se direcionava à manutenção de hospitais psiquiátricos. Foi no ano de 2006 que, pela primeira vez, os gastos federais extra-hospitalares ultrapassaram os gastos hospitalares. Essa alteração no financiamento representa avanços no caminho para reorientação da Política de Saúde Mental. Além disso, entre 2002 e 2009, os gastos da União com a Política de Saúde Mental cresceu cerca de 37% (BRASIL, 2012b), o que é evidenciado no gráfico que segue. Portanto, essa inversão, em termos de financiamento, demonstra avanços significativos no processo de reforma psiquiátrica, os quais necessitam ser ressaltados. Contudo, ainda tem-se um longo caminho a ser trilhado na superação de

obstáculos como as desigualdades regionais de atenção em saúde mental, como já foi explicitado, ou mesmo a luta por uma rede básica bem estruturada, com investimentos substanciais na área da saúde de modo geral, que possam ofertar efetivo amparo para que o sujeito em sofrimento psíquico e sua família encontrem suporte para a proteção social desse familiar enfermo.

Gráfico 4 – Brasil - Proporção de recursos do SUS destinados aos hospitais psiquiátricos e aos serviços extra-hospitalares (2002 a 2009)



Fonte: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento/SE/MS, DATASUS, Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS apud BRASIL, SAÚDE MENTAL EM DADOS - 10, 2012b.

Diante das mudanças que se estabeleceram na Política de Saúde Mental, novos debates se tornaram necessários devido às exigências reais que as alterações no modelo de atenção trouxeram. Portanto, em 2010, foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial (IV CNSM), convocada devido à mobilização popular e do MNLA; a Marcha de Usuários de Saúde Mental, que englobou familiares, usuários e profissionais e pressionou para que houvesse a realização da conferência nacional foi decisiva para a sua realização. Nesse momento histórico, avanços concretos na expansão da rede de serviços comunitários foram alcançados e as lacunas e os desafios puderam ser identificados e discutidos na busca por soluções.

Além das modificações no campo da própria política de saúde mental, a conjuntura política, social e econômica estava mais complexa, apontando para questões que foram essenciais para o debate na IV CNSM. Afinal, o número de trabalhadores na saúde mental se ampliava em um contexto de terceirização e de precarização do emprego, com um contingente de trabalhadores recém-ingressantes no mercado de trabalho e no ativismo político; o movimento antimanicomial se diversificava; as tendências conservadoras faziam forte campanha contra a reforma psiquiátrica; o pânico gerado pela mídia quanto ao uso do crack levava muitos segmentos a acreditarem que a internação seria o único recurso; e houve,

também, o ingresso de familiares e de usuários como importantes agentes políticos (BRASIL, 2010b).

Ante a esse contexto, os debates travados na IV CNSM reafirmaram os princípios da Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil, buscando a substituição do modelo asilar por uma rede diversificada e a garantia dos direitos de cidadania do paciente em sofrimento psíquico e de seus familiares. Tais debates trouxeram propostas na tentativa de superar os desafios que o cenário neoliberal colocou para a Política de Saúde Mental e que pudessem propiciar avanços na concretização da Reforma Psiquiátrica como: incremento do financiamento, articulação e trabalho em rede com as demais políticas sociais, qualificação e valorização dos trabalhadores de saúde mental, ações de inclusão dos pacientes no mercado de trabalho, incentivo e articulação dos diversos segmentos sociais para a realização do controle social, fortalecimento dos movimentos sociais e garantia de acesso universal à saúde mental sem qualquer forma de violação dos direitos humanos¹⁴, impedindo tratos cruéis e degradantes e efetivando a implementação da Política Nacional de Humanização nos serviços de saúde mental.

As dificuldades postas para alcançar essas propostas não são poucas, mas também não são impossíveis quando se visualiza os avanços conquistados até o momento. Ao refletir sobre os desafios colocados para a Política de Saúde Mental, Vasconcelos (2011) cita duas linhas que necessitam ser analisadas para que seja possível compreender a macroconjuntura: o nível macropolítico e social e o nível interno ao movimento antimanicomial e as iniciativas de rede de saúde mental.

Ao fazer essa análise, o autor pontua a amplitude das dificuldades enfrentadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, abordando um contexto marcado historicamente pelas políticas neoliberais e pelo desenvolvimento do processo de universalização das políticas sociais em plena crise mundial do Estado de Bem-estar. Os traços estruturais do capitalismo se agravam, repercutindo no aumento das expressões da “questão social”, do abuso de drogas, do desemprego, da focalização, do subfinanciamento das políticas sociais, da desmobilização e da cooptação dos movimentos sociais. Esses fatores repercutem diretamente no campo da saúde mental, implicando a dificuldade de implantação dos serviços substitutivos mais caros, como os CAPS III, o que leva à permanência dos hospitais psiquiátricos que, muitas vezes, violam os direitos humanos e privam o sujeito da vida social; ou caminha-se para uma

¹⁴ Uma das propostas da IV CNSM é ativar o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, segundo a Portaria Interministerial nº 1.055, de 17 de maio de 2006, do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH). Apesar da normativa legal, não ocorreu a efetiva implantação desse núcleo, demonstrando a necessidade de debates e de ações efetivas no âmbito dos direitos humanos.

desospitalização sem o aparato de uma rede de atenção em saúde mental estruturada para dar suporte ao usuário e a sua família.

Nesse contexto, a privatização dos serviços é uma constante, sendo difundida uma lógica de gestão oriunda dos serviços privados e contrária aos princípios e aos interesses da gestão pública, que passam a pensar as políticas sociais como número de atendimentos, produtividade e racionamento de custos. Essa perspectiva também é adotada na tomada de decisões, restringindo a participação popular em favor de decisões seletivas e tecnoburocráticas (VASCONCELOS, 2011).

Quanto à participação popular, Rosa (2013) afirma haver uma crise nas formas de participação até então construídas. A autora reitera que, de modo geral, a participação nas políticas públicas é representativa, o que se torna um limite em virtude das dificuldades dos representantes em informar e em disseminar o conhecimento e o debate com os demais envolvidos. Além disso, quando um grupo de familiares delibera pela criação de uma entidade representativa, a pessoa que assume o lugar de líder tende a ficar solitário e ter um reduzido número de pessoas no trabalho cotidiano, sendo que, mesmo as pessoas que assumem os demais cargos da entidade, geralmente, emprestam seus nomes mas não participam efetivamente do debate e das deliberações. Outro fator que complica as formas de participação na Política de Saúde Mental é o temor dos familiares em serem estigmatizados e rotulados como “familiar de doido” ao se exporem como representantes dessa política. Somado a isso, a maioria das associações de familiares é coordenada por mães de certa idade, que também se encontram em uma fase da vida que necessitam de cuidado.

Diante desse quadro, os desafios mais urgentes a serem enfrentados no campo da Política de Saúde Mental, conforme Vasconcelos (2011), são o atendimento de indivíduos com uso abusivo de drogas, em especial o crack e o oxi¹⁵; a provisão de uma rede assistencial 24 horas, com acolhimento noturno e gerenciamento de crises; e o suporte aos familiares e às suas demandas específicas, ante a crescente responsabilização da família pelo cuidado do paciente em sofrimento psíquico.

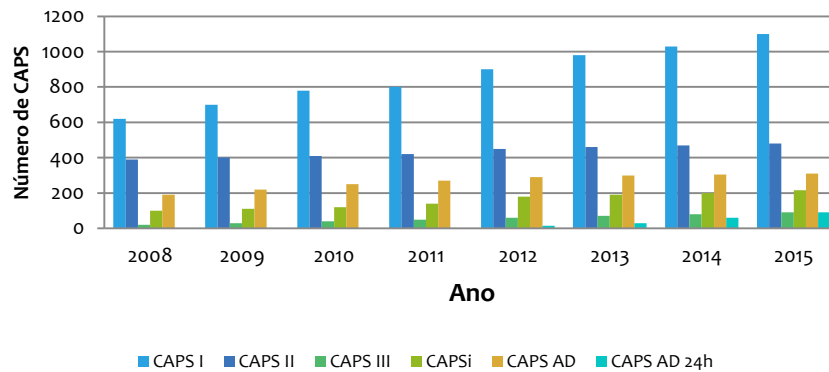
Ações focadas no atendimento a usuários de álcool e de outras drogas têm tido especial importância nos últimos anos, em particular no governo Dilma, com o lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e a outras drogas, com o slogan “Crack, é possível vencer”, cuja adesão tem aumentado em diversos estados da federação. As ações nesse campo estão sendo ampliadas, com a criação de CAPSad, de CAPSad 24 horas, de

¹⁵ Conforme definição do dicionário Michaelis, oxi é um entorpecente obtido da mistura da pasta base de cocaína, com querosene, gasolina, cal virgem ou solvente usados na construção civil.

serviço ambulatorial especializado, de programa de redução de danos, de consultórios de rua, de leitos em enfermarias especializadas, de unidades de acolhimento e de vagas em comunidades terapêuticas. Contudo, “[...] a mensagem que vem da rede de serviços é de que estas iniciativas ainda são poucas, de que estamos despreparados e de que temos dificuldades estruturais para lidar com os desafios colocados pela difusão do crack e agora do opióide” (VASCONCELOS, 2011, p. 8).

Além disso, o Movimento da Reforma Psiquiátrica sofreu um duro golpe no Governo Dilma, em relação ao apoio às comunidades terapêuticas, que enfatizam a internação compulsória e de longa duração. O governo cedeu às pressões conservadoras, apoiando o *lobby* da psiquiatria biomédica e tomando uma posição retrógrada e conciliadora que evita o confronto com forças políticas regressivas. Mesmo com o rechaço ao financiamento das comunidades terapêuticas, expresso na IV CNSM e na XIV Conferência Nacional de Saúde, o governo assumiu essa medida como parte de seu programa, interpondo grandes desafios ao movimento de Reforma Sanitária e Psiquiátrica e exigindo mobilizações e respostas políticas de peso. Entretanto, essas respostas políticas são dificultadas pela debilidade interna do MNLA, que vem perdendo forças com a falta de renovação das lideranças e ativistas políticos do movimento, com a dificuldade em sustentar economicamente a militância devido à falta de recursos para os movimentos sociais, com a desarticulação do movimento como coletividade e com um atrelamento maior do movimento ao governo e as suas flutuações políticas (VASCONCELOS, 2012).

A alternativa sugerida, como substitutiva às residências terapêuticas, é a ampliação de CAPSad 24 horas, que não isolam o usuário do convívio social. Contudo, essa alternativa é onerosa e, mesmo com a continuidade crescente do número de CAPS no governo Dilma, os CAPS III e CAPSad 24 horas apresentam maior dificuldade de implantação e de manutenção devido ao subfinanciamento das políticas sociais e da necessidade de manter profissionais e o funcionamento durante as 24 horas desses serviços. Portanto, como pode ser observado no gráfico abaixo, o crescimento do número de CAPS se dá em especial no CAPS I, mostrando a interiorização do serviço.

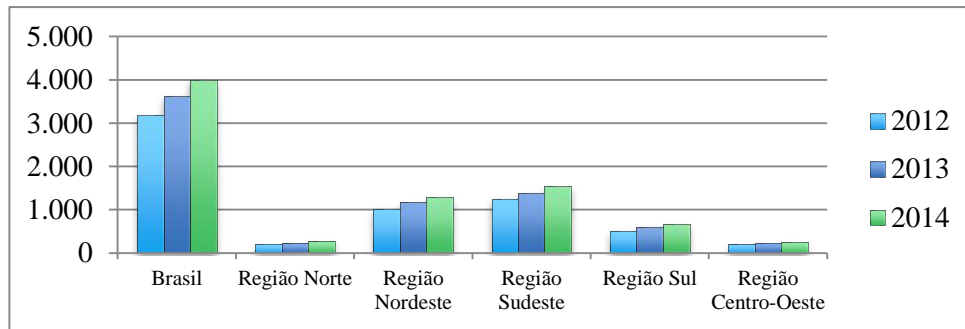
Gráfico 5 – Brasil - Número de CAPS (2008 a 2015)

Fonte: DAPE/SAS/MS apud BRASIL, SAGE, 2015a.

Porém, apesar de a Política de Saúde Mental caminhar para um crescente número de CAPS, sua distribuição no território nacional ainda é muito desigual, demonstrando que apenas a taxa numérica é insuficiente para estabelecer um indicador de qualidade em termos de saúde mental no Brasil, tendo em vista a vastidão do território e a imensa desigualdade regional no país. Além disso, vale ressaltar que, em municípios com população inferior a 20 mil habitantes, o que, de acordo com dados do IBGE (2010), corresponde a 70,33% dos municípios brasileiros, não existe a obrigatoriedade da implantação de CAPS, nesses casos, a atenção em saúde mental faz-se por meio da composição de uma equipe matricial¹⁶ e com o trabalho em rede por meio dos demais serviços de atenção básica, utilizando-se de uma lógica de compartilhamento de responsabilidades.

Nesse sentido, outro fator preocupante é a disparidade de número de CAPS nas regiões do Brasil. Houve um crescente número de estabelecimentos em todo território nacional, especialmente em relação à cobertura da região Nordeste, acompanhado pelas regiões Sul e Sudeste, que já apresentavam considerável número de CAPS, sendo pioneiras nas experiências de serviços de cunho social, entretanto, nas regiões Norte e Centro-Oeste percebe-se a dificuldade de ampliação da cobertura assistencial:

¹⁶ O matriciamento ou apoio matricial é “[...] um novo modelo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (BRASIL, 2011a, p. 13). O modelo de apoio matricial busca estruturar um cuidado colaborativo entre saúde mental e atenção primária, atenuando os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos da lógica tradicional, por meio de práticas horizontalizadas, em que os componentes e saberes dos diversos níveis assistenciais se inter-relacionem.

Gráfico 6 – Brasil - Número de CAPS por Região (2012 a 2014)

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES. BRASIL, 2015c.

Apesar do embate constante pelo fim dos hospitais psiquiátricos e pela substituição por serviços abertos, o risco de a Política de Saúde Mental ser orientada pela política neoliberal é uma constante. Nesse caso, com a minimização do Estado, a atenção aos usuários seria negligenciada. Conforme Rosa (2011), “[...] as organizações extra-hospitalares são mais vulneráveis à privatização, à seletividade e à focalização, ou seja, a um direcionamento neoliberal” (ROSA, 2011, p. 137). Além disso, os serviços substitutivos (em especial os CAPS que não ofertam atendimento 24 horas) são menos onerosos que os gastos do Estado com internações psiquiátricas, o que torna atrativo o investimento em serviços de meio aberto devido à redução de custos, o que pode implicar uma situação frágil para o paciente se esses serviços seguirem a lógica neoliberal, reorientando a “assistência psiquiátrica para uma situação ainda mais precária, sem a adoção de medidas sociais integradoras à rede de serviços e a estruturação e a capacitação dos recursos humanos, necessários para um novo modelo” (ROSA, 2011, p. 138).

Portanto, a atual situação da Política de Saúde Mental não pode ser medida apenas em número de serviços abertos, mas sim em sua qualidade e resolubilidade, sendo que, a atual conjuntura de convivência dos dois modelos de atenção (ambulatorial e manicomial) e o uso de internações como mecanismo nos atendimentos de urgência e emergência, demonstram que essa política ainda necessita avançar em vários aspectos. Sendo assim, apesar de os avanços conquistados, a subjugação dessa política à ótica neoliberal e à crescente desresponsabilização estatal levam ao medo da desassistência e da precarização no atendimento desses sujeitos, colocando a família como principal provedora de cuidado, mesmo que ela nem sempre tenha condições para tal exercício, sofrendo, também, o impacto da atual conjuntura da sociedade capitalista, como o desemprego, o envelhecimento populacional, o incremento das mulheres no mercado de trabalho, o empobrecimento, entre outros elementos que impactam diretamente na prática do cuidar. Sendo assim, para

compreender o movimento da Política de Saúde Mental e, posteriormente, como ela se enlaça com a família, o próximo tópico buscará aprofundar o contexto dessa política no Paraná.

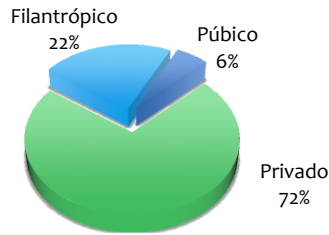
1.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO PARANÁ

O Paraná, como o restante do Brasil, teve, no cerne da Política de Saúde Mental, a prática asilar relacionada à caridade religiosa. Contudo, diferentemente dos outros estados brasileiros como Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e Pernambuco, que no XIX fundaram seus primeiros hospitais psiquiátricos, no Paraná esse início foi tardio. Seu primeiro hospital psiquiátrico privado data de 1903 e foi o Hospício Nossa Senhora da Luz, localizado em Curitiba e administrado pela Santa Casa de Misericórdia. Por cerca de quarenta anos essa foi a referência psiquiátrica do Estado e somente em 1945 foi inaugurado o segundo hospital psiquiátrico do Paraná, o Sanatório Bom Retiro vinculado à Federação Espírita do Paraná (WADI; CASAGRANDE, 2011).

O primeiro hospital psiquiátrico público do Paraná foi inaugurado em 1954 e seguia as diretrizes do Sistema Nacional de Doenças Mentais que, a partir do Plano Hospitalar Psiquiátrico, implantou também o primeiro serviço ambulatorial em psiquiatria na cidade de Curitiba. Até então, a assistência psiquiátrica no Paraná estava concentrada na região metropolitana, dificultando o atendimento da população do interior e se tornando onerosa aos cofres públicos. Assim, com a finalidade de resolver essa questão, a medida encontrada pelo governo do Estado foi a construção de hospitais e de ambulatórios no interior. Entretanto, a primeira solução fracassou e a última caminhava lentamente. Portanto, a partir da década de 1960, o que ocorreu “[...] foi o estabelecimento de convênios entre o governo estadual e hospitais privados para a instalação de leitos psiquiátricos no interior do estado” (WADI; CASAGRANDE, 2011, p. 6).

A partir desse momento, acentua-se o processo de privatização da saúde – com compra de leitos por meio dos Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e, posteriormente, pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – e o sucateamento dos serviços públicos destinados aos não contribuintes e excluídos do sistema previdenciário e de saúde. Conforme Wadi e Casagrande (2011), o número de instituições asilares particulares cresceu consideravelmente no Paraná nas décadas de 1960 e de 1970 e a lógica privatista permaneceu até época recente, conforme gráfico abaixo:

Gráfico 7 – Paraná - Natureza jurídica das instituições asilares (2008 a 2009)



Fonte: (WADI; CASAGRANDE, 2011, p. 10).

Mudanças passaram a ser sentidas no Paraná a partir da década de 1990, quando o Movimento de Reforma Psiquiátrica, que estava em debate no Brasil desde 1970, ganhou corpo neste Estado. De acordo com Maftum (2004), desde 1994 as Secretarias de Saúde do Estado do Paraná vêm trabalhando para a concretização da Reforma Psiquiátrica. Nesse processo, profissionais, docentes e usuários (paciente e familiares) realizaram encontros objetivando a conscientização e a implementação de serviços com enfoque interdisciplinar para o atendimento do sujeito em sofrimento psíquico, demonstrando a participação de setores da sociedade civil na implantação dessa política.

Em 1995, foi constituído o Grupo de Trabalho em Saúde Mental, que analisou a situação da política no Paraná e propôs ações diante do quadro que se apresentava. O grupo apresentou a saúde mental como caótica, desintegrada e predominantemente hospitalocêntrica. Esse contexto era agravado pelo baixo repasse de recursos, pela pouca estruturação de serviços ambulatoriais e pela falta de medicamentos. Frente a isso, a proposição para a “Política de Saúde Mental para o Estado do Paraná” indicava a necessidade de estudos epidemiológicos para melhor conhecimento da realidade, a fim de priorizar o atendimento ambulatorial e de promover ações que envolvessem a população com a política (WADI, 2009).

Em termos de planos governamentais, o Estado do Paraná demonstrava o direcionamento de substituição do modelo asilar por ações ambulatoriais e, antes mesmo que fosse promulgada a Lei Federal nº 10.216/2001, o Paraná aprovou a Lei Estadual nº 11.189, de 09 de novembro de 1995, que instituía a Política Estadual de Saúde Mental. Essa lei prevê a priorização de uma atenção psiquiátrica com base na inserção social do paciente em sofrimento psíquico, como pode ser observado em seu Art. 2:

O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que

padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (PARANÁ, 1995, p. 1).

Apesar da priorização da rede ambulatorial, a Lei Estadual nº 11.189/95 não impede a expansão dos hospitais psiquiátricos, mas prevê a possibilidade de alterar sua estrutura e sua função para um hospital geral, além de obrigar a reserva de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Como importante instrumento para essa reformulação da Política de Saúde Mental é prevista a constituição de Comissões de Saúde Mental integrando os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, que devem ser compostas por trabalhadores em saúde mental, por autoridades sanitárias, por prestadores e usuários dos serviços, por familiares e por representantes da Defensoria Pública e da comunidade científica. Além dessa comissão, regidos pelos princípios do SUS de descentralização, a legislação afirma que as prefeituras municipais, em parceria com o Ministério Público local, deverão formar conselhos comunitários de atenção ao sujeito em sofrimento psíquico, tendo como principal função: assistir, orientar e auxiliar as famílias para reinserção social do usuário. Conforme a referida lei, os pacientes que perderam o vínculo familiar dependem do Estado, que deverá fazer o possível para que ocorra a sua reintegração social a partir de apoio das políticas que envolvam a “comunidade” próxima.

Nesse sentido, verifica-se a inserção da família na lei em questão como um agente político, participe do processo de Reforma Psiquiátrica, quando essa afirma que os familiares que fazem parte da Comissão de Saúde Mental devem “propor, acompanhar e exigir das secretarias estadual e municipais de saúde” (PARANÁ, 1995, p. 2), sendo esse o novo modelo de atenção à saúde mental prevista na referida lei. É visível, também, uma preocupação legal do Estado em relação à família como usuária dos serviços, que necessita de apoio para que possa ser agente de cuidado e, conseqüentemente, parceira na reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Ainda em relação ao envolvimento familiar no processo de Reforma Psiquiátrica no Paraná, Maftum (2004) afirma que as conferências Estaduais e Municipais se constituíram em um importante espaço de debate sobre a Política de Saúde Mental e cita a I Conferência Municipal de Saúde Mental de Curitiba, que ocorreu em 1997, como um grande fórum de participação popular, envolvendo representantes de usuários (paciente e familiares), hospitais, escolas e clínicas.

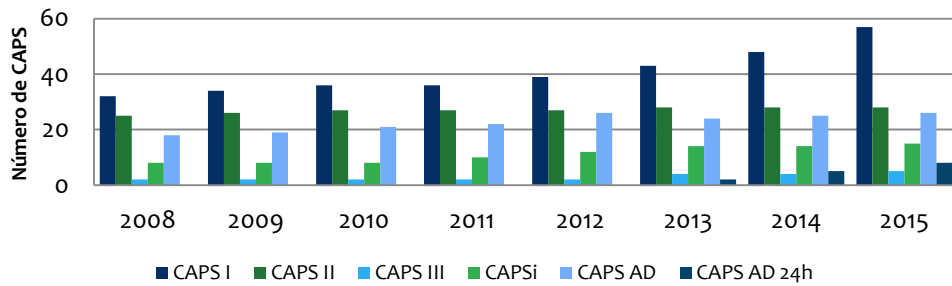
Apesar da tentativa de debates populares para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, a nova Política de Saúde Mental do Estado do Paraná foi avaliada em 1998 e apontou tímidos avanços na direção proposta, como conquistas na implantação de serviços de base comunitária, incentivo e esclarecimento aos municípios sobre a política e a integração de ações de saúde mental nas ações básicas de saúde e no fortalecimento do papel regulador do Estado. Contudo, o documento reforçou a necessidade de criação de serviços extra-hospitalares e hospitais-dia (WADI, 2009).

A preocupação com a promoção de ações conjuntas e articuladas na área da saúde mental se mantém até os dias atuais. Na tentativa de fomentar o trabalho em rede, o governo do Estado do Paraná instituiu o Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental (CISMEEP), por meio do Decreto Estadual nº 2037/2011, que foi revogado pelo Decreto Estadual nº 9405/2015, o qual mantém e regulamenta o referido Comitê. O CISMEEP é composto por secretarias do Governo Estadual e não conta com representantes da sociedade civil. Dentre seus objetivos pode-se citar: a articulação com setores públicos e instituições da sociedade civil para alinhamento da Política de Saúde Mental em todo o Estado; a implantação de um Fórum Estadual sobre Atenção à Saúde Mental; a construção de um diagnóstico das ações com enfoque em saúde mental visando a identificá-las e a articulá-las; o incentivo à criação de Comitês Municipais Intersetoriais de Saúde Mental; e a promoção da descentralização de ações nas regiões administrativas do Estado.

Atualmente, a política de saúde do Paraná demonstra um progressivo crescimento de serviços extra-hospitalares, especialmente CAPS I, CAPS II e CAPSad. Vale destacar que os serviços mais onerosos, como o CAPS III, por exemplo, apresentam um crescimento mais lento. A preocupação social e midiática em relação ao atendimento dos usuários de álcool e de outras drogas, além das medidas propostas pelo governo federal como o programa “Crack, é possível vencer”, demonstra um impulso para a criação de serviços extra-hospitalares para esse público, especialmente CAPSad III que atenda 24 horas¹⁷, enquanto que, para o atendimento de crianças e de adolescentes, esse processo se mostra mais lento.

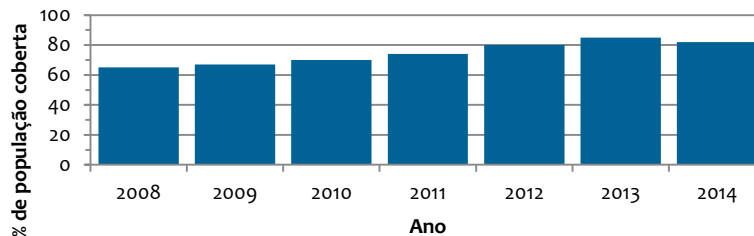
De acordo com Paraná (2014), o Estado possui um total de 107 CAPS habilitados, sendo 45 CAPS I, 24 CAPS II, 03 CAPS III, 21 CAPSad, 11 CAPSi e 03 CAPSad III.

¹⁷ No Paraná foi implantado o Serviço Integrado de Saúde Mental – SIM PR, por meio da Deliberação CIB nº 296 de 27/08/2013, que direciona recursos financeiros estaduais para implantação de novos CAPSad III e Unidades de Acolhimento Reginal infanto-juvenil e adulto (PARANÁ, 2014). Todavia, vale ressaltar que tanto os CAPSad III quanto as Unidades de Acolhimento fazem parte da Política Nacional de Saúde Mental.

Gráfico 8 – Paraná - Número de CAPS no Estado do Paraná (2008 a 2015)

Fonte: DAPE/SAS/MS apud BRASIL, SAGE 2015a.

Conforme dados do SAGE (2015a), a taxa de cobertura de número de CAPS no Paraná supera a meta estabelecida pelo governo federal, que é de 0,70 CAPS por 100.000 habitantes. No ano de 2013, o Estado do Paraná demonstrava um percentual de cobertura de 0,85 CAPS por 100.000 habitantes, com leve declínio no ano de 2014, passando para 0,83, o que ainda caracteriza uma taxa de cobertura muito boa.

Gráfico 9 – Paraná – Taxa de Cobertura Populacional por Número de CAPS (2008 a 2014)

Fonte: DAPE/SAS/MS apud BRASIL, SAGE, 2015a.

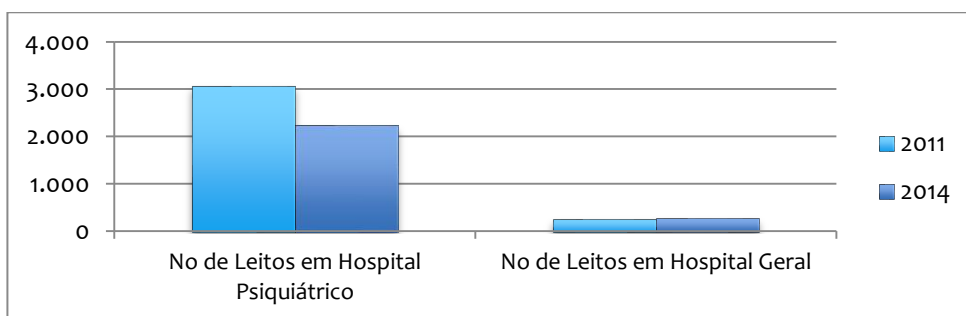
Contudo, a distribuição desses serviços ao longo do Estado é desigual, ficando grandes áreas descobertas, especialmente pelo fato da recomendação populacional para implantação de CAPS I ser para municípios com mais de 20.000 habitantes, sendo que, conforme o IBGE (2010), aproximadamente 80% dos municípios paranaenses apresentam população inferior a esse número. Destarte, é importante a discussão e a proposição de mecanismos de gestão que deem conta dessa realidade, especialmente nas regiões centro-oeste e centro-norte, com uma rede de atenção básica bem estruturada e com uma equipe de matriciamento que articule os serviços e que viabilize o atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico. Afinal, conforme constatado em pesquisa realizada por Luzio e L'abbate (2009), sobre a Política de Saúde Mental em municípios de pequeno e médio porte, a consolidação das propostas da Reforma

Psiquiátrica requerem um maior comprometimento dos gestores públicos; um maior investimento na rede de atendimento, qualificando os serviços de saúde de modo geral; o incentivo à prática intersetorial para a construção de uma rede de cuidado e inclusão e o fomento de organizações para ampliar a participação de usuários e familiares.

A falta de assistência especializada para atendimento e orientação do paciente e de sua família pode incorrer em uma sobrecarga familiar ou mesmo na utilização da rede asilar como o principal recurso possível para esses pacientes. Nesse sentido, Maftum (2004), afirma a “[...] importância do preparo e conscientização da família e da coletividade em geral no entendimento do processo saúde e doença mental bem como do aparato para acolher e cuidar desse paciente no domicílio” (MAFTUM, 2004, p. 16), alertando que ainda são tímidas as iniciativas de trabalho que envolvam os familiares.

Em relação à rede hospitalar observa-se, conforme o Gráfico 8, a diminuição dos leitos. De acordo com o Conselho Regional de Psicologia (2011), em 2011 o Paraná contava com 3.316 leitos psiquiátricos, sendo 253 ofertados em hospitais gerais e 3.063 em hospitais psiquiátricos. Conforme a Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná, no ano de 2014 o Estado contava com 14 hospitais psiquiátricos, sendo um próprio, 07 contratados pelo Estado e 06 contratados pelos municípios, o que evidencia o reflexo da privatização da saúde no Paraná, com grande compra de leitos privados pelo SUS. Esses hospitais ofereciam 2.228 leitos, demonstrando diminuição na rede de atenção asilar em 854 leitos ao comparar os dados de 2011 com os dados de 2014. Contudo, a diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos não foi acompanhada pelo aumento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. No ano de 2014, o Paraná dispunha de 274 leitos psiquiátricos em hospitais gerais, demonstrando pouco aumento em relação aos dados de 2011 (PARANÁ, 2014).

Gráfico 10 - Paraná - Comparativo entre o número de leitos em Hospital Psiquiátrico e em Hospital Geral (2011 a 2014)



Fonte: Dados extraídos de Conselho Regional de Psicologia (2011) e Paraná (2014).

Portanto, para que a Reforma Psiquiátrica se efetive é necessária uma ampla rede de serviços, que se complementem e se relacionem, para promover a (re)inserção social do paciente em sofrimento psíquico e um atendimento efetivo e de qualidade. Para tanto, é necessário mais do que o crescimento do número de CAPS, é preciso que serviços de média e de alta complexidade também estejam disponíveis para esses usuários, como leitos em hospitais gerais e CAPS 24 horas. Romper com a estrutura asilar requer serviços substitutivos eficientes no atendimento do paciente em sofrimento psíquico e de seus familiares. Contudo, nem sempre o Estado responde de forma adequada a esse anseio; nesse caso, a precária assistência do usuário se reflete na família e na sociedade, que se sobrecarregam assumindo responsabilidades que, muitas vezes, não têm respaldo para responder.

O neoliberalismo remete ao cuidado e à proteção social às leis de mercado, ficando ao encargo das famílias e do autocuidado aquilo que o Estado não provê ou que não se tem condições de adquirir por meio de serviços privados. Num primeiro plano, a responsabilidade recai sobre a família e, se ela não encontra respaldo para o exercício de sua função protetiva, o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico fica a cargo da sociedade civil. Em situações extremas, o Estado mínimo assume parcialmente suas atribuições. A família, temerosa pela desassistência do usuário, muitas vezes condena a Reforma Psiquiátrica ou busca lutar junto aos seus pares para que o Estado assuma sua parcela de responsabilidade na proteção social, dando a ela o respaldo necessário para que exerça sua função (ROSA, 2011).

Portanto, na tentativa de melhor compreender a inter-relação entre família e Estado na Política de Saúde Mental, o próximo tópico busca contextualizar a Política de Saúde Mental no município de Toledo/PR, resgatando a história dessa política no município e a forma como ela vem se articulando com seus usuários.

1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR

No município de Toledo, situado na região oeste do estado do Paraná, a estruturação da assistência psiquiátrica é influenciada diretamente pelo movimento social, político e histórico brasileiro e paranaense. De acordo com Paula e Wadi (2015), no princípio, o atendimento do paciente em sofrimento psíquico em Toledo/PR ocorria por meio de um programa instituído pela Secretaria de Saúde, entre 1990/1991. Esse programa atuava com a realização de encontros semanais entre psicólogos, psiquiatras, enfermeiros e assistentes sociais que atuavam diretamente nas questões de saúde mental; a oferta de acompanhamento

reduzido de atendimento multidisciplinar nos postos de saúde do município; e com o encaminhamento dos pacientes para hospitais psiquiátricos privados da região, sendo esses, o Hospital São Marcos, situado em Cascavel e inaugurado em 1970, e o Hospital Filadélfia, de Marechal Cândido Rondon, que foi fundado em 1979. Em 1992, esse programa foi extinto e o único tratamento ofertado no município era o primeiro atendimento e posterior encaminhamento para hospitais psiquiátricos.

Em virtude da necessidade de organização de uma Política de Saúde Mental no município que pudesse responder tanto pelo atendimento dos pacientes em sofrimento psíquico quanto pela nova Política de Saúde Mental paranaense criada pela Lei nº 11.189/95, criou-se, em 14 de julho de 1997, o Departamento de Saúde Mental por meio da Lei nº 1.800. Esse departamento faz parte da Secretaria de Saúde e conta, de acordo com seu Art. 7, com a atribuição de “[...] desenvolver programas e projetos relacionados à promoção e à melhoria da saúde mental” (TOLEDO, 1997, s/p.). Conforme Paula e Wadi (2015), esse Departamento surge por meio da movimentação da Secretaria de Saúde com apoio de outros órgãos da Prefeitura, sendo que, nesse momento, a mobilização em prol de uma outra forma de atender o sujeito em sofrimento psíquico estava centrada no poder público municipal, sem ser citada a participação da sociedade civil.

Inicialmente, os atendimentos em saúde mental não tinham uma estrutura estável e eram realizados por meio da contratação de médicos e de psicólogos terceirizados. Em 2000, foi realizado concurso para contratação de servidores efetivos e o Departamento de Saúde Mental passa a atender anexo ao Centro de Saúde do Município. Contudo, no ano de 2004, foi encaminhado à Câmara de Vereadores uma proposta de extinção do Departamento; em contrapartida, funcionários e familiares dos usuários do serviço se organizaram e conseguiram impedir a aprovação do projeto, o que demonstrou avanços em termos de participação da família na efetivação da Política de Saúde Mental no município (PAULA; WADI, 2015).

Com a expansão do movimento de Reforma Psiquiátrica no Paraná e com a necessidade de ampliação do atendimento ambulatorial em saúde mental no município de Toledo/PR, no ano de 2004 foi lançado o projeto de criação de um CAPS II, que foi aprovado em 2005 e que resultou na inauguração do CAPS II “lugar possível” Dr. Jorge Nisiide, sediado em estrutura própria do município e que atende pacientes portadores de transtornos mentais. Nos anos subsequentes, foi criado um CAPSad II, que se destina à atenção de pacientes com quadro de uso, de abuso e de dependência de substâncias psicoativas.

Todavia, o município evidenciava a necessidade de criação de um CAPSad III, com atendimento 24 horas e com disponibilidade de leitos psiquiátricos; afinal, até 2014, os

pacientes de uso e de abuso de substâncias psicoativas eram encaminhados para hospitais psiquiátricos, como o Hospital Filadélfia, em virtude da falta de leitos psiquiátricos em hospital geral no município e de um CAPS III 24 horas. Sendo assim, em 2014, por meio de convênio firmado com os governos federal e estadual foi inaugurado o CAPSad III. Como esse serviço é destinado para municípios com população superior a 200.000 habitantes e Toledo/PR tem uma população estimada de 130.295 habitantes, seu pleito foi realizado por meio do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Paraná (CISCOPAR). Assim, o CAPSad III, sediado em Toledo/PR, atende os 18 municípios da 20ª Regional de Saúde do Paraná que, somados, representam uma população aproximada de 358 mil habitantes (GAZETA DE TOLEDO, 2014). Contudo, o período de permanência no CAPSad III não é superior a 14 dias e, em casos de continuidade do surto, o usuário é encaminhado para internação conforme preconizado pela própria legislação federal, a qual, no caso de atendimento do usuário de álcool e de outras drogas, reafirma a possibilidade do regime asilar.

Nesse sentido, Luzio e L'abbate (2009), ao analisarem a Política de Saúde Mental em municípios de pequeno e de médio porte da região oeste do estado de São Paulo, afirmam que, naquela realidade e temporalidade, os CAPS se constituíam como um serviço intermediário entre o ambulatório e o hospital psiquiátrico e como os CAPS cadastrados para funcionarem nesse tipo de município atendem apenas no período diurno, eles não conseguem atuar de forma mais efetiva para a substituição dos hospitais psiquiátricos. Fato análogo pode ser observado no município de Toledo/PR, que mantinha encaminhamentos principalmente para o hospital psiquiátrico Filadélfia. Porém, com o fechamento desse hospital no ano de 2015, alegando deterioração física do hospital e problemas financeiros, devido à defasagem no repasse de recursos estaduais e federais (HERMANN, 2012), o município de Toledo/PR reduz suas possibilidades de acesso de pacientes para rede asilar próxima ao município, mantendo encaminhamentos para outros hospitais no estado do Paraná em caso de crise.

O fato de o município necessitar recorrer à estrutura asilar coloca algumas questões, como a urgência em se olhar para a estrutura de atendimento em saúde mental, por exemplo. Atualmente, o município conta com um CAPS II, um CAPSad II e um CAPSad III, com previsão de inauguração de um CAPSi, que deveria ter ocorrido no ano de 2015, mas que ainda não foi implantado. Enquanto não ocorre a inauguração do CAPSi, esses usuários são atendidos na rede ambulatorial existente ou por meio da articulação e da organização da sociedade civil, como é o caso da Associação de Familiares e Amigos do Autista – VIDA, demonstrando o compartilhamento de responsabilidades do Estado com a família e com a sociedade.

Por outro lado, é necessário ampliar a rede de atendimento ambulatorial 24 horas, pois, no caso do usuário em sofrimento psíquico severo e persistente, o município ainda não conta com uma estrutura de atendimento 24 horas – que seria o CAPS III destinado aos municípios com população superior a 200.000 habitantes – nem com leitos psiquiátricos em hospital geral, sendo assim, em casos de surto, recorre-se à estrutura asilar.

Essa organização da rede de atendimento em saúde mental traz reflexos para a realidade familiar. Um primeiro ponto a ser destacado é que, com a ausência de uma rede de atendimento 24 horas, seja por meio dos CAPS ou dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais, pode faltar uma referência especializada que atenda o usuário e a família em caso de surto psiquiátrico, no período noturno ou nos finais de semana. Essa realidade pode, muitas vezes, causar angústia na família, que fica sem saber a quem recorrer nesses períodos. A família necessita se sentir segura e amparada pelo Estado para que possa exercer o cuidado e a reinserção do sujeito em sofrimento psíquico, tendo em vista que a responsabilidade nesse processo é recíproca.

Quando casos de internação se fazem necessários, a falta de uma retaguarda de leitos psiquiátricos em hospital geral ou de um serviço de urgência ou ala psiquiátrica nos referidos hospitais também pode trazer reflexos para a realidade familiar, pois o usuário, de modo geral, receberá um primeiro atendimento, sendo encaminhado, preferencialmente, para o hospital psiquiátrico mais próximo ou onde houver vagas de acordo com a regulação da Central de Leitos. No caso de Toledo/PR, com o fechamento do Hospital Filadélfia, os hospitais que podem prestar esse atendimento ficam distantes do município, o que pode dificultar o acompanhamento da família durante esse período de internação, fragilizando os vínculos entre a família e o sujeito em sofrimento psíquico.

Portanto, ao longo da última década, os serviços de base territorial e extra-hospitalar no município de Toledo/PR cresceram consideravelmente, demonstrando avanços na Política de Saúde Mental. Contudo, romper com a estrutura asilar requer articulações importantes, de trabalho em rede com outras políticas sociais e com os demais serviços de atenção básica de saúde, além de progressos na área de leitos hospitalares em hospitais gerais. Esse caminho necessita de articulação política, de recursos humanos e recursos financeiros que possibilitem a eficácia, a eficiência e a efetividade dos serviços que estão em funcionamento e dos que necessitam ser criados. A pesquisa realizada por Luzio e L'abbate (2009) aponta que nos municípios estudados há a necessidade de maior investimento em equipes multiprofissionais, estímulo à organização, participação dos usuários e familiares, bem como ações intersetoriais dos dispositivos de saúde, de assistência social e de cultura existentes nas cidades. Portanto,

ainda existe um longo percurso na construção de uma rede de atendimento que propicie a reinserção social do paciente em sofrimento psíquico e esse processo não ocorre por meio de políticas de Estado mínimo, ou quando ocorre, requer grande apoio e mobilização social para que avance. Nesse processo, o envolvimento da família é fundamental, haja vista que é importante protagonista na articulação e na luta pela efetivação da Reforma Psiquiátrica. Contudo, para que isso ocorra, a família necessita de amparo para o exercício de suas funções e acesso à informações que sejam facilitadoras desse protagonismo. Portanto, compreendendo a importância da família no processo de RP o próximo capítulo busca destacar o “lugar” da família na Política de Saúde Mental.

2 O “LUGAR” DA FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Este capítulo busca contextualizar a inserção da família na Política de Saúde Mental e as funções que ela ocupa diante dessa política, a partir da análise do texto legal, das Conferências Nacionais de Saúde Mental e de demais documentos legais pertinentes a essa análise. No que tange à legislação em saúde mental, foram utilizadas as principais leis federais que orientam a Política Nacional de Saúde Mental, os compilados de legislação dos anos de 1990 a 2010, além de pesquisas no site do Ministério da Saúde (setor de Legislação Federal Específica de Saúde Mental), no portal da saúde (setor de legislação de Saúde Mental) e na Associação de Apoio aos Portadores de Distúrbios de Ordem Mental (DOM) (relação de legislações em Saúde Mental).

Com a Reforma Psiquiátrica, a família passa a ser uma categoria central na Política de Saúde Mental para (re)inserção do sujeito em sofrimento psíquico no meio social. Assim, é de fundamental importância compreender como a Política de Saúde Mental trata essa inserção familiar a partir de seus documentos legais.

2.1 A FAMÍLIA NAS POLÍTICAS SOCIAIS

O estudo da família é fundamental pela função duplamente social que ela ocupa, tanto de integração do indivíduo à sociedade quanto de refúgio à individualidade. Dentro das funções exercidas pela família, Horkheimer e Adorno (1973) demonstram que ela assume o lugar de adaptação do indivíduo à sociedade do capital e ao mercado de trabalho, impondo, a partir da internalização da autoridade, uma submissão à ordem vigente. Por outro lado, a família também consegue perpetuar, nessa ordem racional, elementos irracionais como os afetos e a segurança, elementos necessários para o indivíduo desenvolver a capacidade de crítica em relação à sociedade em que está inserido.

Assim sendo, a família assume funções que são mediadas socialmente. Espera-se que ela seja espaço de produção de “[...] cuidados, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capaz de promover melhor qualidade de vida a seus membros e efetiva inclusão na comunidade e sociedade em que vivem” (CARVALHO, 1995, p. 15). Todavia, essas funções podem ou não ser efetivadas, afinal, a família pode se configurar como um espaço de adaptação ou de crítica, de proteção ou de desproteção, de criação de vínculos ou de esfacelamento do sujeito.

A elegibilidade da família como *locus* privilegiado de proteção social está intimamente relacionada à função historicamente a ela atribuída, de produção e de reprodução social. Engels (2002) demonstra que a família se modifica ao longo da história para atender às demandas objetivas da materialidade, mas conserva sua função principal de produção e de reprodução social. Desse modo, constitui-se como um lugar de condição objetiva e subjetiva de pertença, de reprodução biológica, de inserção no trabalho, de inserção na cultura e de unidade econômica, de produtora de riquezas e de distribuição entre os seus membros.

A família é o espaço privilegiado na formação de sujeitos por apresentar as características de “[...] afeto desinteressado, proximidade, convivência, continuidade no espaço e o tempo (se nada acontece a nenhum membro) e amor. [...] Não basta ser ‘família’ para reunir todas estas características, mas, de todo modo, a família mostra vocação para ser um ‘parêntesis’ [...]” (MALKI, 2007, p. 29). A família é uma instituição contraditória, pois ao mesmo tempo em que suas relações levam a formas adaptativas, também pode se configurar como um espaço de formação da autonomia, de resistência e de crítica. Assim, apesar de sua recíproca e íntima relação com a sociedade, ela parcialmente pode ser conservada em sua própria autonomia e resguardada em relação ao Estado e à economia.

Vale frisar que esse resguardo é parcial e, de acordo com Mioto (2006), a interferência do Estado em relação às famílias ocorre por meio de três vias: da legislação, que regula e define as relações familiares; das políticas demográficas no incentivo/controlado de natalidade; e da difusão de uma cultura de especialistas no sentido policialesco e assistencial do Estado em relação, principalmente, às classes populares. Por meio desses pontos, é possível perceber a porosidade da família diante do Estado, com o qual se relaciona de modo conflituoso e contraditório. Sobre a família incidem determinações sociais e estatais, alterando-se, com isso, a relação e os limites entre o público e o privado, os quais se imbricam constantemente, portanto, “[...] as condições sociais e econômicas do Brasil na atualidade refundam a tendência já historicamente predominante na sociedade brasileira, qual seja, a de resolver na esfera privada questões da ordem pública” (ALENCAR, 2010, p. 63).

A valorização da família pelas políticas sociais, ao mesmo tempo em que avança, apresenta pontos que precisam ser debatidos e, sendo esse processo contraditório, necessitam serem explorados. De acordo com Carvalho (2008), uma das características de análise da política social brasileira é a elaboração de políticas setorizadas, centralistas, institucionalizadas e fundadas no indivíduo como elemento central. O foco no indivíduo leva a uma fragmentação do sujeito no atendimento das políticas, tratando de seus direitos *per se* (direito da mulher, da criança, do paciente em sofrimento psíquico, entre outros), dividindo

suas necessidades de forma estanque (direitos à saúde, ao transporte, à saúde mental, entre outros e psicologizando as relações sociais. Nesse movimento centrado no sujeito, os coletivos, como família e comunidade, por exemplo, passam a ser secundários e o trabalho com família adquire um caráter conservador e disciplinador.

Contudo, “[...] a crise do ‘Welfare State’, o déficit público, o individualismo crescente, a institucionalização das necessidades individuais/grupais e o desemprego estrutural introduzem hoje velhos e novos desafios à política social brasileira e mundial” (CARVALHO, 2008, p. 96). Perante a esse quadro, a família e a comunidade passam por um processo de (re)valorização nas políticas sociais, que demonstra um esgotamento da opção quase única pelo indivíduo e que se expressa na atenção em nível familiar e comunitário.

Porém, a relação das políticas sociais, no atendimento aos indivíduos, ainda está presente na realidade brasileira. Para Mioto (2006), quando a atuação do Estado ocorre por essa lógica, a família é tomada como esfera privada indiferente à esfera pública e a atenção dos serviços se centra, basicamente, nos indivíduos-problema. Assim, a inserção familiar ocorre de modo a auxiliar para o diagnóstico ou para o tratamento dos problemas individuais ou passa a ser vista como problema e tratada, portanto, como objeto terapêutico. Nesse processo dividem-se as famílias em “capazes” e “incapazes”, “normais” e “patológicas”, ou seja, as que são socialmente consideradas “aptas” para o exercício de sua função protetiva, que ingressam no mercado de trabalho e que dão conta da produção e da reprodução social correspondendo ao estereótipo social de “família estruturada”, e as consideradas “inaptas” para o exercício da sua função protetiva, que são culpabilizadas e passam a ser foco das ações do Estado (somente quando o mercado, via acesso ao trabalho, e a família não dão conta da satisfação das necessidades dos sujeitos é que o Estado intervém). Portanto, a autora supracitada alerta quanto à necessidade de mudança na concepção de atendimento à família, que deve levar em conta a existência de uma conexão direta entre a proteção de direitos individuais e a proteção das famílias, ou seja, o fato de que a família necessita ser assistida para que possa exercer suas tarefas de proteção sem ser penalizada pelas suas impossibilidades.

A Constituição de 1988¹⁸ traz a instituição familiar como a “[...] base da sociedade e com especial proteção do Estado [...]” (MIOTO, 2006, p. 46), e a coloca no compartilhamento

¹⁸ A Constituição de 1988, em seu Art. 226, compreende por entidade familiar a união entre um homem e uma mulher ou por qualquer dos pais e seus descendentes (BRASIL, 1988). Acompanhando as modificações nos arranjos familiares da sociedade brasileira, tem-se uma nova regulamentação legislativa sobre o conceito de família expressa na Lei Federal nº 11.340, de 2006, em que família passa a ser compreendida como a “comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por

de responsabilidades, como, por exemplo, ao afirmar que a proteção social de crianças e de adolescentes é dever do Estado, da família e da sociedade. Porém, contraditoriamente, o que se verifica é uma pauperização e queda crescente da qualidade de vida da família, acarretando em dificuldades para que ela tenha condições de ser espaço de proteção (MIOTO, 2006).

Conforme Carvalho e Almeida (2003), as transformações que vem ocorrendo em níveis demográficos, nos valores e comportamentos sociais e no mercado de trabalho impactaram diretamente a estrutura tradicional familiar, com o

aumento da proporção de domicílios formados por “não famílias”, não apenas entre os idosos (viúvos), mas também entre adultos jovens que expressariam novo “individualismo”; a redução do tamanho das famílias; a fragilização dos laços matrimoniais, com o crescimento das separações e dos divórcios; incremento da proporção de casais maduros sem filhos; e a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, sobretudo de famílias com apenas um dos pais, e em especial das chefiadas por mulheres sem cônjuge (CARVALHO; ALMEIDA, 2003, p. 110).

Os reflexos das transformações políticas, culturais, sociais e econômicas são percebidas na organização e nas condições de vida da família brasileira, esse contexto, somado à precarização do trabalho, ao desemprego e à queda dos rendimentos dos trabalhadores, afeta diretamente a capacidade familiar para o exercício de sua função protetiva. Assim, a “família vem perdendo gradativamente sua capacidade de funcionar como amortecedor da crise e como mecanismo de proteção de seus componentes, o que leva não apenas à deterioração das condições de vida da maioria da população como afeta e ameaça a própria unidade familiar” (CARVALHO; ALMEIDA, 2003, p.120).

Se, por um lado, assiste-se à fragilização da família para o exercício de sua função protetiva, por outro, essa encontra-se no centro das políticas de proteção social, em especial as famílias das camadas populares, mais fragilizadas pelo desemprego, pela pobreza e pela falta de recursos e acesso a serviços diversos. Nesse sentido, Miotto (2006) alerta para o fato de que as políticas sociais, por meio de seus programas e serviços, focam o acesso dos sujeitos aos seus direitos não apenas pela sua condição pessoal, mas prioritariamente pelas condições de sua família. Assim, o que está em jogo, muitas vezes, não é o acesso dos sujeitos aos seus direitos, mas uma avaliação das capacidades familiares, o que demonstra a importância que a

afinidade ou por vontade expressa; independentemente de orientação sexual” (BRASIL, 2006, p. 1). Apesar dos avanços conquistados, tramita atualmente no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº6.583, denominado Estatuto da Família, o qual prevê restrições ao conceito de família, propondo uma concepção de família como aquela formada pela união entre um homem e uma mulher ou entre um dos pais e seus descendentes, excluindo outros arranjos conjugais (BRASIL, 2013b). Essa concepção baseada na naturalização da família, com forte teor religioso, representa um retrocesso em termos de garantia de direitos e nos debates travados sobre os diferentes arranjos familiares.

renda familiar adquire em grande parte dos programas assistenciais. Portanto, a vulnerabilidade à pobreza se relaciona, além dos fatores acima citados, às questões socioeconômicas, aos arranjos familiares e o ciclo de vida das famílias.

Sendo assim, é fundamental para as políticas de proteção social compreenderem de que forma as famílias, que são o seu foco, se organizam em seu cotidiano. As condições das famílias das camadas populares dependem de alguns fatores como: “da fase do ciclo familiar; do número e características de seus componentes (conforme sexo, idade, instrução e nível de qualificação, entre outros) e de sua posição no grupo doméstico (chefe, cônjuge e filhos, principalmente, em razão da prevalência da família nuclear no Brasil)” (CARVALHO; ALMEIDA, 2003, p. 111) os quais se associam aos papéis assumidos e definidos socialmente.

As autoras afirmam ainda que a pobreza está mais presente em famílias com filhos novos e chefiados por mulheres, o que diminui quando os filhos crescem e passam a acessar o mercado de trabalho, contribuindo, portanto, com a renda familiar. De acordo com Fonseca (2006), boa parte das famílias brasileiras monoparentais femininas se encontram abaixo da linha da pobreza, o que colabora para que crianças e adolescentes tenham que auxiliar na renda doméstica desde muito cedo, prejudicando sua escolarização. Além disso, um fator de exclusão de muitos grupos familiares é o analfabetismo e o trabalho infantil, o que se associa às precárias condições de trabalho dos pais somados à necessidade da inserção dos filhos no mercado de trabalho. Outro fator destacado pela autora é a raça que, no Brasil, é uma variável significativa na vivência de pobreza, devido ao estigma social, aos resquícios históricos da escravidão e da dificuldade de acesso a bens e serviços na sociedade brasileira.

Nessas vivências cotidianas de dificuldade de acesso a serviços e de pauperismo e segregação, Carvalho (1995) destaca a importância das redes de solidariedade como mecanismo de resistência e de sobrevivência das camadas populares, enfocando essa rede informal como mecanismo fundamental de suporte afetivo, econômico e social. As famílias empobrecidas, para dar conta de sua sobrevivência material e afetiva, de modo geral, apoiam-se em redes como a de solidariedade conterrânea e parental (vizinhos, parentes, entre outros, que auxiliam, por exemplo, no pagamento de uma conta, no cuidado das crianças etc.); de solidariedade apadrinhada (manutenção de laços com sujeitos das classes média e alta, garantindo doação de remédios, de roupas usadas, de eletrodomésticos usados, entre outros, baseados em uma cultura de apadrinhamento) e de solidariedade missionária (busca na igreja por um espaço de esperança, de suporte emocional, afetivo e material). Essas formas de organização da vida cotidiana refletem as contradições e os conflitos próprios das condições objetivas postas a essas famílias, como a falta de privacidade em virtude das próprias

habitações precárias; a exclusão persistente de acesso aos bens culturais, de acesso a serviços de educação e lazer; e a oferta de políticas sociais residuais e compensatórias, nas quais o Estado exerce apenas um papel residual na proteção social dessas famílias, intervindo somente quando o mercado privado, ou as famílias, se veem impossibilitadas de fazê-lo (CARVALHO, 1995).

Esse quadro que se revela nas precárias condições de vida e de subsistência dessas famílias expressa os reflexos de um sistema perverso baseado na desigualdade e na exclusão para a sua manutenção. Esse contexto se agrava em virtude da contrarreforma estatal e do processo de minimização do Estado, fatores que dificultam o acesso e a garantia aos direitos e às políticas sociais de qualidade que consigam ser efetivas, eficazes e eficientes para a população. Portanto, a valorização da família como objeto e instrumento para gestão e formatação das políticas sociais não deve representar um recuo nas responsabilidades do Estado em prover proteção social, pois os recursos e as funções exercidas pela família não substituem as responsabilidades estatais, mas são aditivas a elas dentro das condições objetivas¹⁹ que as famílias possuem. As políticas sociais direcionadas à família devem mobilizar sua capacidade de agir, de ser sujeito ativo no enfrentamento da vulnerabilidade que lhe afeta, de ser protagonista, usando, para tanto, os mecanismos sociopolíticos disponíveis. Contudo, “[...] há um descompasso entre o ‘vivido’, o ‘idealizado’ e o ‘legislado’ [...]” (FONSECA, 2006, p. 3), colocado no paradoxo entre o enaltecimento da família como recurso fundamental da sociabilidade humana e a precarização das condições sociais e econômicas, que recaem diretamente nas possibilidades de proteção que a família pode proporcionar tendo em conta os riscos sociais a que está sujeita.

Esse enaltecimento da família está expresso no lugar de destaque que ela passa a ocupar nas mais diversas políticas sociais, como a política da assistência social que, com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), prioriza a família como foco de atenção por meio, dentre outros, do Programa de Atenção Integral à Família (PAIF); a política de saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF); a Política de Saúde Mental que, com o processo de Reforma Psiquiátrica, descarta alternativas de institucionalização como os hospitais psiquiátricos e traz o foco para o atendimento ambulatorial resgatando os vínculos com a família e com a comunidade, entre outros.

Na Política de Saúde Mental, em particular, a relação da família com o Estado passou por um processo que vai desde o alijamento da família até seu chamamento como

¹⁹ Entende-se, neste texto, por “condições objetivas”, os recursos materiais (renda, acesso a políticas sociais, acesso e condições de trabalho, entre outros) necessários para que a família possa exercer sua função protetiva.

corresponsável pelo bem-estar e pelo tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Entretanto, apesar da centralidade da família, não há uma expressão clara e delimitada de seu conceito e do que se espera dessa instituição na Política de Saúde Mental atualmente, para tanto, na sequência será feita uma análise do texto legal, Conferências de Saúde Mental, e dos demais documentos oficiais que foram fundamentais para a construção de referenciais que permitem olhar para o “lugar” da família nessa política.

2.2 A FAMÍLIA NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Com a Reforma Psiquiátrica, a família passa de coadjuvante à protagonista do processo de reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, entendendo que o protagonismo familiar, nesse contexto, consiste “[...] na sua participação política, exigindo a criação de CAPS, programas de geração de renda, fortalecimento da atenção primária, qualificação dos serviços e dos profissionais, e a substituição definitiva dos serviços fechados e manicomiais [...]” (DELGADO, 2013, p. 11). Além da participação no campo da política, que o autor cita como fundamental na construção da autonomia, ele ressalta que o protagonismo familiar vai além. Os familiares também exercem sua ação política quando atuam na criação de cooperativas de geração de renda; quando participam de atividades de ensino e pesquisa como protagonistas na produção de conhecimento; quando reúnem-se em grupos solidários de apoio mútuo, compartilhando experiências e buscando a gestão da vida cotidiana; ou mesmo, quando pactuam com os serviços, com as formas de lidar com as crises e com os momentos difíceis, interferindo ativamente na clínica e contribuindo, dessa maneira, para melhores práticas em saúde mental.

O termo protagonismo vem do grego, em que “proto” significa primeiro e “àgon” significa discussão, disputa. Portanto, ser protagonista é ser o primeiro a entrar em cena, é colocar-se em disputa, ou seja, ser o primeiro a discutir aquilo que está em cena. No campo da saúde mental ser protagonista é anunciar sua demanda e ser o primeiro a falar/participar/debater nesse espaço; remete ao rompimento dos antigos fantasmas manicomiais, ao rompimento com o sujeito sem voz e sem vez, para emergência do sujeito participativo e autônomo (COSTA; PAULON, 2012). Dessa forma, abarcando essa visão ampla de protagonismo, este texto objetiva compreender como o conceito de família e de protagonismo familiar foram se constituindo na Política de Saúde Mental, realizando uma análise de sua legislação a partir da década de 1990, período eleito, pelo fato de que contempla os avanços alcançados após a promulgação da Constituição de 1988.

2.2.1 A família na Política de Saúde mental a partir da análise da Legislação Federal

Para embasar a análise do “lugar” da família na Política de Saúde Mental, a partir dos textos legais, foram utilizados o primeiro compilado de legislações publicados pelo Ministério da Saúde (leis federais lançadas de 1990 e 2004), o segundo compilado de legislações publicados pelo Ministério da Saúde (leis federais lançadas de 2004 a 2010) e demais legislações federais publicadas de 2010 a 2014.

Ao analisar esses documentos, dos anos de 1990 a 2004, são perceptíveis alterações em relação à função familiar nessa política, principalmente no que tange ao protagonismo político. A família como ator político já era explicitada por meio da Portaria SAS/MS nº 145, de 25 de agosto de 1994, que incluía um representante das Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares no Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP), contribuindo com a participação desses atores no controle social. Essa inserção foi reforçada pela Resolução do Conselho de Saúde nº 93, de 02 de dezembro de 1993, que colocava dois representantes de Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares para comporem a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica e, posteriormente, pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 298, de 02 de dezembro de 1999, que incluía a representação de usuários e/ou de familiares de serviços de saúde na Comissão de Saúde Mental. De acordo com Duarte (2008), a nova comissão, instituída pela Resolução nº 298, excluiu do conselho os representantes de associações de usuários de serviços de saúde mental e seus familiares, representando um retrocesso nos avanços até então conquistados. Após amplo debate e protestos, os conselheiros retomaram as discussões e instituíram um representante que permanecesse à disposição da comissão na qualidade de assessor. Todos os avanços e retrocessos indicam que a inclusão da família na política passou por debates e lutas em busca de hegemonia.

Ainda em relação ao protagonismo político da família, em fevereiro de 2000, ela foi citada pela Portaria GM/MS nº 106, que cria e regulamenta os Serviços de Residenciais Terapêuticos, trazendo em seus princípios e diretrizes o estímulo para a formação de associações de familiares, de usuários e de voluntários, indicando a importância da família na luta pela cidadania do paciente em sofrimento psíquico.

Vê-se, pelas legislações mencionadas, que a família é inserida na Política de Saúde Mental primeiramente como agente político. Isto não é fortuito pois, como demonstra Amarante (1995), o MTSM era plural e tinha, em sua composição, trabalhadores da área de saúde, instituições, entidades e outros movimentos como associações comunitárias, de

familiares e/ou de usuários na sua composição. Nesse sentido, a família se fez presente dentro dos debates reformistas, sendo um dos agentes políticos na luta pela Reforma Psiquiátrica.

Outro marco fundamental no processo de Reforma Psiquiátrica foi a Portaria GM/MS nº 251, de janeiro de 2002, que estabelece novas diretrizes para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos. Até então, o protagonismo familiar estava mais direcionado ao seu caráter como agente político. Contudo, a partir dessa Portaria, sua função dentro da Política de Saúde Mental foi ampliada. Portanto, antes da Reforma Psiquiátrica, a função desempenhada pela família diante da internação de seu familiar ficava “[...] restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história da sua enfermidade” (ROSA, 2011, p. 52), ocorrendo, assim, a ruptura do paciente com seu meio familiar e sociocultural, restando para a família apenas esperar o retorno do paciente “recuperado”, conforme preconizava a pedagogia alienista (ROSA, 2011). A partir da portaria citada, a família passou a ser legalmente incluída nos projetos terapêuticos de forma a compatibilizar a proposta de tratamento com as necessidades tanto do usuário quanto da família. Além disso, os atendimentos passaram a ser estendidos também à família, haja vista que uma das abordagens de tratamento ofertadas nos hospitais psiquiátricos relacionava-se à orientação familiar quanto ao diagnóstico, ao tratamento, à alta hospitalar e à continuidade do tratamento.

Em relação ao atendimento ambulatorial, as mudanças também foram perceptíveis. A partir da Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelecia as modalidades de CAPS, o atendimento à família e as atividades comunitárias foram incluídos nesses serviços, cujo enfoque se voltou à integração do paciente à família e à sociedade; todavia, esse documento não traz maiores informações sobre como proceder para que isso ocorra. Algumas dessas especificações foram pontuadas na Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, que instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e de Outras Drogas e indicou, dentre os seus objetivos, o atendimento a usuários e a familiares de forma individual, em grupo, atividades comunitárias, orientação profissional, suporte medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros. Esses, timidamente, já eram citados pela Portaria SNAS nº 189, de 19 de novembro de 1991, que colocava, entre os códigos de atendimento, a atividade em grupo de pacientes (terapia grupal e/ou familiar), os atendimentos nos CAPS de orientação familiar e a participação da família nas entrevistas de anamnese; e pela Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, que determinava que a

assistência aos usuários nos serviços de saúde mental deviam contemplar o atendimento à família e a realização de visitas domiciliares.

Essas portarias representaram um respaldo legal para a inclusão da família como usuária dos serviços, que deixou de ser apenas cuidadora ou informante sobre a condição do paciente para ser olhada como instituição que também necessita de atendimento e de proteção dentro dos serviços de saúde mental. Assim, a família passou a ser partícipe do processo de internação e de atendimento ambulatorial de seu familiar. Entretanto, nem sempre o ideal e o desejo dos profissionais de saúde em relação a esse(a) protagonismo/participação da família correspondem às reais possibilidades familiares, gerando um campo de tensão (ROSA, 2005). Perante a esse embate, entre as possibilidades de as famílias exercerem o seu protagonismo e as exigências a elas colocadas, Vasconcelos (1992) aponta que a maioria das pesquisas enfatizam o papel de controle social dos hospitais psiquiátricos e subestimam a sua função maximizadora do “tempo produtivo” da família em consequência da diminuição do “tempo de cuidar”²⁰. Para o autor, o processo de desospitalização tem colocado duas questões centrais:

[...] a de quais formas de divisão do trabalho são possíveis entre as famílias e instituições sociais no cuidado às pessoas com alguma forma de dependência; e a de qual relação é possível entre tratamento e cuidado social, entre os problemas específicos da área mental e as condições materiais e sociais de vida (VASCONCELOS, 1992, p. 32).

Essas questões necessitam ser olhadas a partir do viés do compartilhamento de responsabilidades entre família e Estado e das condições objetivas ofertadas para a família exercer esse protagonismo, que a ela vai sendo assumido e/ou delegado.

Em termos de legislação, marco fundamental desse período foi a promulgação da Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, pois regulamentou o redirecionamento da Política de Saúde Mental de uma estrutura asilar para a implantação de serviços substitutivos que previam a reinserção familiar e social do sujeito em sofrimento psíquico. A referida lei deixava a cargo do Estado o desenvolvimento da Política de Saúde Mental, com a devida participação da sociedade e da família, contando com novos pressupostos e com estruturação que privilegiavam os serviços de meio aberto ²¹ (BRASIL, 2004a); sendo assim, é função do Estado “[...] oferecer

²⁰ O autor utiliza a terminologia “tempo produtivo”, referindo-se ao espaço temporal em que os familiares estão inseridos no mercado de trabalho, fazendo um contraponto com o “tempo de cuidar”, relacionado ao tempo dos familiares dedicados à função de cuidadores.

²¹ Conforme expresso em Brasil (2004a), a nova estruturação de que trata a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, podem ser observados em:

atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (BRASIL, 2004a, p.13), além de prever que a família, ou o responsável, seja informado sobre os seus direitos e os do usuário no atendimento da Política de Saúde Mental.

Conforme Hirdes (2009), a proposição e a aprovação dessa lei vai contra interesses econômicos de determinados grupos, que buscam manter o atendimento centrado nos hospitais psiquiátricos. Além disso, a amplitude do processo de desinstitucionalização vai além da substituição de serviços e tem um forte caráter ideológico e político, que influenciaram na forma como essa política foi pensada e implantada.

Portanto, em relação ao período de 1990 até 2004, pode-se pontuar que a legislação versou, em sua maioria, sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, com a reestruturação da atenção psiquiátrica hospitalar e com a expansão da rede de atenção comunitária. Em relação à família essa foi, aos poucos, sendo inserida na Política de Saúde Mental, num primeiro momento como ator político para o avanço da Reforma Psiquiátrica e, em seguida, como usuária do serviço e sujeito de direitos. Não se podem negar os avanços desse período para a consolidação de um novo modelo de atenção psicossocial e uma das modificações fundamentais foi a inclusão da família nesse processo.

Por conseguinte, a partir da análise da Legislação de Saúde Mental dos anos de 2004 até fins de 2014, percebe-se clara ênfase da Política de Saúde Mental na regulamentação da política sobre drogas. Nesse sentido, pode-se citar a Lei Federal nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), e que aponta, em sua redação, a família como parceira na prevenção, na atenção e na reinserção dos usuários de substâncias psicoativas, prevendo atividades a ambos os segmentos (usuários e familiares), as quais tinham como foco a melhoria da qualidade de vida, a redução de danos e a sua integração e reintegração social.

Ainda no bojo da discussão do atendimento à família, a Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e de

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

outras drogas, considera em seu texto o documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, que prioriza que “[...] as ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador, direcionadas as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (e seus familiares) sejam realizadas na comunidade [...]” (BRASIL, 2010a, p. 86). Esse texto também afirma que, dentre as principais características das unidades de atendimento, encontra-se a oferta de acolhimento, de atenção integral e de reinserção social ao usuário e a seus familiares.

Nesse mesmo contexto, a Portaria n° 1.612 GM/MS, de 9 de setembro de 2005, que aprovou as normas de funcionamento dos serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e de outras drogas, atuou de forma similar à regulamentação desses serviços para atendimento do transtorno mental ofertado nos CAPS I, II e III. Assim, legislou que a instituição hospitalar deveria conter em seu projeto técnico atividades de abordagem familiar, incluindo orientações sobre o diagnóstico, o tratamento, a alta e a continuidade do tratamento. Esse fato foi reforçado pela Portaria GM/MS n° 2.842, de 20 de setembro de 2010, que tratou das normas de funcionamento e de habilitação desses serviços e trouxe a necessidade de compatibilização da proposta terapêutica com as necessidades dos usuários e de seus familiares. Tal proposta serviria de eixo diretor para elaboração dos projetos terapêuticos singulares. Desse modo, o texto legal passou a delinear as ações a serem ofertadas para os usuários e familiares para promoção e garantia de seus direitos e para apoio e reabilitação psicossocial.

Seguindo essa mesma lógica de ação, vale destacar o Decreto Federal n° 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e a outras drogas e que cita, como um dos objetivos desse plano, ações que contemplem a participação de familiares, além de incluir, em suas ações imediatas, a ampliação da rede de assistência social, voltada ao acompanhamento familiar e da inclusão de usuários em programas de reinserção familiar. Esse decreto buscou articular diferentes políticas sociais para o atendimento dos usuários de álcool e de outras drogas e vincular a família ao atendimento na política de assistência social.

Em relação ao atendimento em regime residencial, a Portaria GM/MS n° 131, de 26 de janeiro de 2012, afirma que, enquanto o usuário de álcool e de outras drogas estiver em atendimento em Serviço Residencial, deverá ser garantido seu direito de visitas regulares dos familiares, desde o primeiro dia de permanência, que deverão ser acompanhados pelos CAPS, com realização mínima de um atendimento mensal e com atividades em grupo, além de uma programação de saúde que preveja a reintegração familiar e social. Esse documento reforçou

os princípios da Reforma Psiquiátrica no que tange ao fortalecimento dos vínculos entre o usuário e a sua família (BRASIL, 2012a).

Fica evidente a preocupação da Política de Saúde Mental em legislar e em atuar na política sobre drogas. De acordo com Vasconcelos (2011), a atenção aos usuários de álcool e de outras drogas é um dos desafios mais urgentes da Política de Saúde Mental por ser esse um problema que se agudiza, além de sua repercussão na mídia, no parlamento e na justiça. Conforme o autor, no âmbito familiar e comunitário, a gravidade colocada pelo uso e abuso de drogas é alto, na maioria das vezes, a família não sabe como lidar com as situações que se apresentam, valendo-se de técnicas arcaicas utilizadas para com os ditos “loucos”, tais como, trancafiamento no lar, prisão policial, abandono nas ruas, entre outros, o que demonstra a necessidade de políticas sociais que atuem nesse âmbito.

Vale ressaltar que, nesse período, avanços significativos ocorreram com a promulgação da Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, que trata principalmente da instituição de uma rede de atenção psicossocial para os sujeitos em sofrimento psíquico e usuários de crack, de álcool e de outras drogas, no âmbito do SUS. Dentre os objetivos gerais da rede de atenção psicossocial encontra-se a inserção dos usuários e de sua família nos serviços, os quais devem estar articulados para garantir a atenção e a reinserção familiar e comunitária desses sujeitos.

A inserção da família em serviços de saúde mental também foi explicitada pela Portaria GM/MS nº 94, de 14 de janeiro de 2014, que trata da instituição de serviços para atendimento da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Em seu Art. 4º recomenda que o projeto terapêutico singular seja elaborado de preferência com a família e a comunidade, “[...] visando à construção de corresponsabilização no cuidado e o estabelecimento de condutas terapêuticas articuladas em rede”. Nesse sentido, a família foi tomada como parceira e como corresponsável, reforçando a função do cuidado familiar. De acordo com Rosa (2005), a imagem do familiar cuidador é variada, pois depende “[...] de sua atuação multidimensional, de sua identidade plural, manifestada a partir de sua identidade de classe, de seu contexto assistencial, de suas atitudes, de seu preparo político e instrumental como cuidador e ainda de quem analisa o seu lugar” (ROSA, 2005, p. 209).

Desse modo, a partir das construções realizadas até o momento, observa-se que tanto a legislação em Saúde Mental (leis, portarias, decretos e resoluções) de 1990 a 2004 como a Legislação em Saúde Mental de 2004 a 2014 abordaram a família em relação às funções dos serviços para com ela, mas não deixam claro as funções da família para com os serviços. Também é recorrente, nessas legislações, a indicação da família como parceira do Estado,

sendo-lhe atribuída uma devida participação nessa política. Em relação a esse quesito, vale destacar a Portaria nº 1.174 GM/MS, de 07 de julho de 2005, que destina recursos financeiros para o Programa de Qualificação dos CAPS, e coloca como uma das considerações, quanto à necessidade de destinação desse recurso, “[...] a importância de prover uma participação mais efetiva dos familiares nos CAPS e a realização sistemática de atividades com a participação de familiares” (BRASIL, 2010a, p. 107). Isto evidencia a participação familiar como um dos pontos nevrálgicos da Política de Saúde Mental, o que se reflete no cotidiano dos serviços prestados pelos CAPS, nas dificuldades desses serviços em estabelecerem uma relação “produtiva” (de troca, de participação) com a família. Ademais, a Recomendação 04, de 2006, do Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, traz, em seu texto, quanto às estratégias de gestão, a necessidade do incremento da participação de familiares e de responsáveis nos espaços de discussão coletiva sobre a Política de Saúde Mental Infantojuvenil.

Todavia, a legislação somente dá indícios sobre o caminho que a política percorre, não contemplando, de forma minuciosa e abrangente, todos os temas e os segmentos de uma política, sendo necessária a análise de outros documentos para compreender o “lugar” ocupado pela família na Política de Saúde Mental. Assim, é fundamental acompanhar as discussões que foram travadas nas quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental, as quais refletem e impulsionam o debate realizado no legislativo.

2.2.2 A família na Política de Saúde Mental a partir da análise das Conferências Nacionais de Saúde Mental

As mudanças que ocorrem na Política de Saúde Mental foram fruto, dentre outros fatores, da I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), de 1987, que parte de três temas básicos para a discussão da Reforma Psiquiátrica, tendo forte influência da Reforma Sanitária, da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), de 1986, e dos caminhos que estavam sendo apontados para o SUS. Nesse primeiro momento, o foco foi a reformulação do modelo assistencial, em uma tentativa de romper com o modelo asilar e cronificador; nesse sentido, o documento citava a necessidade de o Estado reconhecer os espaços comunitários como promotores de saúde mental.

A família apareceu de forma sutil, sendo citada quando o documento colocava a necessidade de os usuários do serviço e da comunidade serem partícipes do processo de controle social e se inserirem na elaboração dos programas de trabalho. Apesar de tímido em relação ao papel familiar, esse documento foi fundamental pois nele já estava explícito que a

família possuía o direito de questionar a decisão sobre o diagnóstico e o regime de tratamento do paciente. Sendo assim, percebe-se que, tanto em termos de legislação de saúde mental quanto no tangente à I CNSM é reconhecido primeiramente o protagonismo político da família; além disso, esse período foi fundamental para se lutar por uma outra estrutura de atendimento da Política de Saúde Mental.

Afinal, nesse momento o Brasil vivia um período de intensa mobilização popular direcionada à garantia de direitos que impulsionaram a mobilizações pela universalização da saúde, a descentralização das políticas sociais e as experiências inovadoras de práticas baseadas em serviços de base comunitária para atendimento dos sujeitos em sofrimento psíquico. Nessa conjuntura, o país apresentava um quadro “[...] heterogêneo, complexo e dinâmico, com alguns espaços abertos para o avanço de projetos de desinstitucionalização [...]” (VASCONCELOS, 1992, p. 60).

Acompanhando os debates travados pelo SUS, em dezembro de 1992 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), que encadeou debates importantes em relação ao processo de desinstitucionalização do sujeito em sofrimento psíquico. Essa Conferência contou, pela primeira vez na história, com expressiva participação de usuários e de familiares e já estava inserida em um processo de avanços do SUS. Sendo assim, a luta se deu por mudanças na legislação para que a RP se efetivasse. O documento da II CNSM afirmava a necessidade de transformação das relações cotidianas entre trabalhadores, usuários, familiares, comunidade e demais serviços na busca pela desinstitucionalização. Para tanto, citava a necessidade de articular os recursos comunitários com os recursos formais, de fortalecer os movimentos sociais, de evitar culpabilizar o usuário e a família e de promover atendimento integrado à família no contexto social.

Na II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1994 (II CNSM), a família foi citada nos três tópicos de discussão, sendo estes: os marcos conceituais (da atenção integral e da cidadania), a atenção à saúde mental e municipalização e, por fim, os direitos e a legislação. Quanto à cidadania, foi proposto um programa de esclarecimento e de apoio à família, à comunidade e aos trabalhadores de saúde mental, ampliando os processos de discussão e de participação democrática desses atores. Em relação à atenção à saúde mental e municipalização, trouxe, em suas recomendações gerais, a necessidade do incentivo à participação familiar nos serviços de saúde mental e seu atendimento especializado. O tópico sobre direitos e legislação reafirmou a necessidade de a família participar das discussões da Reforma Psiquiátrica e, ao trabalhar os direitos do usuário, inseriu a família nesse processo, esboçando um novo modelo de atenção em saúde mental. Para avançar no processo de

desinstitucionalização do usuário de saúde mental, no terceiro tópico do relatório foi sugerido a formação de conselhos comunitários, com apoio do Ministério Público, com função de assistir, de orientar e de auxiliar as famílias, garantindo a integração social e familiar do usuário; propôs, ainda, programas de resgate dos elos familiares para populações internadas em períodos prolongados, que atendam a usuários e a familiares e que garantam à pessoa internada visita diária de familiares e amigos.

A II CNSM pode esboçar um novo modelo assistencial e foi seguida de diversas experiências que comprovaram a possibilidade prática de uma Política de Saúde Mental sem instituições fechadas. Contudo, como aponta Amarante (1995), apesar dos progressos trilhados até esse momento, outros problemas se apresentaram, como, por exemplo: o fato da existência de um serviço ambulatorial não garantir sua natureza não manicomial, sendo necessário investir na qualidade dos serviços e romper com o modelo tradicional; a participação social de associações e entidades de familiares e usuários demonstrou que muitas delas podem ser instrumentos aparelhados por grupos contrários à Reforma Psiquiátrica, já que “[...] a participação, por si só, não é garantia de democratização ou de opção pelos caminhos mais corretos e melhores para os sujeitos portadores de sofrimento psíquico” (AMARANTE, 1995, p. 85).

Fato decisivo para a ampliação e para a regulamentação da modalidade de atendimento ambulatorial em saúde mental, foi a promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001, seguida pela realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), em dezembro de 2001. Essa CNSM discutiu os caminhos para dar efetividade à lei citada, que possibilitasse uma reorientação do modo de atendimento, que ainda era predominantemente asilar. Afinal, apenas a presença da legislação em saúde mental não garante o respeito e a proteção dos direitos humanos, tendo em vista que é necessário que o texto legal se torne efetivo por meio de políticas sociais de qualidade.

A III CNSM consolidou a presença de familiares e de usuários que, conforme o documento, foram atores ativos nos debates. Em relação à família, foram evidenciados alguns pontos que devem ser destacados, os quais se referem ao protagonismo familiar no controle social, tomando-a como ator político, ao qual coube participar de associações; promover cooperativas para inserção do usuário no mercado de trabalho; dialogar com o serviço expondo seu saber; participar do processo de cogestão interdisciplinar, sendo ator e parceiro imprescindível para a concretização dessa política.

Além dessas ações, coube à família, ainda, o papel de usuária do serviço e de sujeito de direitos, devendo ser ouvida e orientada quanto ao uso de medicação, ser convidada a

participar de atividades de estudo sobre a temática de saúde mental e ser informada de seus direitos. O documento reforçou a necessidade da reinserção familiar dos pacientes, sugerindo ações que facilitem esse processo e que fortaleçam as relações familiares por meio de grupos, de acompanhamento e de orientação de familiares e usuários. Sugeriu, ainda, o financiamento de formas de apoio para que usuários, familiares e cuidadores possam exercer seu protagonismo.

Nesse sentido, legalmente, a família deixa ser olhada como um não sujeito, expresso por meio de um discurso sintomático, e passa a fazer parte de um discurso mais democrático, que implica um processo de discussão e de decisão participativa entre usuários, familiares e profissionais, sobre os caminhos a serem seguidos e os serviços que devem ser mobilizados para alcançar tais objetivos (VASCONCELOS, 1992).

Foi na IV Conferência Nacional de Saúde Mental de 2010 (IV CNSM), que o protagonismo familiar na Política de Saúde Mental fica mais explícito. O relatório da IV CNSM afirma que, nesse espaço, observou-se um fortalecimento do protagonismo dos usuários, além de ressaltar a centralidade do protagonismo dos usuários e familiares. O texto da conferência pontua a necessidade de: incentivo à formação de associações de usuários e familiares, ações que produzam a participação desses atores em eventos socioculturais, geração de trabalho e renda sustentáveis, melhoria da qualidade de vida, fortalecimento de vínculos, socialização e inserção social, e promoção de autonomia e autoestima de usuários e familiares, levando em conta as suas potencialidades e demandas particulares (BRASIL, 2010b).

Por conseguinte, na IV Conferência várias ações do Estado para com a família foram propostas, como: promover articulações com outras políticas setoriais para melhorar o atendimento e o acesso da família e dos usuários aos seus direitos; incentivar o controle social e capacitar as famílias para o exercício dele; promover a participação familiar; ofertar apoio e assistência às famílias; orientar as famílias sobre seus direitos; capacitar as famílias e as associações de usuários e familiares em relação à Política de Saúde Mental, garantindo espaços de debate e de troca de experiências; promover ações de fortalecimento do vínculo doméstico; garantir acompanhamento familiar em períodos de crise e/ou internação do paciente e desenvolver ações de educação e de capacitação para o trabalho.

O documento reforçou a importância do incentivo à participação familiar e colocou algumas ações a serem realizadas pelos serviços para atendimento aos usuários e aos familiares, sob uma lógica democrática e de inclusão no serviço, como “[...] oficinas, assembleias, plenárias, ações educativas e preventivas, rodas de conversas e reuniões.”;

acolhendo as demandas dos familiares por meio de oficinas terapêuticas e profissionalizantes e demais ações educativas (BRASIL, 2010b, p. 65).

A IV CNSM propôs que essas ações sejam pautadas no acolhimento e no vínculo, rompendo com a lógica do manicômio e considerando o cuidado integral e a ativa participação de todos os envolvidos. Para tanto, reforçou que as ações promovidas devem garantir “[...] o atendimento, a capacitação, a informação, o suporte às famílias e aos cuidadores dos usuários [...] fortalecendo a co-responsabilidade, o compromisso com o tratamento, e resgatando o protagonismo de todos os atores” (BRASIL, 2010b, p. 63).

Essa CNSM afirmou, ainda, a importância da família como agente político e ator fundamental para a continuidade da Reforma Psiquiátrica, propondo o fortalecimento dos movimentos sociais e das associações de usuários e de familiares, além do fortalecimento do protagonismo familiar no serviço. Também abordou a família como avaliadora dos serviços de saúde mental, sugerindo sua inclusão desde o debate e a construção de indicadores e instrumentais, até a avaliação efetiva da política, respeitando o saber familiar e incentivando o seu envolvimento.

Segundo a IV Conferência, a família também foi vista como espaço de cuidado, para tanto, foram apresentadas ações para incentivar seu envolvimento, como a criação de base legal para que ela possa se ausentar do trabalho e acompanhar o paciente no tratamento. Nesse sentido, foi sugerido que a família faça parte da construção do projeto terapêutico do paciente, participando do seu processo de reabilitação e de ressocialização, garantindo, para tanto, o acompanhamento familiar em períodos de internação e a orientação sobre o manejo de crises.

Compreendendo a família como instituição fundamental na reinserção social do paciente, foram recomendadas ações de fortalecimento de vínculos e de redes sociais para a convivência de usuários e de familiares. Todavia, além de cuidadora, brevemente, o documento indicou a possibilidade de a família ser violadora de direitos, ao afirmar a necessidade de se garantir que os usuários possam usufruir de seus recursos financeiros e não as suas famílias.

Portanto, a IV CNSM ampliou o olhar sobre o protagonismo familiar e a sua inserção na Política de Saúde Mental, concebendo a família como usuária do serviço; agente de direitos que necessita de cuidados e atenção; partícipe e avaliadora do serviço em uma lógica democrática de condução da política; agente político que deve ser orientado e fortalecido para o controle e para a mobilização social; partícipe da formulação, do planejamento e da

fiscalização das políticas sociais; espaço de proteção e cuidado do usuário, reforçando a necessidade de trabalhar os vínculos familiares; e, também, como violadora de direitos²².

Destarte, são perceptíveis os avanços trilhados nesse documento sobre o debate das ações a serem desenvolvidas pelo Estado em relação à família e aos diversos espaços que a família ocupa na Política de Saúde Mental. Todavia, tanto a legislação desse período quanto o relatório da IV CNSM, em alguns momentos, dão indícios da necessidade de reforço do protagonismo e do envolvimento da família. Sendo assim, levanta-se a necessidade de pesquisas sobre o significado do protagonismo familiar na Política de Saúde Mental e sobre os limites e as possibilidades da família em exercê-lo. Nesse sentido, a pesquisa realizada por Gomes (2015) afirma que a família passa por um processo de culpabilização das mazelas acometidas ao membro com adoecimento mental, em uma sutil jogada ideológica de individualização do problema, quando a resposta aos dilemas se centra na sobrecarga familiar e em sua desproteção pelo poder público. Assim, é necessária a compreensão de que a família não deve ser culpabilizada nesse processo, ou mesmo que se reduza tudo à questão da família, pois as dificuldades enfrentadas, atualmente, têm íntima relação com as condições socioeconômicas que favorecem tal processo.

Portanto, até o momento foi explicitado uma multiplicidade de funções que podem ser assumidas pela família na Política de Saúde Mental. Os documentos apresentados enfocam elementos importantes para esse debate e mostram o avanço trilhado pela política, em especial durante a IV CNSM; no entanto, ao sistematizar esse saber e travar discussões com os sujeitos envolvidos, é possível a abertura de caminhos para que se possa avançar cada vez mais no processo de Reforma Psiquiátrica – espaço importante para essa discussão poderá ser a V Conferência Nacional de Saúde Mental, que já mobiliza diversos segmentos na luta para a aprovação de sua realização.

Diante do exposto, percebe-se que a família é colocada como uma das categorias centrais da Política de Saúde Mental e, na tentativa de aprimorar as discussões travadas em torno dela, optou-se, além da análise da legislação e Conferências Nacionais de Saúde Mental, pela busca de manuais e de cartilhas que pudessem trazer informações sobre o protagonismo da família na saúde mental e do “lugar” em que ela ocupa nessa política social.

²² Essas concepções em relação à família, identificados na IV CNSM, trazem elementos importantes para a compreensão do seu “lugar” na Política de Saúde Mental. Seguindo essa linha de compreensão, percebe-se que Rosa (2013) sistematiza a pluralidade de sentidos que a família vai assumido no interior dos debates da RP, os quais serão melhor debatidos na sequência.

2.2.3 A família na Política de Saúde Mental a partir da análise de Manuais e Cartilhas Federais

No processo de Reforma Psiquiátrica, a família passa de coadjuvante a ator principal na reinserção familiar e comunitária do sujeito em sofrimento psíquico. Nesse processo, o envolvimento da família como protagonista tem sido um desafio: por um lado, grupos de familiares lutam pelo fim da hospitalização psiquiátrica e pela inserção social do paciente; em contrapartida, outros grupos resistem a esse processo pelo temor da desassistência, compreendendo que o fim dos hospitais psiquiátricos significaria o abandono do paciente, seja pela premissa crítica de desresponsabilização estatal ou por uma compreensão pouco correta do escopo teórico da Reforma Psiquiátrica (ROSA, 2005).

Não estão claras a todas as famílias as propostas do movimento de Reforma Psiquiátrica, além disso, elas temem ter que assumir sozinhas o encargo pelo cuidado doméstico. Nesse contexto, levando-se em conta que o cuidado no seio familiar é exaustivo e necessita do suporte do Estado para que ocorra, mesmo que o hospital psiquiátrico seja violador de direitos, torna-se a opção viável a essas famílias que temem pela desassistência. Portanto, a tendência familiar contrarreformista se relaciona com o compartilhamento do encargo de cuidar entre o Estado e a família (ROSA, 2005).

Essa relação contraditória também se encontra refletida no protagonismo familiar, pois o modelo de participação no campo político é representativo e a participação da família fica limitada a poucas pessoas. Para Rosa (2005), isso não seria um problema se houvesse eficientes dispositivos de socialização e divulgação de informação, que atingissem o restante das famílias, principalmente o público analfabeto. Outro ponto que impacta no protagonismo familiar é o estigma social, que leva muitas famílias a deixarem de se envolver pelo temor de serem reconhecidas como “familiar de louco”. Desse modo, “[...] parece haver uma crise nas formas de participação até então construídas [...]” (ROSA, 2005, p. 208).

Nos Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2013a), o protagonismo familiar é evidenciado como um desafio, afirmando que o trabalho do cuidado em relação ao paciente em sofrimento psíquico é complexo e foi historicamente retirado da família, sendo-lhe restituído a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Portanto, o exercício dessa prática de cuidado requer “[...] disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com as próprias emoções” (BRASIL, 2013a, p. 64). Nesse sentido, esse documento coloca o protagonismo familiar vinculado à necessidade de apoio e à

oferta de suporte e informações, para que a família seja protagonista do cuidado, compreendendo que uma abordagem que incentive o protagonismo e o fortalecimento de cuidados do sujeito em sofrimento psíquico e/ou usuário de álcool e de outras drogas deve estar apoiada no que existe de recursos e de fortalezas em cada família e não no que lhe falta (BRASIL, 2013a).

O Manual de Saúde Mental no SUS (BRASIL, 2004b) apontou como os familiares poderiam ser protagonistas nas atividades dos CAPS. Enfocou uma participação que ultrapassa o incentivo, de modo que o usuário se envolva no projeto terapêutico, considerando os familiares parceiros no tratamento e, portanto, participantes diretos das atividades do serviço, tanto das atividades internas como das atividades externas, que englobam o trabalho, as ações comunitárias e de integração social. O manual reforça, ainda, a possibilidade de presença dos familiares nos atendimentos oferecidos pelos CAPS, em reuniões e assembleias e na criação de associações; além de afirmar o importante papel de protagonismo da família e dos usuários “[...] na mudança do modelo assistencial no Brasil, participando ativamente da discussão sobre os serviços de saúde mental e promovendo atividades que visam a maior inserção social, a geração de renda e trabalho e a garantia de seus direitos sociais” (BRASIL, 2004b, p. 28).

Um segundo manual que englobou a família e sua relação com a saúde mental foi o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (BRASIL, 2011a), que orientou sobre a atuação da equipe de matriciamento. O guia trouxe sugestões de abordagem e de instrumentos para o processo de matriciamento com famílias, a partir de uma visão sistêmica de família²³ e de formas de atuar. A abordagem sistêmica também é perceptível no Caderno nº 34 de Atenção Básica (BRASIL, 2013a), que enfoca formas de analisar e de atuar junto às famílias, concebendo a família como instituição dinâmica, que apresenta uma diversidade de formas de viver, e abordando metodologias de trabalho para os técnicos, em especial da Estratégia Saúde da Família, atuarem nas famílias que tenham um membro em sofrimento psíquico.

Percebe-se novo fôlego no campo do debate sobre a inserção da família na Política de Saúde Mental no ano de 2013, por meio do Projeto Transversão da escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que lançou uma Cartilha e um Manual de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental (2013). Vale destacar, nessa cartilha, a Carta de direitos e

²³ De acordo com Brasil (2013a), “[...] o pensamento sistêmico e a teoria da comunicação são conhecimentos fundamentais para o trabalho com famílias. O pensamento sistêmico permite que o jogo das interações familiares seja compreensível. Todas as pessoas de uma família, por exemplo, se influenciam mutuamente e, ao mesmo tempo, têm certo grau de autonomia. O que acontece com um, influencia todos e, dependendo do grau de mudança desse indivíduo, é possível que as funções familiares sejam modificadas, tanto para a saúde como para a doença” (BRASIL, 2013a, p. 90).

deveres dos usuários e familiares em saúde mental, elaborada no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial. Ao analisá-la, percebe-se que o discurso gira em torno dos direitos dos usuários e seus deveres, apenas em seu último ponto são citados os dois deveres dos familiares: cuidar do seu parente enfermo, prestando-lhe toda a assistência necessária e colaborar com o serviço que presta atendimento ao seu parente. Todavia, é necessário questionar o modo como esses deveres dos familiares estão expressos, indagando qual o suporte ofertado pelo Estado e pela sociedade para que o familiar exerça o cuidado com o paciente, quais os limites e as possibilidades para que a família possa lhe prestar “toda a assistência necessária” e até em que ponto essa assistência está sendo compartilhada entre família e Estado. Nesse sentido, levanta-se a necessidade de debate sobre os direitos dos familiares, ampliando a visão da família como cuidadora e pensando na família como usuária do serviço e sujeito de direitos.

Ainda em relação ao manual, são disponibilizados vários textos de aprofundamento teórico metodológico e técnico-operativo, dos quais se pode destacar o texto de aprofundamento teórico conceitual de Rosa (2013), que compreende que a família, no interior de debates reformistas, ganha uma pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como: “1) um grupo que precisa de assistência e cuidados; 2) como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; 3) como provedora de cuidados; 4) como avaliadora dos serviços e 5) como sujeito político” (ROSA, 2013, p. 136).

Como observado, a família vai ocupando espaços de cuidado com o paciente em sofrimento psíquico, contudo, ela não é apenas um recurso para os serviços de saúde mental, mas também é vista como usuária, como uma instituição que carece de proteção e de respaldo para o exercício de sua função protetiva. A inclusão da família como portadora de direitos na saúde mental prevê o acesso desta e de seu familiar aos direitos fundamentais, garantindo-lhe o usufruto de políticas sociais de qualidade e a preservando da violação de direitos humanos.

Para tanto, os avanços conquistados na legislação de saúde mental e nas CNSM devem estar refletidos e serem complementares ao movimento das políticas sociais. Para que a legislação não seja apenas letra morta, são necessários: articulação entre políticas, recursos financeiros, recursos humanos, estrutura física e serviços que possam ofertar atenção psicossocial de qualidade. Caso não ocorra consonância entre os instrumentos legais e as políticas sociais efetivas, incorremos no caos da desassistência, da desproteção social e da violação dos direitos humanos, sobrecarregando a família no cuidado do usuário e negando seus direitos.

Afinal, ao mesmo tempo em que a família é colocada como ator fundamental no atendimento e na reinserção social do paciente em sofrimento psíquico, o Brasil se insere na agenda neoliberal e passa por um processo de contrarreforma estatal. Na política neoliberal ocorre um processo de desresponsabilização do Estado e chamada do mercado e da sociedade civil para atender as demandas pendentes que o Estado mínimo deixa de executar. Portanto, Vasconcelos (1992), após analisar a conjuntura da Reforma Psiquiátrica no Brasil, alertou que o processo de desinstitucionalização psiquiátrica pode significar a ressocialização e a devolução da loucura à sociedade, mas, principalmente no contexto do Terceiro Mundo, não deve ingenuamente induzir a uma reprivatização compulsória da loucura na família ou simplesmente a um processo de negligência social, em caso de sua ausência

Para o referido autor, o risco que se corre em um contexto de política neoliberal é a apropriação do movimento antimanicomial por políticas privatistas e negligenciadoras da assistência, a exemplo do que ocorreu nos EUA, que encarou o processo de desinstitucionalização como desospitalização. Portanto, o fim das políticas asilares, sem a criação de serviços intermediários e alternativos à prática hospitalar, pode levar a uma imagem de desconsideração quanto ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, isolando o movimento antimanicomial dos usuários, de seus familiares e da opinião pública em geral.

Sendo assim, compreendendo as variadas funções que foram delegadas/assumidas pela família do sujeito em sofrimento psíquico nas últimas décadas, as modificações sociopolíticas que afetam diretamente o ciclo de vida da família brasileira e o atual contexto das políticas sociais em tempo de Estado mínimo; é fundamental analisar de forma mais aprofundada como o protagonismo familiar vem acontecendo dentro da Política de Saúde Mental, assunto que será tema central dos próximos capítulos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo objetiva esclarecer o caminho metodológico adotado nessa pesquisa, situando o leitor quanto ao local em que ela ocorreu, à problemática e aos objetivos desse estudo, aos métodos utilizados para a coleta de dados, aos procedimentos de análise dos dados coletados, aos cuidados éticos e à forma de devolução dos resultados aos participantes da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre julho e dezembro de 2015, em um CAPS do município de Toledo/PR. A eleição do CAPS como campo da pesquisa deu-se pelo fato deste se tratar de um equipamento de destaque dentro dos serviços substitutivos de base comunitária, propostos pelo Ministério de Saúde, após a promulgação da Lei Federal nº 10.216/2001. Esse equipamento apresenta atendimento sistemático e contínuo, com interfaces diretas com a família, favorecendo a análise do protagonismo familiar.

3.1 O LOCAL DA PESQUISA

De acordo com dados do IBGE (2010), o município de Toledo foi fundado no ano de 1952, sendo que sua colonização se deu principalmente por imigrantes alemães e italianos que residiam no Rio Grande do Sul e vieram para o Paraná, para extração madeireira, incentivada pela firma gaúcha Indústria Madeireira Colonizadora Rio Paraná S/S. O município está localizado na região oeste do estado do Paraná, como pode ser observado na figura abaixo, e sua população estimada é de 132. 077 habitantes. O município de Toledo/PR está subdividido em 22 bairros e em dez distritos, sendo que os bairros com maior densidade populacional são o Vila Pioneiro, o Vila Panorama e o Jardim Santa Maria.

Figura 1 – Localização do município de Toledo no Estado do Paraná, 2010



Fonte: IBGE, 2010.

A base econômica de Toledo é a agricultura, consorciada com a agroindústria e com a pecuária, ocupando o primeiro lugar no Produto Interno Bruto (PIB) de produção agropecuária no estado do Paraná e da Região Sul e o 11^o do Brasil (TOLEDO, 2015). Essas atividades produtivas favorecem o surgimento de agroindústrias, como a Brasil Foods, a Cooperativa Agropecuária Mouraoense (COAMO), dentre outras, diretamente relacionadas à produção agropecuária. Apesar do desenvolvimento econômico e de apresentar um alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,768, ocupando o 249^o lugar dentre os 5.565 municípios brasileiros, o município ainda demonstra uma incidência de pobreza de 40,02% e um índice de Gini²⁴ de 0,4706, o que expressa a desigualdade social da população do município (IPARDES, 2016).

Sendo assim, entende-se como de fundamental importância uma rede de atendimento e proteção social articulada, de modo que haja a garantia dos direitos da população e seu acesso a bens e serviços necessários ao seu bem-estar e que auxiliem no favorecimento de uma melhor distribuição de renda. Nesse sentido, pode-se citar serviços ofertados por algumas políticas da rede de proteção social, como pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 1 – Número e tipo de estabelecimentos ofertados pela rede pública e privada do município de Toledo/PR

Assistência Social		Cultura		Educação		Saúde	
N ^o	Tipo de estabelecimento	N ^o	Tipo de estabelecimento	N ^o	Tipo de estabelecimento	N ^o	Tipo de estabelecimento
4	Centro de Referência de Assistência Social - CRAS	9	Anfiteatro	26	Centro Municipal de Educação Infantil	3	Centro de Atenção Psicossocial
2	Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS	1	Arquivo	36	Pré-escola Municipal	14	Unidade Básica de Saúde
1	BEM Toledo	16	Auditório	36	Escola Municipal de Ensino Fundamental	28	Ambulatório especializado
1	Agente Jovem Ambiental	4	Biblioteca	29	Escola Estadual de Ensino Fundamental	24	Consultório
1	Florir Toledo	4	Casa de Cultura	18	Escola Estadual de Ensino Médio	3	Hospital geral
1	Unidade Social São Francisco	1	Cinema	13	Escolas Particulares de Ensino Fundamental e Médio	1	Policlínica
1	Pro Jovem	2	Circo	2	Universidade Federal	12	Posto de Saúde
2	Centro de Revitalização da	2	Concha Acústica	1	Universidade Estadual	43	Unidade de serviço de apoio de

²⁴ Conforme IBGE (2010), o índice de Gini é a medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima).

	Terceira Idade						diagnose e terapia
3	Casa de Acolhimento	1	Galeria de Arte	3	Universidade Particular	2	Unidade móvel de nível pré-hospitalar/urgência
9	Núcleos do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil	2	Museu	4	Universidade Particular de Ensino à Distância	1	Núcleo de Apoio de Saúde da Família - NASF
1	Cozinha social	1	Sala de exposição				
5	Restaurante popular	1	Salão para convenção				
1	Núcleo de Atendimento à criança e ao adolescente	1	Teatro				
		2	Centro da Juventude				
		1	Centro de Artes e Esportes Unificado - CEU				

Fonte: IPARDES, 2016 e Toledo, 2015.

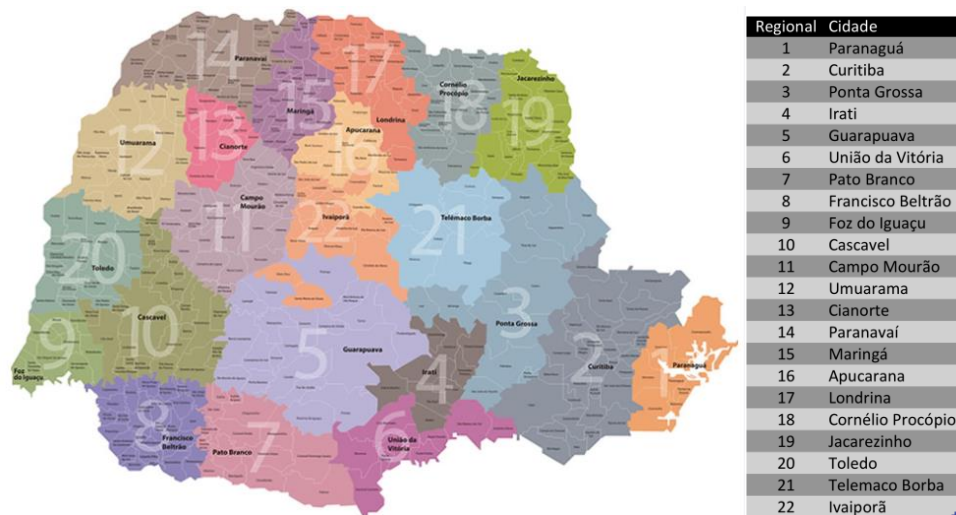
No que tange à política de Assistência Social, ressalta-se que os CRAS e CREAS estão localizados em regiões de vulnerabilidade social, no sentido de articular os microterritórios de acordo com suas necessidades. Além disso, percebe-se que os Núcleos do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil em sua maioria são compostos por ONGs e co-financiados pelo poder público, demonstrando as “parcerias” entre o público e o privado na execução das políticas sociais. Em relação à política de Cultura do município, identificam-se equipamentos que ofertam uma série de cursos e de atividades socioeducativas gratuitas, como os CEUs, destinado a crianças e adolescentes, e a Casa da Cultura com cursos de dança, de desenho, de música, entre outros, destinados às mais variadas faixas etárias. Quanto à política educacional, ressalta-se que o município de Toledo é considerado um polo universitário, devido ao número de universidades e cursos superiores que oferta, favorecendo o ingresso de jovens no município. Portanto, a articulação dessas políticas, dentre outras ofertadas no município e que são imprescindíveis para a proteção social dos sujeitos, como a política de meio ambiente, de habitação, de segurança, entre outras, são fundamentais para garantir o bem-estar e a saúde da população, prevenindo e atuando nas necessidades dos sujeitos em sofrimento psíquico e de sua família.

Compreendendo a importância de uma rede de atenção bem estruturada para o atendimento integral da população, na qual se inclui o sujeito em sofrimento psíquico e sua família, ressalta-se a relevância da política de saúde para integração dos pontos de atenção em

saúde nos territórios, dentre esses, a Rede de Atenção Psicossocial em Saúde Mental. Destarte, em relação à política de saúde do município, conforme dados do IPARDES (2016), percebe-se que, dos 352 estabelecimentos de saúde, 309 pertencem à rede privada, 42 à rede pública municipal e um à rede pública estadual, sendo que, dentre esses estabelecimentos, a grande maioria são consultórios privados. Esse processo reflete o explicitado por Behring (2008), quando ela relata a privatização das políticas sociais, dentre elas, a de saúde. A autora afirma que, com a contrarreforma do Estado, ocorre um reforço quanto à privatização dos serviços que deveriam ser disponibilizados por políticas públicas, seja por meio de incentivos para a oferta de serviços privados ou da compra desses serviços por setores públicos, alegando um Estado ineficiente e a sua necessária minimização. Nesse processo, os sujeitos que podem pagar buscam seus atendimentos nos serviços de saúde privados (como planos de saúde) e a política pública de saúde passa a ser seletiva e focalizada na pobreza.

Em relação à saúde pública do município, identifica-se que Toledo/PR faz parte da 20ª Regional de Saúde, que compreende dezoito municípios da região oeste do estado, e é o município polo de atendimento do Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR)²⁵, como pode ser observado na figura abaixo.

Figura 2: Mapa das regionais de saúde do Estado do Paraná, 2015



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Paraná, 2014.

²⁵ Fazem parte da CISCOPAR os municípios de Assis Chateaubriand, de Diamante D'oeste, de Entre Rios do Oeste, de Guaíra, de Marechal Cândido Rondon, de Maripá, de Mercedes, de Nova Santa Rosa, de Ouro Verde do Oeste, de Palotina, de Pato Bragado, de Quatro Pontes, de Santa Helena, de São José das Palmeiras, de São Pedro do Iguaçu, de Terra Roxa, de Toledo e de Tupãssi.

O CISCOPAR objetiva superar os desafios locais de saúde, instalando um sistema de viabilização financeira e de planejamento local e regional que possibilite o atendimento descentralizado de saúde nos municípios. Portanto, o consórcio busca ofertar à população de municípios de pequeno porte atendimento de maior complexidade fora do município e, aos municípios de médio e grande porte, atendimento nas áreas complementares e suplementares de saúde (CISCOPAR, 2014). Exemplo desse processo de atendimento consorciado de saúde é a instalação do CAPSad III no município de Toledo, que se fez possível por conta do CISCOPAR, além disso, esse dispositivo de saúde atende, além de Toledo, a outros municípios consorciados.

A atenção básica de saúde do município, de acordo com o Plano Plurianual²⁶ (PPA) 2014/2017, é ordenadora do sistema local de saúde e, para tanto, o plano cita uma série de ações que vão desde atividades voltadas à prevenção de problemas de saúde, ao atendimento da população por meio dos serviços de atenção básica como o Estratégia Saúde da Família e a identificação e encaminhamento para serviços de média e alta complexidade, se necessário. Ademais, Toledo/PR prevê ações focadas no atendimento de crianças e de adolescentes, além da distribuição de medicação por meio da assistência farmacêutica. Em relação ao aprimoramento e à ampliação de ações de saúde especializada, pode-se citar o fortalecimento do CISCOPAR e a ampliação em termos de especialidades médicas e odontológicas, além disso, o plano cita intervenções com foco específico na prevenção e no tratamento do uso de substâncias psicoativas (TOLEDO, 2013).

A qualificação dos serviços de saúde mental faz parte das ações de aprimoramento de serviços especializados na área de saúde e, de acordo com o PPA 2014/2017 (2013, p. 58), propõe-se, para essa política,

Dotar de recursos humanos, físicos e materiais o Departamento de Saúde Mental; Ampliar o Programa Saúde Mental, disponibilizando atendimento em grupo e individual em psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, enfermagem, serviço social e terapia ocupacional, garantindo o fornecimento de medicação básica; Implementar o Programa de Grupo de Família da Saúde Mental; Implementar os Programas CAPS II e CAPS Álcool e Drogas; Implementar os programas de prevenção às drogas para os adolescentes, em parceria com outras secretarias, entidades e Conselho Municipal Antidrogas (COMAD); Desenvolver ações de prevenção vinculadas à atenção básica; Implantar o CAPS i; Implantar a Casa de Passagem via edital da Secretaria Estadual da Saúde; Desenvolver as ações atendendo as diretrizes do programa "Catequese da Cidadania - Construindo um Município para Pessoas" (TOLEDO, 2013, p. 58).

²⁶ De acordo com o Art. 165 da Constituição Federal do Brasil, o PPA é o documento que estabelece de forma regionalizada os objetivos, as diretrizes e as metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes (BRASIL, 1988a).

O PPA propõe o reforço do Grupo de Família da Saúde Mental, contudo, na busca por maiores informações sobre a Política de Saúde Mental e pela inserção da família, realizou-se pesquisa nas normativas legais disponibilizadas no site do município de Toledo/PR (2014) com as palavras-chave “saúde mental”, “CAPS”, “Centro de Atenção Psicossocial” e “mental”. Os documentos encontrados nessa busca tratavam da nomeação e da exoneração de funcionários e da declaração de utilidade pública da Associação de Pacientes, Familiares e Funcionários do Centro de Atenção Psicossocial (APFF-CAPS), mas nada foi encontrado no que tange à Política de Saúde Mental no município ou mesmo em relação à família na saúde mental, além da instituição dessa associação. Por meio do contato direto com a assessoria jurídica do município, confirmou-se que as legislações municipais estão explicitadas no site, não tendo legislação específica para a área de saúde mental, a qual segue as normativas da saúde no município, demonstrando a necessidade de uma investigação aprofundada sobre a família na Política de Saúde Mental de Toledo/PR.

Para a realização dessa investigação, mais especificamente do protagonismo familiar, elegeu-se um CAPS do município por se tratar de um serviço substitutivo proposto no processo de Reforma Psiquiátrica, que realiza atendimentos sistemáticos e continuados aos sujeitos com grave sofrimento psíquico, e que se propõe a atuar na articulação com a rede de atendimento, com a família e com a comunidade, para (re)inserção desses sujeitos na sociedade. Esse CAPS é “porta aberta”, ou seja, para minimizar as barreiras de acesso do usuário ao serviço, ele atende tanto a livre demanda do usuários quanto os encaminhamentos de outros serviços da rede, por meio de contato direto com os profissionais ou nas reuniões de matriciamento. Portanto, a partir das observações realizadas e da análise de documentos institucionais, como o Regimento Interno e as Normas e Procedimentos da instituição, por exemplo, foi possível realizar uma aproximação com a realidade do CAPS pesquisado.

Em seus documentos internos, o CAPS explicita como objetivos da instituição: a melhoria da qualidade de vida do paciente; a sua reinserção na família e na sociedade; a promoção da sua independência; a autonomia e o desenvolvimento de habilidades que possibilitem ao paciente atividades produtivas. Para responder aos seus objetivos, financeiramente, a instituição recebe recursos públicos repassados pela prefeitura municipal e, juridicamente, é uma instituição de caráter público. Contudo, os repasses são insuficientes para dar conta de todas as necessidades da instituição, por isso, buscam parte dos materiais para as oficinas por meio de doações ou da venda de algumas produções.

Em relação à estrutura física dos CAPS de Toledo/PR, o Plano Plurianual (TOLEDO, 2013), entre os anos de 2014-2017, propõe “[...] realizar ampliação, reformas e melhorias nas

estruturas físicas do CISCOPAR, CONSAMU, CAPS III, CAPS II, CAPSi, UPA, entre outros” (TOLEDO, 2013, p. 58). Sendo assim, até o momento, o município alterou a estrutura do CAPSad e CAPSad III para um espaço alugado, mas não houve alterações na estrutura física do CAPS II, que está situado em espaço público, mas cedido a outro departamento do município, havendo a necessidade de mudança do local de atendimento. A incerteza quanto à continuidade, ou não, nesse espaço, impede planejamentos no que tange às mudanças estruturais. Desse modo, com a eminência da mudança de espaço físico, é fundamental que ocorra estudos e planejamentos quanto ao novo local, em especial quanto à acessibilidade e à amplitude do espaço, para que dê conta do que é preconizado pela Política de Saúde Mental.

No CAPS estudado, em termos de estrutura física, o espaço não apresenta todas as salas sugeridas pela legislação²⁷ e necessita melhorar a acessibilidade dos banheiros, que não estão plenamente adaptados ao acesso de pessoas com deficiência. Quanto ao conforto do serviço, se o espaço for ampliado poderá atender melhor aos usuários e aos servidores, uma vez que as salas disponíveis atendem a várias atividades; comporta um número pequeno de usuários pelo tamanho dos ambientes; não existem salas para que todos os profissionais do quadro atendam simultaneamente, havendo um rodízio de horários de atendimento; e a cozinha é pequena e não tem refeitório. Além disso, no período da tarde, o sol incide na sala de oficina e, com a falta de ventilação adequada, prejudica o conforto dos usuários. Pensar em um espaço adequado para a oferta das atividades e na acessibilidade do serviço é um dos pontos que podem influenciar no número de atendimentos e no envolvimento dos usuários com o serviço. Nesse sentido, no que diz respeito à acessibilidade da instituição, ela está localizada em uma região de difícil acesso por meio de transporte público, já que os ônibus transitam naquela área de hora em hora e, conforme observado, boa parte dos usuários acessam o serviço dessa forma. Além disso, o local é afastado e tem poucas possibilidades de parcerias com instituições próximas para o exercício de atividades.

Conforme Brasil (2004b), a “frequência dos usuários nos CAPS dependerá de seu projeto terapêutico. É necessário haver flexibilidade, podendo variar de cinco vezes por semana com oito horas por dia a, pelo menos, três vezes por mês” (BRASIL, 2004b, p. 19). Além disso, os usuários que permanecem 4 horas ou 8 horas seguidas na instituição devem receber refeições. Todavia, questiona-se: como é possível a reinserção desse sujeito na família e na sociedade, permanecendo tanto tempo na instituição? O que se observou no CAPS de Toledo/PR, é que os usuários não tem uma permanência tão longa no serviço, porém, ainda se

²⁷ As orientações em relação à estrutura física dos CAPS e das Unidades de Acolhimento estão previstas em manual específico, lançado pelo Ministério da Saúde no ano de 2013 (BRASIL, 2013c).

faz necessário melhoras na estrutura física para melhor atendê-los no momento em que estão lá. Além disso, a localização do CAPS não só prejudica apenas o acesso, mas também restringe as possibilidades de parcerias com outras instituições, já que se encontra afastado da maioria dos serviços existentes.

Quanto à equipe, a instituição conta com uma coordenadora, um terapeuta ocupacional, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma assistente social, um assistente administrativo, duas psicólogas, dois estagiários de psicologia, uma zeladora, dois guardas, uma arteterapeuta, um clínico geral e um psiquiatra. Com esse número de profissionais, a equipe contempla e ultrapassa o solicitado pela Portaria nº 336/GM, de 2002²⁸; contudo, os profissionais não se encontram no serviço durante todo o horário de funcionamento, em virtude tanto da carga horária quanto do espaço físico disponível para o atendimento. Nesse sentido, percebe-se que a equipe é multiprofissional, mas enfrenta limites para um trabalho interdisciplinar, principalmente em virtude dos turnos de atendimento. Buscando suprir essa questão, os profissionais encontram-se semanalmente para estudo conjunto e discussão de casos.

Portanto, compreendendo a realidade desse CAPS, essa pesquisa coloca em discussão o protagonismo familiar, desvelando as variáveis que incidem nesse processo. Sendo assim, na sequência será apresentado o percurso metodológico trilhado e a busca de respostas à problemática desta pesquisa.

3.2 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa se refere a um estudo de caso que, para Yin (2001), é uma busca empírica “[...] que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos” (YIN, 2001, p.23).

Trata-se de uma pesquisa de cunho quantitativo e qualitativo. A pesquisa quantitativa caracteriza-se pela utilização de dados descritivos por meio de um método estatístico, o que a torna mais objetiva (BARDIN, 1977). Nesse estudo, a pesquisa quantitativa compreende a tabulação e a análise dos dados cadastrais dos usuários do serviço, para posterior análise do perfil socioeconômico desses.

²⁸ A Portaria nº 336/GM, de 2002, estabelece a constituição, as atribuições e as normas para o funcionamento do CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi II e CAPSad II (BRASIL, 2004a).

Por outro lado, a pesquisa qualitativa “[...] abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados” (MINAYO, 1998, p.11). Partindo de uma análise qualitativa, este estudo busca desvelar o “lugar” que a família ocupa na Política de Saúde Mental e as funções que ela assume ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica, a fim de compreender se, de fato, e em que medida, a família protagoniza o processo de tratamento do paciente com sofrimento psíquico, junto a um CAPS do município de Toledo/PR.

Nesse sentido, o principal objetivo deste estudo foi compreender como se configura o protagonismo familiar em um CAPS do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela Política de Saúde Mental, no processo de Reforma Psiquiátrica. Para responder a essa problemática, objetiva-se, especificamente, delimitar o perfil socioeconômico dos usuários do CAPS de Toledo/PR; identificar a concepção dos familiares sobre o protagonismo familiar e as funções do CAPS de Toledo/PR na atenção aos usuários e à Política de Saúde Mental; identificar a concepção dos funcionários sobre o protagonismo familiar e as funções do CAPS de Toledo/PR na atenção aos usuários e à Política de Saúde Mental; verificar as condições objetivas que as famílias possuem para serem protagonistas diante das atividades ofertadas pelo CAPS de Toledo/PR; e verificar quais condições objetivas o CAPS de Toledo/PR possui para a oferta de serviços que propiciem o protagonismo familiar.

No intuito de responder a tais objetivos, esse estudo utilizou a análise de bibliografias já disponíveis e publicadas, a pesquisa documental, as observações dirigidas e a entrevista semiestruturada, que serão melhor detalhadas na sequência.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.3.1 A revisão bibliográfica e a pesquisa documental

O primeiro passo deste estudo foi o levantamento de bibliografias já publicadas para a apropriação teórica do objeto de estudo. A partir desse processo, foi possível construir um entendimento sobre a política de saúde e de saúde mental e sobre as concepções de protagonismo e de função protetiva familiar a partir do estudo das legislações referentes à Política de Saúde Mental. Foi por meio desses estudos teórico-bibliográficos já publicadas que essa pesquisa pode ser construída e são esses materiais que continuarão dando base para os debates travados ao longo da dissertação.

Com o início da pesquisa de campo, o primeiro ponto da coleta de dados foi a análise de documentos da instituição, a fim de conhecer a realidade dessa população, bem como de traçar um perfil acerca das famílias usuárias de um CAPS de Toledo/PR. Para Gil (1991), a pesquisa documental é elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico, o que, nesse caso, referem-se aos documentos oficiais, aos cadastros e aos prontuários dos pacientes.

A primeira aproximação em termos de pesquisa documental deu-se no intuito de conhecer melhor a conjuntura da instituição. Assim, foi realizado o estudo do Regimento Interno do CAPS e das suas Normas e Procedimentos. Esses documentos, somados às observações realizadas, possibilitaram uma compreensão maior sobre a realidade da instituição pesquisada.

Em seguida, foram levantados os dados dos cadastros de todos os usuários do CAPS, os quais forneceram informações socioeconômicas dos usuários do serviço, essa coleta foi orientada por um roteiro de coleta de dados socioeconômicos (Apêndice 1). Esses elementos estavam previamente sistematizados, já que a instituição mantém uma tabela com os dados quantitativos decorrentes da análise dos cadastros dos prontuários, os quais estão agrupados e resumidos em dados socioeconômicos, como renda, idade, estado civil, composição familiar, entre outros, que estão dispostos na seção 4.2. Tais dados foram tabelados no Microsoft Excel versão 14.1.3 e expressos em gráficos, que revelam, de forma quantitativa, o contexto geral do público pesquisado. A tabulação dos dados foi feita a partir das categorias socioeconômicas apresentadas e sua análise buscou relacionar os dados coletados aos objetivos da pesquisa.

3.3.2 As observações de campo

Na sequência da análise documental, foram realizadas as observações dirigidas. De acordo com Marconi e Lakatos (2009), na observação não participante, o pesquisador entra em contato com a realidade a ser observada sem se integrar a ela, faz o papel de espectador, o que não quer dizer que a observação “[...] não seja consciente, dirigida, ordenada para um fim determinado” (MARCONI; LAKATOS, 2009, p. 193), examinando os fatos que se deseja estudar.

Ao longo das observações de campo, foram realizadas cinco observações do Grupo de Familiares, que acontece uma vez por mês na instituição. As reuniões observadas ocorreram

nos meses de julho, de agosto, de setembro, de outubro e de novembro de 2015. Foi realizada, ainda, uma observação da reunião da APFF-CAPS, no mês de julho de 2015. Em princípio, a proposta dessa pesquisa era a observação de três reuniões de familiares e três reuniões da Associação; contudo, ao longo da coleta de dados, percebeu-se que, de modo geral, os familiares que participam da reunião de familiares são os mesmos que fazem parte da diretoria da Associação e participam das suas reuniões. Em consequência disso, muitas das questões que fazem referência à Associação são discutidas momentos antes do início da reunião de familiares; ademais, as reuniões da Associação são bimestrais e quando não existe demanda para a sua realização, ela não ocorre. Diante do exposto e compreendendo que a pesquisa é dinâmica e se adapta ao movimento da realidade, optou-se pela observação de mais duas reuniões de familiares, já que não ocorreram outras reuniões da Associação ao longo do semestre de coleta de dados.

Além dessas, foram realizadas mais três observações esporádicas em outros momentos de rotina da instituição, durante as quais foi possível observar a chegada e a saída dos usuários e os momentos de atendimento e de oficinas.

Todas as observações foram norteadas por seus respectivos instrumentais (Apêndice 2, Apêndice 3 e Apêndice 4), os quais tiveram sua construção orientada a partir dos objetivos que se pretendiam alcançar com a pesquisa. Os dados coletados foram registrados, posteriormente, no Microsoft Word 2011, versão 14.1.3, e sua análise seguiu a técnica de análise do conteúdo de Bardin (1977), que será melhor explorada em tópico específico.

3.3.3 Os discursos

Concomitantemente à realização das observações de campo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com funcionários e com familiares de usuários da instituição, na busca por respostas à problemática colocada por essa pesquisa. Afinal, a entrevista semiestruturada é um facilitador para a abertura e a ampliação da comunicação; deve levar em conta o delineamento do objeto, sendo um guia, e não um obstáculo para o diálogo (MINAYO, 1998).

A construção dos roteiros das observações e das entrevistas (Apêndice 5 e Apêndice 6) se deu de acordo com diretrizes bibliográficas e documentais que dão indicativos sobre o “lugar” da família na Política de Saúde Mental e que foram construídas no capítulo 2 dessa dissertação e identificadas, especialmente, no texto legal da Política de Saúde Mental, nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, principalmente na IV CNSM, e em Rosa (2013),

ao trabalhar a pluralidade de dimensões que a família ganhou no interior dos debates reformistas.

Em relação às dimensões apontadas por Rosa (2013) concernentes à família “como um recurso ou lugar, como outra qualquer, mas não o único” e à família “como provedora de cuidados” (ROSA, 2013, p. 136), compreendeu-se que, apesar de serem dimensões diferentes, no momento da elaboração do instrumental elas acabaram se fundindo uma na outra por apresentarem profunda complementaridade, afinal, ao buscar desvelar o “lugar” da família como um recurso, acabou-se por questionar também a sua função como provedora de cuidados. Sendo assim, optou-se pela união desses dois pontos na elaboração dos instrumentais desta pesquisa.

Para se pensar sobre a função dos CAPS, eixo que compõe os instrumentais de pesquisa e que foi objeto das análises de dados, foram utilizados os textos legais da Política de Saúde Mental, dentre os quais se encontram a Portaria nº 336, de 2002²⁹, e demais legislações, as orientações dos manuais e das cartilhas federais e a base bibliográfica. Todo esse conjunto de textos que foram discutidos ao longo do capítulo 1 e 2 dessa dissertação.

As respostas foram coletadas por meio de entrevista (a entrevista ocorreu na residência das famílias selecionadas e os funcionários foram entrevistados no CAPS), os quais foram armazenadas com o auxílio de um gravador, após autorização dos sujeitos da pesquisa, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 8 e Apêndice 9) e, posteriormente, transcritas no Microsoft Word 2011, versão 14.1.3.

3.4 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Após definição dos instrumentais para coleta de dados, foram selecionados os participantes das entrevistas, os quais compreenderam sete familiares e dois funcionários do CAPS. Conforme explicitado em tópico anterior, o CAPS do município de Toledo/PR conta com um universo de dezoito funcionários, sendo um gestor e dezessete funcionários. Nesse caso, utilizou-se a amostragem não probabilística intencional, selecionando dois entrevistados por critério de atuação direta com os familiares, sendo esses com formação em Serviço Social e em Psicologia e nessa pesquisa denominados de T1 e T2. Na amostragem não probabilística intencional, o pesquisador deliberadamente escolhe os participantes da amostra por julgá-los bem representativos da população (COSTA NETO, 1977).

²⁹ A Portaria nº 336, de 2002, define as atividades de assistência prestadas aos usuários no CAPS, as características dos serviços e a sua organização (BRASIL, 2004a).

Dentre o universo de 281 famílias de usuários, também se utilizou a amostragem não probabilística intencional para selecionar o presidente da APFF-CAPS, por se tratar de um representante político formal das famílias. Porém, além desse critério e dessa escolha, foi realizada a amostragem probabilística casual, sorteando-se seis famílias restantes de usuários do CAPS. Na amostragem probabilística casual, todos os elementos da população têm igual probabilidade de pertencer à amostra, pois todos participarão do sorteio com regras bem determinadas (COSTA NETO, 1977).

Em um primeiro momento, foi realizado sorteio, sendo selecionadas três famílias que frequentam o CAPS: duas em regime não-intensivo (F1 e F2) e uma em regime semi-intensivo (F3)³⁰. Vale ressaltar que as duas famílias sorteadas do regime não intensivo participam do CAPS e seus familiares são crianças que frequentam a instituição devido à inexistência de um CAPSi no município, o que demonstra o já explicitado no Gráfico 9 dessa dissertação, sobre o número de CAPS no Estado do Paraná e sobre a morosidade do processo de criação de CAPSi em comparação aos demais tipos de CAPS.

Por ocasião da banca de qualificação e, a partir das primeiras discussões referentes ao material coletado, compreendeu-se a necessidade de ampliação da amostra e da escuta de famílias que participam da instituição em todos os regimes de atendimento. Nesse caso, o critério de seleção para o sorteio foi, intencionalmente, o regime de atendimento do sujeito em sofrimento psíquico. Assim, foram sorteadas mais três famílias: uma que acompanha o usuário no regime semi-intensivo (F4) e mais duas do regime intensivo (F5 + F6 e F7). Em relação aos familiares F5 e F6, ressalta-se que o casal optou por participar da entrevista conjuntamente, sendo identificados como F5 e F6 a fim de que a fala de cada um deles pudesse ser evidenciada, entretanto, ambos correspondem ao mesmo grupo familiar.

Quanto às siglas de identificação, de um modo geral, vale destacar que, as funcionárias entrevistadas serão denominadas por T1 e T2, além disso, em algumas falas, os pesquisados trouxeram relatos referentes aos sujeitos em sofrimento psíquico, os quais serão denominados de U (usuário); citaram nomes de trabalhadores de saúde mental, que serão identificados por P (profissional) e, nos momentos em que houve necessidade de transcrição da fala da pesquisadora, essa será identificada por D (documentadora). Dessa forma, o Quadro 2 apresenta o perfil das famílias entrevistadas, totalizando seis famílias (denominadas F1, F2,

³⁰ Os usuários e familiares inserem-se no CAPS a partir de seu Plano Singular de Atendimento, em um regime que vai do atendimento intensivo (atendimento diário para pessoas que se encontram em grave sofrimento psíquico), semi-intensivo (atendimento de até doze dias por mês, quando o sofrimento e a desestruturação psíquica diminuíram) e não intensivo (atendimento de até três dias por mês, quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe) (BRASIL, 2004a).

F3, F4, F5, F6 e F7), duas de cada regime de atendimento, conforme explicitado, e o presidente da associação (denominado PA).

Quadro 2: Perfil das famílias usuárias de um CAPS de Toledo/PR selecionadas para participar da entrevista

Identificação	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	PA
Sexo	F	F	M	F	M	F	F	M
Idade	40	25	52	27	59	61	63	62
Escolaridade	Fund. Incompleto	Fund. Incompleto	Fund. Completo	Superior Completo	Superior Completo		Fund. Incompleto	Médio Completo
Profissão	Pensionista do INSS	Desempregada	Aposentado	Analista de RH	Aposentado		Pensionista do INSS	Aposentado
Grupo familiar	Entrevistado e 2 crianças	Entrevistado marido e 2 crianças	Entrevistado esposa e filha	Entrevistado e marido	Entrevistados e filho		Entrevistado e filha	Entrevistado esposa e filho
Renda familiar aproximada em salário mínimo	1	1,5	3	5,5	8		1	3
Período que frequenta o CAPS	4 anos	5 anos	4 anos	6 anos	9 anos		9 anos	8 anos
Regime de Atendimento	Não-intensivo	Não-intensivo	Semi-intensivo	Semi-intensivo	Intensivo		Intensivo	Semi-Intensivo

Fonte: Dados da pesquisa, Toledo/PR, 2015³¹

Quanto ao sexo dos entrevistados não se percebe predominância acentuada do sexo feminino ou masculino. Em relação à idade, percebe-se que os cuidadores mais jovens correspondem às mães de crianças, que estão em atendimento excepcional no CAPS, e a filha de uma usuária. O restante dos cuidadores são pais e cônjuges dos usuários e já estão em idade avançada, o que corresponde ao fato de a maior parte dos entrevistados estarem aposentados.

No que tange à escolaridade, percebe-se que cinco das famílias apresentam baixa escolaridade, entre ensino fundamental incompleto e ensino médio completo, e duas famílias apresentam ensino superior completo, sendo que, conforme apresentado no quadro acima, o acesso ao emprego e à renda demonstra correspondência com o nível de escolaridade, segundo o qual, quanto maior a escolaridade, maior a renda e as possibilidades de inserção no mercado de trabalho. Em relação ao arranjo familiar, as famílias são compostas por dois a

³¹ Durante a pesquisa não foram coletados dados referentes à internação dos usuários, possíveis comorbidades ou tipo de transtorno mental, em virtude desses dados estarem localizados nos prontuários dos usuários aos quais, por questão de sigilo, não se teve acesso.

quatro integrantes e estão inseridas no serviço de quatro a nove anos, o que sugere bom conhecimento sobre a realidade do CAPS.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de julho e novembro de 2015 e todos os familiares e funcionários contatados aceitaram participar da pesquisa.

A seguir, será explicitado a metodologia para a análise dos dados coletados.

3.5 O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise e a interpretação dos dados coletados será embasada na técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), a qual contempla três polos cronológicos, sendo estes: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise contempla a preparação e a seleção do material. Nesse caso, foram separados os materiais coletados ao longo da pesquisa (documentos, entrevistas e observações), para, na sequência, proceder uma leitura flutuante desse material. Essa primeira leitura procurou ampliar o conhecimento do texto e “pouco a pouco a leitura vai-se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projecção de teorias adaptadas sobre o material e da possível aplicação de técnicas utilizadas sobre materiais análogos” (BARDIN, 1977, p. 96).

A partir da leitura do material foi possível evidenciar os índices que nortearam as categorias de análise, por meio do encontro de temas específicos que afloraram no material. Conforme Bardin (1977), “uma vez escolhidos os índices, procede-se à construção de indicadores precisos e seguros” (BARDIN, 1977, p. 100).

Na sequência, seguiu-se para exploração ou codificação do material, ou seja, a transformação “dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices” (BARDIN, 1977, p. 103).

O recorte dos elementos do texto foi embasado na análise temática, que toma por base um tema que congrega sentidos, e que pode significar algo para o objetivo analítico escolhido pela pesquisa (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2010). Trabalhar com a análise temática “[...] consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (BARDIN, 1977, p. 105).

Após recortado o material em temas, foi utilizado o tipo de enumeração da presença dos temas no texto e registrada a frequência da sua aparição. Quanto maior a aparição de um item no texto, mais significativo seu sentido para a interpretação da realidade que se pretende desvelar (BARDIN, 1977). Esse processo propiciou a emergência das categorias e das subcategorias que orientam a análise do conteúdo dos materiais coletados, nesse sentido, as categorias “são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (BARDIN, 1977, p. 117). Destarte, seguem, no Quadro 3, as categorias e as subcategorias que emergiram dos dados coletados na pesquisa e a sua frequência de aparição.

Quadro 3: Distribuição das categorias, subcategorias e unidades de análise temática

Categorias	Subcategorias	Unidades de Análise		Subtotal	
		f	%	f	%
O contexto em que está inserida a família do sujeito em sofrimento psíquico e as condições para a sua ação protagonista	Contexto econômico	20	8,1	78	31
	Contexto social	35	14,2		
	Contexto subjetivo	23	9,3		
O compartilhamento de responsabilidades entre o CAPS e as famílias dos usuários	As condições objetivas do CAPS para oferta de atendimento aos usuários e a seus familiares	16	6,5	72	29
	A concepção das famílias e funcionários do CAPS sobre a função do CAPS em relação aos usuários e seus familiares	28	11,4		
	A concepção das famílias e funcionários do CAPS sobre a função familiar	28	11,4		
A relação do CAPS e das famílias com a Política de Saúde Mental e com a rede de proteção social	As concepções do CAPS e das famílias sobre a Política de Saúde Mental e sobre o processo de Reforma Psiquiátrica	35	14,2	96	40
	A relação do CAPS e das famílias com a rede de proteção social de Toledo/PR	24	9,8		
	O protagonismo familiar e a Associação de Pacientes, Familiares e Funcionários do CAPS	37	15,1		
Total		246	100	246	100

Fonte: Dados da pesquisa, Toledo/PR, 2015.

Após a definição das categorias de análise, foi possível proceder ao tratamento dos dados da pesquisa, associando o discurso dos sujeitos à problemática da pesquisa, aos

objetivos desse estudo e às categorias levantadas. Conforme Bardin (1977), a partir do momento que se tem à sua disposição dados brutos significativos e fiéis, o pesquisador pode propor inferências e interpretar os dados a partir da problemática e dos objetivos propostos pela pesquisa.

A categorização dos dados buscou, a todo momento, a relação com outras pesquisas e com os constructos teóricos trabalhados ao longo da dissertação, inferindo sobre como os dados da realidade específica do CAPS de Toledo/PR, aproximam-se dos resultados de outros estudos já realizados. Portanto, a categorização dos dados levou ao uso de inferências, que buscaram decifrar o que está além do conteúdo manifesto, ultrapassando a aparência do discurso para se chegar à sua essência. Para a realização de inferências, é importante partir de outras construções teóricas já aceitas em relação à temática pesquisada, procurando o sentido amplo das respostas e comparando-as ao conhecimento já acumulado ao longo das discussões teóricas travadas no transcorrer da pesquisa (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2010).

Posteriormente, os dados pesquisados foram interpretados, o que “[...] consiste em relacionar as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados da presente mensagem” (MINAYO apud DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2010, p. 91). Portanto, o conteúdo da pesquisa foi agregado a partir da análise temática e as categorias elencadas foram submetidas ao uso de inferências e de interpretação dos dados, possibilitando, por meio de uma síntese analítica, a resposta à problemática e aos objetivos desse estudo.

3.6 DEVOLUTIVA DOS DADOS DA PESQUISA

Em respeito à ética e primando pela garantia ao acesso dos resultados produzidos, após o encerramento dessa pesquisa, esta será apresentada para o CAPS de Toledo/PR, durante uma reunião do Grupo de Familiares, conforme acordado com a instituição e com os familiares, em evento a ser agendado após a conclusão e a defesa da dissertação.

A metodologia para a devolutiva dos dados será de exposição dos resultados da pesquisa e posterior debate, além de ser disponibilizada uma cópia da dissertação para a instituição e outra para a APFF-CAPS.

3.7 CUIDADOS ÉTICOS

Primando pela ética que envolve a pesquisa com seres humanos e atendendo à Resolução nº 466/2012 – CNS e suas complementares, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sendo aprovado em 16 de julho de 2015, através do parecer nº 44937015.0.0000.0107 (Anexo I).

Tendo ciência de que durante a execução do projeto poderia haver riscos diretos ou indiretos, imediatos ou tardios, como em toda pesquisa que envolva seres humanos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que acompanha esse texto (Apêndice VII e Apêndice VIII), esclareceu devidamente aos sujeitos os riscos pelos quais poderiam passar quando de sua submissão a essa pesquisa, tais como constrangimentos, desconforto e modificações nas emoções, como estresse ou culpa.

Buscando prevenir ou diminuir os riscos, os participantes da pesquisa tiveram suas respostas tratadas de forma anônima e confidencial, não sendo divulgados seus nomes em qualquer fase da pesquisa, sendo identificados por letras, conforme já mencionado. Além disso, sua participação foi voluntária, dando-lhe a possibilidade de recusar-se a responder qualquer pergunta ou de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento.

Respeitando a dignidade humana dos sujeitos da pesquisa, a pesquisadora também está embasada no Código de Ética profissional do Assistente Social (CFESS, 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.

4 O PROTAGONISMO FAMILIAR EM UM CAPS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO-PARANÁ

O presente capítulo tem a intenção de apresentar os resultados da pesquisa realizada em um CAPS do município de Toledo/PR, buscando compreender se, de fato e em que medida, a família protagoniza o processo de tratamento do sujeito em sofrimento psíquico na instituição pesquisada. Para tanto, em um primeiro momento (item 4.1), será apresentado o contexto socioeconômico dos usuários e familiares desse serviço, seguido da interpretação dos dados coletados a partir das categorias de análise elencadas.

A partir das observações de campo e das entrevistas realizadas com seis famílias usuárias do CAPS (aqui denominadas F1, F2, F3, F4, F5, F6 e F7, sendo que F5 e F6 compõem o mesmo grupo familiar), com o presidente da APFF-CAPS (aqui denominado de PA) e com dois trabalhadores do CAPS (aqui denominados de T1 e T2), foram extraídas três categorias chaves para a compreensão do protagonismo da família nesse serviço. A primeira categoria será abordada no item 4.2 e trata das condições objetivas e subjetivas que os familiares do CAPS possuem para sua ação protagonista, enfocando o contexto social, econômico e afetivo dessas famílias. Na sequência, serão abordadas as condições objetivas em que se encontra o CAPS de Toledo/PR, para sua práxis cotidiana e, frente a essa conjuntura, como as famílias são envolvidas pelo serviço, para, assim, refletir sobre o compartilhamento de responsabilidades entre o CAPS e as famílias e as funções que esses atores exercem no cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico. Por fim, no item 4.3, será abordado o protagonismo político das famílias, para tanto, será analisada a concepção dos familiares e do CAPS sobre a Política de Saúde Mental e o MRP, como esses atores se relacionam com a RAPS e, a partir desse contexto, como se concretiza o protagonismo político das famílias, situação intimamente relacionada com a APFF-CAPS.

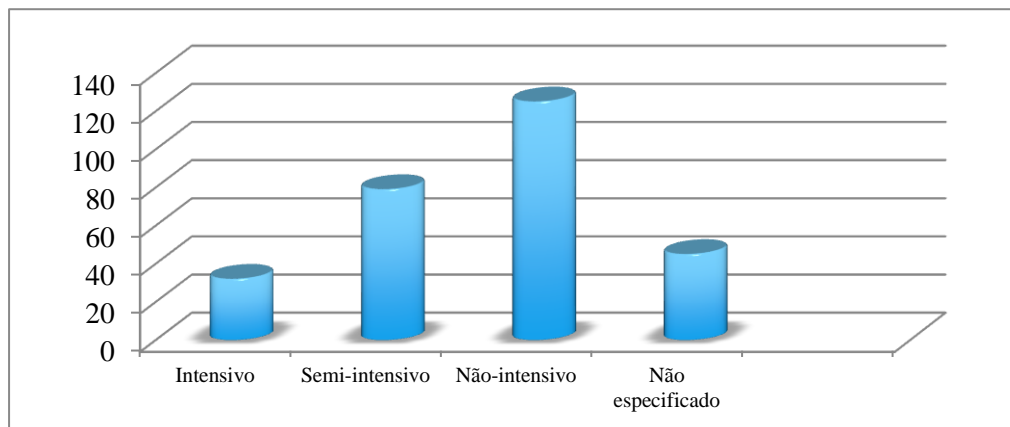
4.1 PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPS PESQUISADO

A partir da análise dos dados socioeconômicos dos 281 usuários cadastrados em um CAPS de Toledo/PR, foram levantadas algumas características fundamentais para a compreensão da realidade desses sujeitos, as quais serão apresentadas nessa seção.

Os usuários do CAPS são envolvidos pela instituição nas atividades ofertadas a partir do seu Plano Singular de Atendimento, que pressupõe avaliar as necessidades particulares

como forma de respeito às necessidades de cada usuário. Ao personalizar o acompanhamento, cada usuário é inserido em um projeto de atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2004a)³². Quanto ao regime de atendimento, ficou claro que a grande maioria dos pacientes do CAPS estudado participa do serviço de forma não intensiva (125 usuários, que correspondem a 44,5%), seguido daqueles em regime de atendimento semi-intensivo (79 usuários, que correspondem a 28,11%) e apenas uma pequena parcela compõe o grupo dos usuários em regime intensivo (32 usuários, que correspondem a 11,39%). Vale ressaltar que 45 usuários do CAPS (16%), não tinham registrado no seu prontuário o regime de atendimento, como pode ser observado no Gráfico 11.

Gráfico 11 - Regime de Atendimento dos usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015



Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.

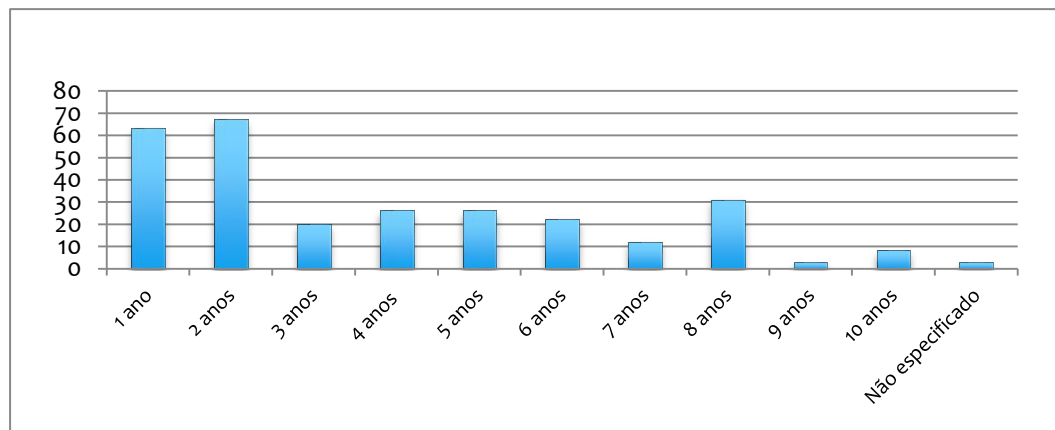
Em relação ao regime de atendimento, esses dados demonstram que quase metade dos sujeitos em sofrimento psíquico não necessitam de cuidados frequentes, participando da instituição até três vezes por mês, de modo geral, para atendimento psiquiátrico. Além disso, a Portaria GM/MS nº 189/2002 estabelece um número máximo de 220 usuários por mês para o tipo de CAPS em questão, sendo 45 em regime intensivo, 75 em regime semi-intensivo e 100 para cuidados não intensivos. Pode-se observar que o CAPS do município de Toledo/PR atua acima de sua capacidade, com 281 usuários em atendimento, ultrapassando o número de usuários em atendimento semi-intensivo e não-intensivo. Apesar de trabalhar acima de sua

³² Conforme pontuado anteriormente, a Política de Saúde Mental prevê regimes de atendimento, como o intensivo (atendimento diário oferecido ao sujeito em grave sofrimento psíquico), semi-intensivo (atendimento de até 12 dias por mês para o usuário com o sofrimento psíquico diminuído) e não-intensivo (até 3 dias por mês, oferecido ao sujeito que não necessita de suporte contínuo) (BRASIL, 2004a). Todavia, o que percebeu-se ao longo da pesquisa é que a família do usuário, mesmo no regime não-intensivo, necessita de um acompanhamento continuado dos serviços de saúde mental, todavia, a própria política se organiza de forma a restringir esse atendimento.

capacidade, observou-se que a participação física dos usuários e de seus familiares no serviço não era expressiva, o que é reforçado pela fala de T2, ao afirmar que “teve um tempo, um período, que eu acho que tinha muito mais pacientes, tinha uma dinâmica diferente”. Contudo, apesar de indicar esse esvaziamento do serviço, a funcionária não consegue identificar os motivos para tal situação, sendo que um dos pontos evidenciados nessa pesquisa foi a diminuição do quadro funcional (assinalado pelos funcionários) e sua frequente rotatividade (indicado por alguns familiares), questões que serão melhor trabalhadas nas seções seguintes.

Outro ponto importante em relação ao serviço é o tempo em que os usuários estão frequentando-o. No CAPS estudado, a maioria dos sujeitos em sofrimento psíquico estão em atendimento há um e dois anos, demonstrando que o tempo médio de permanência no serviço é de 3,7 anos, como pode ser observado no gráfico 12.

Gráfico 12 – Período em que os usuários de um CAPS de Toledo/PR frequentam o serviço, 2015



Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.

Não está estabelecido um prazo de permanência dos usuários do CAPS no serviço, afinal, quando se trata de um atendimento em saúde mental, a singularidade e o tempo de cada sujeito deve ser levado em conta. Contudo, para que a reinserção social e comunitária possa ocorrer e ser efetiva deve-se romper com a lógica cronificadora, o que também compreende o tempo de permanência do usuário no serviço. Conforme Costa e Paulon (2012), apesar dos avanços conquistados com a Reforma Psiquiátrica, ainda enfrenta-se o perigo de reproduzir, nos serviços substitutivos, a lógica cronificadora dos hospitais psiquiátricos e, para não incorrer nesse erro, o protagonismo dos usuários no serviço é fundamental, trazendo, com o exercício de protagonizar, a possibilidade de criação das próprias normas da vida e de

rompimento com a tutela para com o sujeito em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, para a compreensão dos caminhos trilhados pelos familiares no processo de protagonismo na saúde mental, é necessário ampliar o olhar em relação ao contexto socioeconômico dos usuários e de seus familiares. Sendo assim, no Quadro 4, podem ser observados os dados demográficos referentes aos sujeitos em sofrimento psíquico que frequentam o CAPS de Toledo/PR.

Quadro 4 – Dados demográficos dos usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015

Cor			Sexo			Idade		
Classificação	Nº	%	Classificação	Nº	%	Classificação	Nº	%
Branco	156	56%	Feminino	183	65%	0-10	3	1,1%
Pardo	48	17%	Masculino	98	35%	11-20	11	4,1%
Preto	19	7%	Total	281	100%	21-30	51	18,1%
Não especificado	58	20%				31-40	72	25,6%
Total	281	100%				41-50	72	25,6%
						51-60	55	19,5%
						61-70	16	5,6%
						71-80	1	0,4
						Total	281	100%

Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.

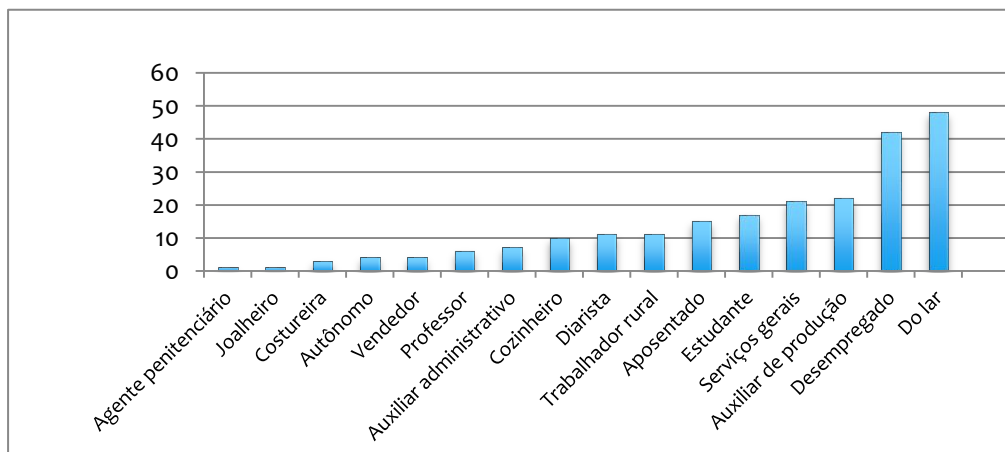
No que tange à cor dos usuários, ficou claro que a grande maioria se declara de cor branca (55%), seguida pela parda (17%) e preta (7%), sendo que em 21% dos prontuários não está especificada a cor do usuário. Podemos inferir que esse dado está relacionado à colonização da região, com predominância de imigrantes italianos e alemães, o que influencia na cor da população.

Ainda em relação ao perfil dos usuários do serviço, percebe-se que o gênero predominante é o feminino, abarcando 65% dos usuários, enquanto o sexo masculino compreende a 35%. Esses dados correspondem à pesquisa realizada por Kantorski et al. (2011) que, ao levantar o perfil dos usuários de CAPS I e CAPS II da região sul, a partir de uma amostra de 30 CAPS, afirma que 63,9% dos usuários eram do sexo feminino, contrastando com os 36,1% do sexo masculino. Conforme Santos e Siqueira (2010), a predominância de usuários do sexo feminino pode estar relacionada ao fato de as mulheres serem mais acometidas por transtornos de ansiedade, de humor e os somatoformes, enquanto nos homens prevalecem os transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa. Outra explicação relaciona-se ao fato de as mulheres terem mais facilidade do que os homens em identificar os sintomas, em admiti-los e em buscar ajuda (SANTOS; SIQUEIRA, 2010).

Quanto à idade dos pacientes, destaca-se uma prevalência entre trinta e cinquenta

anos, variando em uma faixa etária de oito a setenta e seis anos de idade. Nesse sentido, vale destacar que a instituição atende a crianças e adolescentes excepcionalmente, em virtude da inexistência de um CAPS infantil no município, o qual deverá ser criado de acordo com o PPA. A idade dos pacientes visualizada nesse CAPS encontra similitudes com o perfil de portadores de transtorno mental levantado por Rosa (2004), em que 57% se concentram na faixa etária entre 19 e 38 anos, “[...] idade mais produtiva do ser humano, e reprodutiva da mulher” (ROSA, 2004, p. 31). Na pesquisa de Kantorski et al. (2011), ficou constatado que os usuários dos CAPS da região Sul têm uma idade média de 42 anos, sendo predominante a população adulta (79,3%), seguida pelos idosos (17,6%) e adolescentes (3,1%). Os dados dessas pesquisas demonstram relação com os dados obtidos no CAPS de Toledo/PR, corroborando com o fato de que a maioria dos usuários inseridos nesses serviços encontram-se na fase adulta, período de inserção no universo do trabalho, procriação e constituição de matrimônio. Contraditoriamente, apesar de a maioria dos usuários estarem em idade produtiva, sua inserção no mercado de trabalho é precária, como pode ser visualizado no gráfico 13.

Gráfico 13 - Trabalho dos sujeitos em sofrimento psíquico de um CAPS de Toledo/PR, 2015



Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.

Portanto, em relação à inserção dos usuários no mercado de trabalho, fica evidente que a maioria desses declara-se “do lar”, tendo como atividade laboral o cuidado da família e da residência, não possuindo renda direta por seus serviços. O fato dessa atividade ser predominante entre os pacientes pode estar relacionado à preponderância do sexo feminino entre eles, sendo que, por desigualdades de gênero, o encargo doméstico foi historicamente atribuído às mulheres. Seguida pela atividade “do lar”, parte considerável dos usuários declaram-se desempregados; nesse sentido, é evidente que nessa instituição boa parte dos

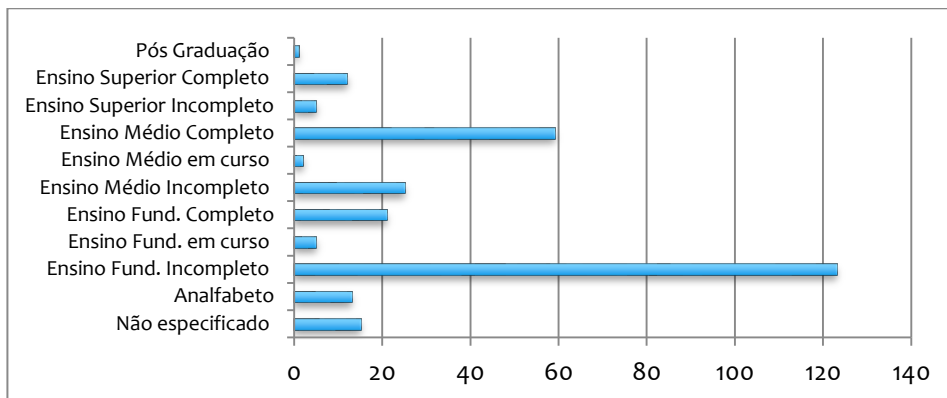
pacientes não possui renda, ficando ao encargo da família o provimento financeiro e o cuidado. Esses dados, associados à idade dos sujeitos em sofrimento psíquico, demonstram o adoecimento psíquico em idade jovem e a dificuldade desses sujeitos de se manterem no mercado de trabalho, mesmo estando em plena idade produtiva.

Uma pesquisa realizada por Rosa (2004), ao traçar o perfil do paciente do Hospital Areolino de Abreu, demonstra que 54,21% não trabalham e 45,79% trabalham em atividades ligadas à construção civil (geralmente homens) e a atividades domésticas (geralmente mulheres). O acesso ao mercado de trabalho para o sujeito em sofrimento psíquico é mais do que o acesso à renda, que pode ser provida pela Previdência Social; ela também significa a possibilidade de realização de uma atividade supervisionada que pode gerar satisfação tanto ao sujeito quanto ao seu familiar cuidador, que se tranquiliza ao saber onde ele está e pode ter um tempo livre para se dedicar a outras atividades além do cuidado (ROSA, 2004).

Nesse sentido, a preocupação da família em relação ao acesso do sujeito em sofrimento psíquico ao emprego e à renda ficou evidente durante as entrevistas e as observações realizadas para essa pesquisa. No grupo de familiares do CAPS era recorrente as dúvidas em relação ao acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), evidenciando-se as dificuldades do sujeito em sofrimento psíquico de comprovarem a impossibilidade ao trabalho para terem acesso ao benefício, sendo necessária a interdição em vários momentos. Além disso, os familiares trazem relatos de discriminação nos momentos de seleção para vagas de emprego, principalmente quando declara-se a existência de um transtorno psíquico, e demonstram desejo de que seu familiar acesse o mercado de trabalho como forma de se relacionar, de ser produtivo e de ter alguma renda, caso seu cuidador não esteja mais presente. Conforme Braz (2013), é comum nos grupos de ajuda e suporte mútuo com familiares, o debate em torno dos desafios encontrados para a inclusão do sujeito em sofrimento psíquico em atividades que ampliem suas potencialidades e que respeitem suas limitações, como em ações que envolvam lazer, cultura, educação, trabalho, entre outros.

A dificuldade do usuário em se inserir no mercado de trabalho também está relacionada ao baixo grau de instrução, como pode ser observado no gráfico 14, em que a grande maioria possui nível fundamental incompleto, seguido por nível médio completo.

Gráfico 14 - Escolaridade dos sujeitos em sofrimento psíquico de um CAPS de Toledo/PR, 2015



Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.

Dentre outros motivos, a evasão escolar pode estar relacionada às dificuldades de inclusão do sujeito em sofrimento psíquico nas instituições educacionais, como afirmado por F6 ao falar sobre o estigma relacionado ao transtorno mental: “a escola é a primeira, o que eu mais sofri foi a discriminação escolar e ali por diante né, foi muito sofrido”.

Conforme levantamento bibliográfico realizado por Rocha et al. (2011), os transtornos mentais, de modo geral, são mais “[...] prevalentes em mulheres, indivíduos de cor negra ou parda, pessoas com baixo nível de escolaridade, baixa renda, tabagistas, doentes crônicos e com idades mais avançadas” (ROCHA et al., 2011, p. 81). Os dados trazidos pelo autor, em certa medida, corroboram com o perfil dos usuários do CAPS estudado, já que neste:

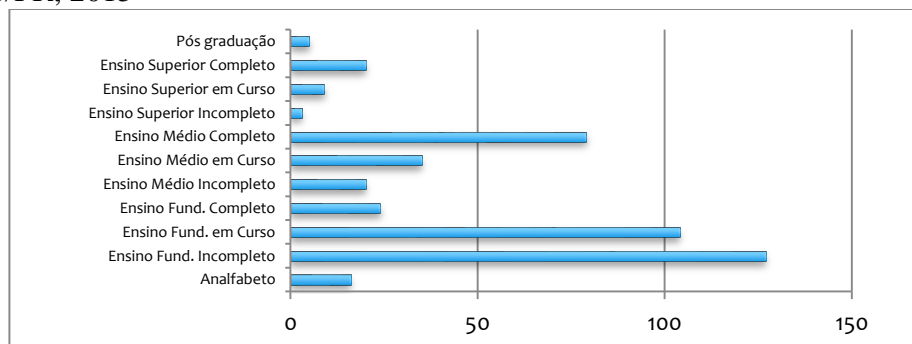
- 44,5% participam do serviço de forma não intensiva, acessando-o até três vezes no mês;
- 65% é do sexo feminino;
- A relação com o trabalho se dá predominantemente pelo desemprego (14,9%) ou pelo trabalho doméstico (17,1%). Portanto, são dependentes do auxílio financeiro da família ou têm sua renda por meio da Previdência Social, complementando a renda familiar;
- 51% possui idade entre 30 e 50 anos, demonstrando dificuldade de acesso ao mercado de trabalho quando mais da metade se encontra em idade produtiva; e
- 43,7% tem como escolaridade Ensino Fundamental Incompleto e 21% Ensino Médio Completo, apresentando baixa escolaridade.

Sendo assim, a relação entre o sofrimento psíquico e os dados sociais, econômicos e culturais demonstra que o transtorno não pode ser analisado apenas por suas causas biológicas, mas que as condições objetivas e subjetivas de existência, dentre elas a de classe,

de cor, de sexo, de vivências de preconceito, de exclusão, entre outros, são fundamentais para a compreensão do processo de saúde-doença dos sujeitos.

Um nível de escolaridade semelhante ao dos usuários é perceptível em relação aos familiares que residem com os sujeitos em sofrimento psíquico, como pode ser observado no gráfico 15. Em relação aos ensinos fundamental e médio em curso, de modo geral, esses se referem aos filhos e às demais crianças e adolescentes que coabitam com o paciente. Portanto, a maioria dos familiares adultos que residem com o paciente e, por consequência, geralmente assumem os cuidados relativos ao sujeito em sofrimento psíquico, apresentam escolaridade entre Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Médio Completo, dado que vai ao encontro dos dados do IBGE (2010), que demonstram que, no município de Toledo/PR, 32% das pessoas entre 18 e 24 anos abandonaram a escola precocemente.

Gráfico 15 – Escolaridade dos familiares que residem com os usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015



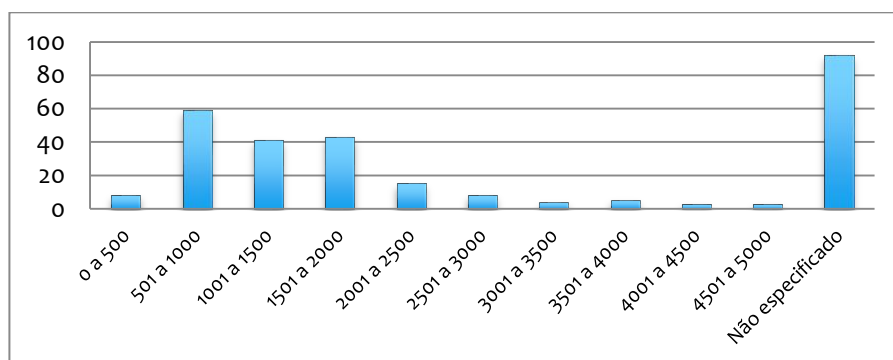
Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.

Conforme Rosa e Melo (2009), muitos familiares, até mesmo pela baixa escolaridade, consideram que apenas os técnicos ou as pessoas formadas na universidade têm o conhecimento necessário para o cuidado com o usuário. Nesse sentido, as autoras afirmam ser necessário desconstruir essas expectativas, já que os familiares cuidadores aprenderam o cuidado na prática cotidiana e, portanto, é importante reconstruir com as famílias as respostas para os desafios do dia a dia, reforçando o que foi aprendido e potencializando as capacidades desse grupo. No caso do CAPS em estudo, a busca da família pelo saber técnico como “solução” para o sofrimento psíquico está depositada prioritariamente na norma médica. Durante as reuniões de familiares muitas questões giravam em torno do “necessário” ajuste medicamentoso para apaziguamento das questões subjetivas e de agressividade de seus familiares e do parecer médico em relação ao transtorno.

A baixa escolaridade está refletida na renda familiar, sendo que a maioria das famílias

dos pacientes possuem uma renda mensal declarada de 0 (zero) a 3 (três) salários mínimos, sendo de zero a quinhentos reais uma porcentagem de 3% (oito famílias), de quinhentos e um a mil reais 21% (59 famílias), de mil e um a mil e quinhentos reais 14,5% (41 famílias), de mil quinhentos e um a dois mil reais 15,5% (43 famílias) e de dois mil e um a cinco mil reais 11% (38 famílias), conforme pode ser visualizado no Gráfico 16.

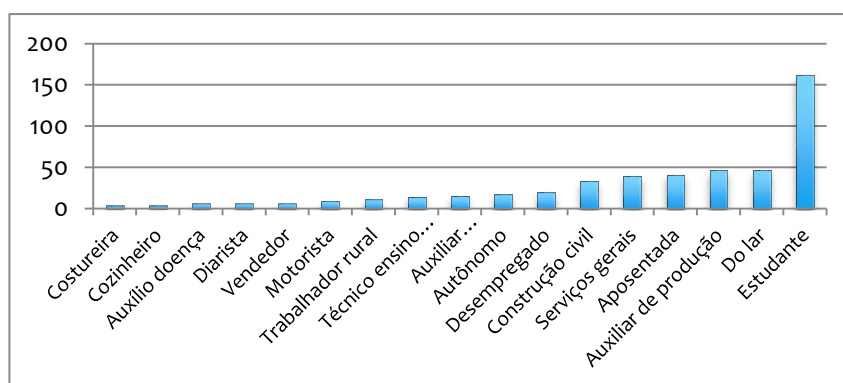
Gráfico 16 – Renda das famílias dos usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015



Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.

De acordo com os relatos dos profissionais da instituição no período de observação, geralmente as famílias não declaram sua renda, sentindo-se desconfortáveis em revelar seus salários, seja por questões culturais ou mesmo por acesso a benefícios sociais, como pode ser visto no gráfico, em que 36%, ou seja, 92 famílias têm a renda não especificada. Se compararmos a renda familiar total dos usuários do CAPS com o rendimento nominal médio de R\$ 2.663,59, dos domicílios urbanos de Toledo/PR, informado pelo IBGE (2010), é perceptível a baixa renda e as dificuldades econômicas enfrentadas pelos usuários desse serviço.

Apesar de muitos usuários não informarem sua renda, ao observarmos no gráfico 17, a inserção dos familiares no mercado laboral, percebe-se que a maioria exerce atividades de menor prestígio social e, de modo geral, de baixa remuneração (como auxiliar de produção nas indústrias do município ou serviços gerais) ou sem remuneração (como o caso das atividades exercidas no ambiente doméstico ditas comumente “do lar”, ou no ambiente escolar, os estudantes, que é o caso das crianças e adolescentes que compõem a família). Nesse sentido, como a maior parte dos familiares apresenta a escolaridade de Ensino Fundamental Incompleto e Ensino Médio Completo e, conforme IBGE (2010), a média salarial do trabalhador paranaense com essa escolaridade é respectivamente de R\$ 862,68 e R\$ 1.359,74, reafirma-se a baixa renda familiar dos usuários desse serviço.

Gráfico 17 – Trabalho das famílias de um CAPS do município de Toledo/PR, 2015

Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.

Ao se trabalhar com famílias de baixa renda na Política de Saúde Mental, é necessário levar em consideração o processo de dupla estigmatização dessas famílias, primeiramente a da pobreza, em um país que só após a Constituição de 1988 reconheceu os pobres como cidadãos detentores de direitos e, em segundo lugar, a de acolherem em seu seio familiar um sujeito em sofrimento psíquico, doença que carrega o estigma da periculosidade e da incapacidade. Nesse sentido, é necessário amparar e preparar as famílias desses sujeitos para o cuidado no meio familiar, de modo que a reunião de familiares pode ser um desses espaços de trocas de experiências e de fortalecimento da família. Contudo, o deslocamento do familiar cuidador até o serviço é um complicador, principalmente nas famílias de baixa renda que não possuem condições econômicas para tanto; além disso, “a sobrecarga das tarefas domiciliares, sobretudo para o cuidador do portador de transtorno mental, que tende a ser o único cuidador direto no grupo, e as dificuldades econômicas da família explicitam-se na alta rotatividade nas reuniões” (ROSA, 2005, p. 212).

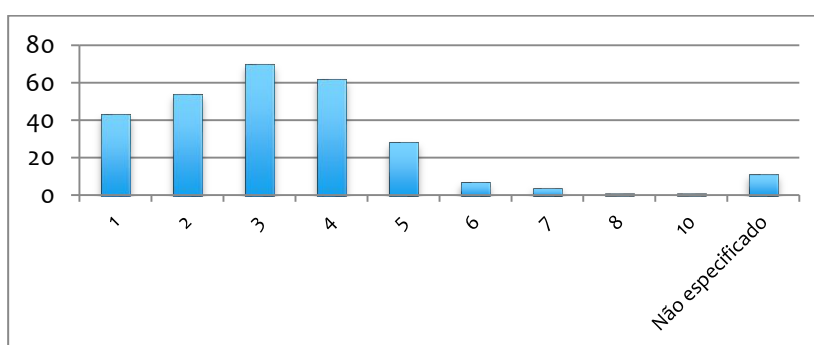
As dificuldades econômicas das famílias e seus reflexos no acesso ao serviço e ao cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico foram expressas por F1, que relata não ir com mais frequência ao CAPS, por dificuldades financeiras e de acesso. Nesse sentido, as redes de solidariedade, como as de vizinhança, são fundamentais para o exercício do cuidado, conforme expressa a familiar:

“A gente pegava duas circular, por exemplo, se eu tinha que estar lá (CAPS) nove da manhã, por exemplo, eu tinha que pegar a circular das seis e meia da manhã [...] nossa é um transtorno muito grande e eu ainda trabalhava, aí eu chegava de lá, chegava só deixava ele aqui correndo e pedia pra essa vizinha minha olhar ele pra mim e se mandava para o meu serviço. [...] Mesmo indo de carro levar em algum lugar, você sabe que não é fácil para a gente ter e manter um carrinho velho, aí para ficar levando todo dia pra lá e pra cá não é fácil” (F1).

A quantidade de membros que compõe uma família e o número de crianças e adolescentes também influenciam nas situações de vulnerabilidade social. Como expresso anteriormente, à medida que as crianças e adolescentes ingressam no mercado de trabalho e auxiliam na composição da renda familiar, a condição socioeconômica melhora, mas contraditoriamente a evasão escolar e o trabalho infantil aumentam; por outro lado, se esses sujeitos não se inserem no mercado de trabalho eles não colaborarão com a renda familiar, além de representarem mais membros dependentes, necessitando de assistência e de cuidados. No CAPS estudado, percebe-se que 34% dos familiares declaram-se estudantes, sendo esses, na grande maioria, crianças e adolescentes; destaca-se também a baixa escolaridade dos familiares, o que evidencia a precoce evasão escolar, fatores que corroboram a vulnerabilidade social dessas famílias.

Sendo assim, em relação à composição familiar, percebe-se, no Gráfico 18, que 25% (70 famílias) são compostas por três integrantes, 22% (62 famílias) são compostas por quatro integrantes, 19,2% (54 famílias) por dois e 15,3% (43 famílias) moram sozinhos. Esses dados diferem, em certa medida, dos fornecidos pelo IBGE (2010) em relação ao número de componentes da família paranaense, em que 32,3% das famílias são de dois integrantes, 32% é composta por três, 23,3% por quatro, 8,7% por cinco e 3,7% possui mais de cinco. Portanto, enquanto a maioria das famílias paranaenses possuem de dois a três integrantes, as famílias dos usuários do CAPS possuem, em sua maioria, três a quatro integrantes.

Gráfico 18 - Quantidade de membros nas famílias de um CAPS de Toledo/PR, 2015



Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR

Em relação ao estado civil dos pacientes, percebe-se que a grande maioria declara não residir com um parceiro conjugal, totalizando 60% dos pacientes entre solteiro, divorciado e viúvo e apenas 36% se declaram casados ou partícipes em uma união estável, como pode ser visualizado no Quadro 5. Constata-se que, mesmo que a maioria dos usuários

não residam com um parceiro conjugal, 52% (que corresponde a soma de viúvo 4%, união estável 5%, divorciado 12%, casado 31%) estão, ou estiveram, em uma união conjugal. Esses dados coadunam com a pesquisa de Kantorski et al (2009) que, ao avaliar os CAPS da região sul do Brasil, afirma que 53,5% dos usuários pesquisados já tiveram uma união e 28,1% relataram nunca terem estado em uma.

Quadro 5 – Estado civil dos sujeitos em sofrimento psíquico de um CAPS de Toledo/PR, 2015

Estado civil dos usuários		
Categoria	Nº	%
Solteiro	124	44%
Casado	86	31%
Divorciado	35	12%
União estável	13	5%
Viúvo	11	3,5%
Não especificado	12	4,5%
Total	281	100%

Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR

Quanto ao arranjo familiar, o Quadro 6 demonstra que 10% dos pacientes residem com um companheiro e 27% com o companheiro e filhos, o que mostra que 37% de pacientes residem com um parceiro conjugal. Na sequência, 24% dos pacientes informaram residir com seus pais e 10% com outros familiares como avós, tios e irmãos, o que representa 34% dos pacientes. Por outro lado, 14% dos pacientes moram sozinhos e 11% com seus filhos, o que totaliza 25% de pacientes sendo responsáveis pelo seu cuidado ou de outrem, ou buscando nos filhos o cuidado necessário.

Quadro 6 - Arranjo familiar dos usuários e um CAPS de Toledo/PR, 2015

Arranjo familiar dos usuários		
Categoria	Nº	%
Companheiro(a) e filhos	77	27%
Pais	69	24%
Sozinho	40	14%
Filhos	32	11%
Companheiro(a)	26	10%
Irmãos/tios/avós	26	10%
Não especificado	11	4%
Total	281	100%

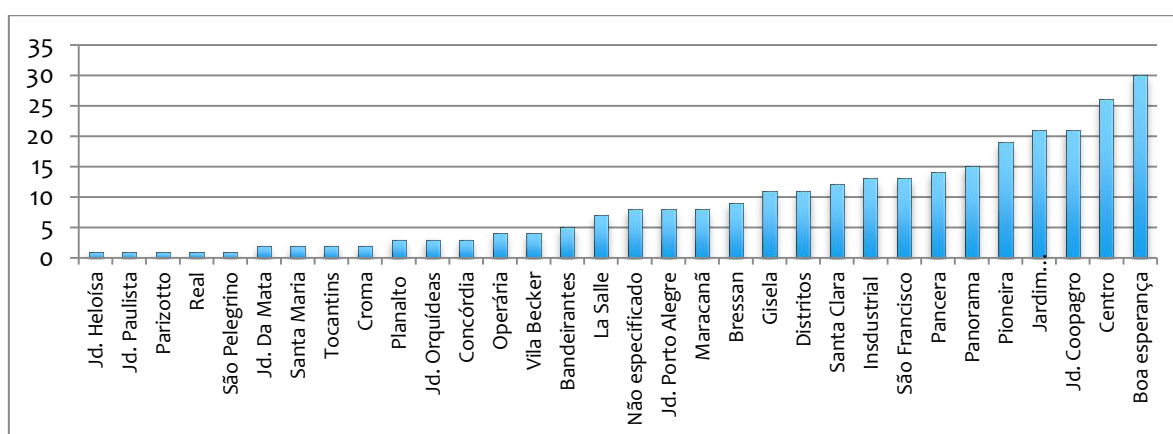
Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR

Portanto, ao comparar os dados do estado civil dos pacientes com os da composição familiar, observa-se que parte significativa dos usuários mora com os pais ou com outro familiar – fato perceptível no grupo de familiares do CAPS, pois a maioria dos participantes

são mães ou irmãs em idade avançada e que também necessitam de cuidados. O fato do exercício do cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico ser realizado majoritariamente por mulheres em idade avançada, também foi constatado na pesquisa realizada por Rosa (2011), que afirma que, por questões de gênero, historicamente o cuidado foi delegado às mulheres. Além disso, parte dos pacientes moram sozinhos ou com seus filhos, demonstrando que podem ter boa autonomia, pois conseguem ser responsáveis por seu próprio cuidado ou pelo cuidado de outrem, o que corresponde ao fato de a maioria dos pacientes estar inserido em regime não-intensivo.

Em relação ao domicílio dos usuários, identifica-se, conforme o Gráfico 19, que esses provêm de variados bairros do município, já que o CAPS atende a área urbana e rural de Toledo/PR. A maioria dos usuários reside no Centro e na região comumente chamada de “Vila Pioneiro”, que compreende os bairros Pioneiro, Operária, Santa Clara e Boa Esperança, e fica próxima ao bairro Panorama e Jardim Europa. De acordo com o que foi observado, boa parte dos usuários acessam o serviço por meio do transporte público. A linha de ônibus que dá acesso ao CAPS parte do Centro e passa de hora em hora; caso o usuário perca o ônibus, ele não consegue chegar a tempo para participar da oficina e, caso se alongue um pouco mais no serviço, pode perder o ônibus e ter um longo período de espera até o próximo, sendo esse um dos fatores que influencia diretamente no acesso e na permanência dos usuários e dos familiares no serviço.

Gráfico 19 - Residência dos usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015



Fonte: Cadastro dos 281 usuários de um CAPS de Toledo/PR, 2015.

De acordo com Rosa (2005), o deslocamento do familiar até os serviços de assistência psiquiátrica é um complicador, já que, devido às condições econômicas, eles, muitas vezes, têm que ir a pé ou de bicicleta, pois nem todos os serviços conseguem disponibilizar vale-transporte para ida de ônibus; contudo, apostar no grupo de familiares é uma estratégia rica,

que deve ser fomentada. Desse modo, no município de Toledo, o acesso do sujeito em sofrimento psíquico ao serviço foi facilitado, em termos financeiros, com a aprovação da Lei municipal “R” nº 152/2010, que prevê a gratuidade do serviço de transporte coletivo urbano para pessoas com transtorno mental severo e persistente. Todavia, o familiar necessita custear sua passagem, o que nem sempre é fácil em vista das condições socioeconômicas dessas famílias; com exceção dos casos em que o paciente esteja incapacitado para se locomover sozinho, sendo estendida a gratuidade ao acompanhante.

No CAPS estudado, o acesso e a permanência dos usuários no serviço também enfrenta desafios, que vão da ordem econômica, mas que se associam a ela, como as dificuldades geográficas. Em relação à localização, percebe-se que o serviço encontra-se geograficamente distante da maioria das famílias, até mesmo para seu acesso de bicicleta ou a pé. Esse processo seria facilitado se a instituição estivesse localizada em uma região central ou na região que compreende a “Vila Pioneiro”, pois todos os ônibus se dirigem ao centro da cidade, ou são mais constantes para a “Vila Pioneiro”, que agrega boa parte dos usuários do serviço.

Em síntese, quanto à família usuária do CAPS, pode-se ressaltar que:

- 28,7% dos adultos cuidadores possuem Ensino Fundamental Incompleto e 17,8% tem Ensino Médio Completo, fato que demonstra baixa escolaridade;
- Em relação à renda, 35,5% não a especifica em seus prontuários e 51% apresenta renda entre zero e três salários mínimos, sendo que o trabalho exercido pelos familiares e a baixa escolaridade se correlacionam com a baixa renda;
- 25% das famílias são compostas por três integrantes, seguido por 22% compostas por quatro integrantes, as famílias de dois integrantes compreendem a 19,2% dos usuários e as famílias de um integrante correspondem a 15,3%;
- 37% dos pacientes residem com um parceiro conjugal ou com um companheiro e filhos; 33,8% dos pacientes informam residir com seus pais ou outros familiares como avós, tios e irmãos e 25,6% dos pacientes moram sozinhos ou com seus filhos, ou seja, 59,4% dos pacientes (somatória dos 33,8% e dos 25,6%) não estão em uma união conjugal.

Portanto, compreendendo o contexto em que está inserido o usuário e seus familiares nesse CAPS de Toledo/PR, é possível uma maior aproximação com a realidade desse coletivo, o que fornecerá subsídios para a compreensão acerca da configuração do protagonismo familiar e como esse se relaciona às condições sociais, econômicas e culturais dessas famílias, tema que será melhor explorado na sequência.

4.2 O CONTEXTO EM QUE ESTÁ INSERIDA A FAMÍLIA DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E AS CONDIÇÕES PARA A SUA AÇÃO PROTAGONISTA NO CAPS DE TOLEDO/PR

As possibilidades da família em protagonizar o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico estão vinculadas, fundamentalmente, com o contexto econômico, social e afetivo em que estão inseridas. Para que a família possa exercer sua função protetiva ela necessita garantir sua subsistência material por meio de seu trabalho e renda, questão atrelada ao tempo que seus membros dispõem para sua inserção no mercado de trabalho e às condições de acesso a este. O núcleo familiar necessita, ainda, construir vínculos relacionais e afetivos entre seus membros e com a comunidade, garantindo espaços de lazer, de acesso à educação, ao trabalho, à cultura, à saúde, entre outros, que possibilitem um contexto social e emocional continente para o exercício das suas funções, sendo que, nesse processo, a ação das políticas sociais são fundamentais para o apoio e para a proteção dessas famílias. Tendo isso em vista, percebe-se que, mesmo a família sendo parcialmente resguardada em sua autonomia, ela é porosa e sofre influência das normativas estatais e do contexto social capitalista, ao que se soma o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico em seu cotidiano, contexto esse que influencia na renda e no trabalho do grupo familiar, nas suas relações sociais, nos sentimentos de medo e estresse, entre outros, os quais serão discutidos nessa seção. Pois, apesar do cuidado do sujeito em sofrimento psíquico gerar rebatimentos no contexto objetivo e subjetivo das famílias, anteriormente a isso, a forma como a família exerce sua função protetiva é determinada pelas condições sociais e econômicas em que ela se insere.

Para discutir essa primeira categoria elencada, o contexto objetivo e subjetivo da família, faz-se necessário evidenciar o contexto econômico, social e subjetivo dessas famílias, relacionando-os com as possibilidades do protagonismo familiar. Para fins didáticos, essas subcategorias serão tratadas em seções separadas, todavia, elas apresentam profunda complementariedade, o que torna impossível dividi-las completamente.

4.2.1 O contexto econômico das famílias do CAPS de Toledo/PR e suas condições para a ação protagonista no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico

O processo de reestruturação produtiva tem causado profundo impacto nas formas de produção e de gestão do trabalho, perante as exigências de redução dos custos de produção. Esses fatores repercutem no agravamento da precarização e na flexibilização das relações de trabalho, com o rebaixamento do chamado “fator trabalho”, cortes de salário e de direitos,

desemprego e terceirização. Diante disso, agudizam-se as expressões da “questão social”, como “o retrocesso no emprego, a distribuição regressiva de renda e a ampliação da pobreza, acentuando as desigualdades nos estratos socioeconômicos” (IAMAMOTO, 2014, p. 147). Frente a essa conjuntura, a família se encontra cada vez mais fragilizada, tanto para o despendimento de tempo e de recursos para a proteção social dos sujeitos mais vulneráveis quanto em relação à necessidade de seus integrantes contribuírem financeiramente para prover o sustento da casa; situação essa que fica ainda mais complexa com o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, influenciando na questão do acesso ao emprego e à renda, nos gastos financeiros da família e na busca pelos benefícios previdenciários, como forma de complementar os proventos do grupo familiar, problemáticas essas que serão apontadas nessa seção.

Conforme explanado na seção 4.1, grande parte das famílias usuárias do CAPS não declara sua renda no momento do cadastro, contudo, ao comparar a renda declarada com a ocupação laboral e com o grau de escolaridade desses sujeitos, percebe-se que, no universo pesquisado, predominam as famílias de baixa renda. Por sua vez, ter um membro familiar em sofrimento psíquico, que demanda assistência e cuidados, também repercute na condição econômica familiar, tendo em vista que, além das precárias condições de acesso ao emprego e à renda, a necessidade de ter um membro da família dedicado primordialmente ao cuidado³³ restringe o tempo desse sujeito para prática laboral, conseqüentemente, seu espaço no mercado formal de trabalho fica cada vez mais limitado, restando-lhe alguns trabalhos informais ou o desemprego, fatores que influenciam nos proventos da família. Retomando o apontado por Vasconcelos (1992) no capítulo 2, uma das funções dos hospitais psiquiátricos era a maximização do tempo produtivo que, com a tarefa do cuidado no seio familiar, acaba sendo diminuído, o que se reflete diretamente na renda e na condição econômica da família. Esse processo foi expresso por F1, ao afirmar que “eu tive que sair do meu emprego para ficar em casa por causa desse meu menino, porque ele não ficava sozinho em casa”. Relato similar foi feito por F2, que afirma que, a convivência com o sujeito em sofrimento psíquico, “mudou minha rotina, mudou tudo, não trabalho fora né”.

Além da dificuldade de inclusão no universo do trabalho, F2 afirma, ainda, que “estudar e trabalhar não deu tempo”, demonstrando dificuldades não apenas nas questões de

³³ Como afirmado na seção 4.1 a maioria dos usuários do CAPS encontram-se no regime não-intensivo, pressupõe-se assim que, em relação à grande parte desses pacientes, não existe a necessidade de um familiar dedicado integralmente ao cuidado. Todavia, essa pesquisa apresenta uma particularidade, pois as duas famílias entrevistadas do regime não-intensivo frequentam excepcionalmente o CAPS, já que os sujeitos em sofrimento psíquico são crianças, nesse sentido, ambas vivenciam os impactos do cuidado integral de seu familiar adoecido.

trabalho e de renda, mas também da educação, uma vez que a baixa escolaridade pode se configurar como um limite para compreensão da Política de Saúde Mental e dos direitos legalmente garantidos e, conseqüentemente, para o exercício do protagonismo.

O familiar cuidador que consegue se manter no mercado de trabalho acumula a dupla tarefa de auxiliar no provimento financeiro do lar e de cuidar. Esse familiares relatam as dificuldades de administrar o trabalho e o cuidado, afirmando que

“Antes eu trabalhava lá pertinho, então eu conversava, meu chefe já sabia. Daí agora eu tô num emprego diferente, daí fica mais difícil de sair durante a tarde né” (F4).

“Ele fazia fonoaudióloga, fazia psicólogo, ele ia no psiquiatra, ele ia no endócrino, ele ia no pediatra, eu tinha que estar sempre levando. E quando tinha que pedir pra sair, isso incomoda no trabalho, isso aí trouxe transtorno” (F6).

De acordo com Rosa (2011), os cuidadores jovens, que se encontram em idade produtiva, são pressionados a produzir e a complementar a renda familiar; por outro lado, o tempo empregado para o cuidado compromete o tempo necessário para produzir. Vivendo essa situação contraditória, o familiar que acumula as duas funções, além do desgaste psíquico acaba por encarar o cuidado como um sobretrabalho.

“Ah eu tive que virar gente grande [por causa do transtorno da mãe]. Eu tive que começar a trabalhar, eu estudava sozinha, eu trabalhava, já cheguei a ter dois empregos, desde de os quatorze anos eu já trabalho. [...] E eu tenho que cuidar dela, porque quem vai cuidar? Sou só eu e ela, eu tudo tudo, eu tenho muita preocupação” (F4).

“Triplicou a responsabilidade. E o trabalho? Trabalhando o dia inteiro, você cuidar de casa e tudo, e tem mais uma filha, não é só ele” (F6).

A dificuldade em administrar a vida produtiva com o cuidado pode ser um dos fatores da parca participação das famílias na reunião de familiares do CAPS. Essa reunião acontece mensalmente entre 14:45h e 16h³⁴, aproximadamente, ou seja, período em que a maioria das pessoas estão trabalhando.

“A grande questão que eles colocam pra nós assim: horário, eu tive que trabalhar, eu sou diarista então aquele dia apareceu um serviço e eu não tinha como deixar de ir porque é isso que faz o meu salário no final do mês [...] Cada família tem as suas razões, mas de modo geral o que a gente mais ouve

³⁴ Ao longo das observações de campo, não se percebeu uma ação protagonista das famílias envolvidas na reunião de familiares quanto à discussão em relação às possibilidades de mudança dos horários para sua realização. Por outro lado, a reunião da APFF-CAPS, realizada no período da noite, também obteve parca participação das famílias, dos usuários e dos trabalhadores de saúde mental. Nesse sentido, percebe-se que a questão do horário pode ser um complicador, mas, frente à conjuntura do protagonismo familiar, a ser apontada ao longo dessa dissertação, não é possível afirmar que uma mudança de horários se configuraria como um determinante fundamental para o engajamento desses familiares.

e o que eles têm colocado é essa questão de ter outras atividades e daí no dia da reunião fica difícil de vir” (T1).

“Eu estou trabalhando, eu não tenho como ir né, fica difícil sair [...] mas se eu pudesse eu ia, sem problema nenhum, o problema é sair do serviço mesmo” (F4).

Conforme observado durante a pesquisa no local, são geralmente as mesmas famílias que participam do grupo, muitos não estão inseridos no mercado de trabalho ou estão aposentados e, em sua maioria, encontram-se em idade avançada, o que indica disponibilidade para o cuidado, já que a renda está assegurada pelo benefício previdenciário e as possibilidades laborais são limitadas devido à idade.

Portanto, visualiza-se um contexto macroeconômico de acentuada desigualdade na distribuição de renda, de redução do emprego formal, de aumento do desemprego e de incremento dos trabalhadores autoempregados (IAMAMOTO, 2014). Esse contexto, somado aos dados de emprego e de renda das famílias do CAPS e aos relatos dos entrevistados, demonstram as dificuldades de acesso ao trabalho e à renda para essas famílias e a necessidade, em alguns momentos, de subempregos para subsistência familiar. Esses fatores dificultam a ação protagonista da família, pois diminuem suas possibilidades de melhores condições de moradia, de saúde, de acesso à educação e ao lazer, de disponibilidade de tempo para o cuidado e para a ação protagonista devido à necessidade de trabalhar para complementar a renda familiar, entre tantos outros fatores. Nessa marcha, os gastos, sendo o mais citado aquele com medicação, pesam no orçamento doméstico:

“D: Mudou a condição econômica da família?

F2: Mudou porque tem remédio que precisa comprar” (F2).

“Ela trabalhava, tinha o salão aí próprio né, por anos ela trabalhou e teve que se afastar do trabalho definitivo né. E hoje você tem um gasto alto né, mesmo que o CAPS é, através do governo eles ganham medicamento, mas assim se compra muito ainda viu, e se tem um gasto alto” (F3).

Portanto, conforme colocado por Miotto (2006) e expresso no capítulo 2 dessa dissertação, apesar de a família ser colocada como base da sociedade pela Constituição Federal de 1988 e ser convocada a ser parceira do Estado na proteção social dos sujeitos, contraditoriamente, o que se visualiza é a pauperização dessas famílias devido ao atual contexto social e econômico, fatores que limitam as possibilidades da família para o exercício da sua função protetiva. Nesse sentido, uma das estratégias utilizadas pelas famílias para

relativizar os gastos com o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico é a possibilidade de acesso a um benefício previdenciário ou ao Benefício de Prestação Continuada (BPC)³⁵.

“Eu além de pai sou tutor dele, que lá no INPS ele recebe benefício. [...] Esse dinheiro é destinado né a manutenção dele. É um salário mínimo! É pouco? É, mas ajuda na alimentação, vestuário e medicação” (PA).

Acessar a esses direitos depende da comprovação da incapacidade laboral que, no caso do sofrimento psíquico, envolve aspectos biológicos, mas também, em grande medida, questões psicossociais desses sujeitos. Além disso, para ter direito ao BPC, é necessária a comprovação de renda familiar *per capita* de até ¼ de salário mínimo. Sendo assim, uma das questões que se fez presente nas observações e no discurso dos sujeitos é a dificuldade de acesso a esse benefício, especialmente pela complexidade de comprovação pericial no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), da incapacidade laboral (já que o transtorno mental relaciona-se mais aos aspectos comportamentais e afetivos). Assim, devido à situação de restrição da renda vivenciada pela família do sujeito em sofrimento psíquico, é comum, conforme seus próprios relatos, a utilização da interdição como mecanismo para a tentativa de garantia desse direito.

“As famílias, na grande maioria, são de muita baixa renda, não tem condições nem de se sustentar, e muitos não conseguem nem o benefício. Nem o benefício! Falam que eles são perfeitos e conseguem trabalho” (F6).

“Ela já passou por muitas perícias e ela não conseguiu o benefício [...]. Eles interditaram ela pra ela conseguir o benefício e bem no fim ela não conseguiu né.” (F7).

Apesar de não haver a obrigatoriedade da interdição judicial para acesso ao BPC, essa acabou se tornando uma prática comum para o reforço da incapacidade laboral e de maiores garantias de acesso a esse benefício, tanto que, após a regulamentação do BPC, aumentou no Brasil o número de interdições judiciais entre a população pauperizada (BRASIL, 2007). Contraditoriamente, o recebimento do BPC, que deveria garantir condições mínimas de subsistência a esses sujeitos e auxiliar na sua reinserção social, passa a ser um reforçador da condição de excluído, “o louco para obter o direito a tal benefício, mesmo que seja absolutamente capaz para o convívio social e incapaz temporária ou definitivamente para o trabalho, perde seus direitos civis, é interditado, deixa de existir plenamente como cidadão e tem sua vida regida por outrem” (BRASIL, 2007, p. 133).

³⁵ O BPC é a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso acima de 65 anos e à pessoa com deficiência física, mental, intelectual ou sensorial, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993).

As dúvidas em relação à interdição no CAPS pesquisado levou um dos promotores municipais a realizar uma fala sobre os critérios para tal procedimento e a necessidade de desvincular a interdição judicial do acesso ao benefício, conforme relato de T1:

“Nós pedimos para o promotor vir falar sobre a questão da interdição que é uma coisa muito presente no nosso contexto em função da questão de discernimento mesmo de alguns pacientes né, e aí nós tivemos mais de trinta pessoas participando. São alguns assuntos que chamam, mais até pela dificuldade que algumas famílias têm em relação a buscar esse benefício, [...] a gente sabe que o BPC tem os seus critérios específicos, mas muitas famílias entendem essa questão da interdição como um fator para receber de repente o benefício” (T1).

Frente a esse contexto é necessário resguardar a proteção social desses sujeitos, compreendendo que a fragilização econômica dessas famílias é acentuada, que o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico é oneroso e que o BPC é importante instrumento para a garantia de uma vida mais digna e autônoma para esses sujeitos. Contudo, o uso indevido da interdição judicial nesses casos inverte esse caminho, segregando e reafirmando um estatuto de incapacidade permanente para o sofrimento psíquico e a necessidade de tutela, retirando-lhes sua autonomia. Esse processo denota uma clara violação de direitos, identificada pelas profissionais do serviço não apenas nos casos de interdição, mas na própria gestão da renda que o benefício proporciona, como pode ser visualizado nas falas abaixo. Essa demanda demonstra que as famílias podem atuar tanto para a proteção desses sujeitos como também podem ser violadoras de seus direitos, questão a ser melhor explorada em seção 4.2.2.

“Alguns que recebem benefício e que a família não quer que ele saiba que recebe [...]. Tem outros que [...] a família usa esse dinheiro e que eles sabem que recebem o BPC, que tem esse dinheiro mas que assim, ele nunca tem um dinheiro para comprar nada [...]. E principalmente quando, para que eles as vezes não saibam desse direito, eles tem que deixar de vir para o atendimento” (F1).

“Dá pra perceber [...] uma manutenção ou uma criação de um transtorno, ou fazer disso algo muito grave quando, na realidade, não é tanto assim. Para que essa família de alguma forma se beneficie com o que esse sujeito pode trazer de retorno em termos de benefício, então quando toca no dinheiro, falando claramente, é ali onde eu acho que há uma violação de direito terrível” (F2).

De acordo com Rosa (2011), em alguns momentos ocorre a “manipulação direta da identidade de louco para se consignar esse ganho” (ROSA, 2011, p. 255), ou seja, para que a família encontre uma fonte de renda relativamente segura por meio do benefício. Esse processo de “inclusão perversa” acaba se tornando uma estratégia de sobrevivência do grupo

familiar, que causa danos subjetivos a esse grupo e ao sujeito em sofrimento psíquico. Afinal, esse sujeito é capaz de dialogar com sua família, tomar decisões compartilhadas no que concerne a sua existência, ter uma vida autônoma e ativa, produzindo, dentro dos limites que sua forma singular de se colocar no mundo lhe interpõe, e em alguns momentos, a família nega a esses sujeitos sua liberdade de escolha, ou mesmo não enxerga certa potencialidade nesse familiar, coibindo suas possibilidades de inserção social. A preocupação quanto ao usufruto do benefício já estava expressa na IV CNSM que propôs como ação para defesa de direitos “garantir que os usuários de saúde mental possam, eles próprios, usufruir de seus recursos financeiros (benefícios) e não suas famílias, através da fiscalização de órgãos competentes” (BRASIL, 2010b, p. 144). Sendo que compete ao Ministério Público a fiscalização e a proposição de ações penais em relação às irregularidades relacionadas ao BPC, esse órgão deve zelar para que o benefício seja utilizado em favor do curatelado, podendo exigir, inclusive, prestação de contas em relação aos gastos familiares.

Nesse sentido, torna-se necessário construir com essas famílias a ideia do sujeito em sofrimento psíquico como capaz de auxiliar e de colaborar com as decisões e atividades dentro do âmbito familiar, inclusive no que se refere às decisões sobre o orçamento familiar ou sobre o usufruto de seu benefício; algumas tentativas de construções de diálogo nesse sentido foram observadas nas reuniões de família, por meio da mediação dos profissionais do serviço. Afinal, essa construção nem sempre se faz de forma fácil ou harmoniosa, já que muitos familiares relataram que o usuário não tem controle em relação ao dinheiro, gastando tudo, principalmente com alimentos gordurosos e, se conseguem crédito, se endivida facilmente, como, por exemplo, quando F4 afirma que “se ela (paciente) não tá bem, ela sai, ela compra roupa, [...] teve uma época que a gente tinha quatro fogão em casa”. Contudo, construir uma relação familiar que envolva a gestão conjunta do benefício previdenciário, ou mesmo que permita ao usuário escolhas mínimas como o que vestir ou calçar, envolve o protagonismo da família no cuidado do paciente e a necessidade de estabelecer diálogo e de romper estigmas, que colocam esse sujeito como perigoso e/ou incapaz, preconceitos fortemente presentes nas vivências cotidianas dessas famílias, as quais serão abordadas na seção subsequente.

4.2.2 O contexto social das famílias do CAPS de Toledo/PR e suas condições para a ação protagonista no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico

Um dos princípios fundamentais do Movimento de Reforma Psiquiátrica é a (re)inserção social e familiar do sujeito em sofrimento psíquico; para tanto, luta-se com afinco

para romper efetivamente os muros do manicômio. Todavia, os muros simbólicos da “loucura” tratada como perigo, preguiça, incapacidade, entre tantos outros estigmas que envolvem o sofrimento psíquico, ainda estão fortemente arraigados nas representações sociais, mostrando o longo percurso para a inserção de fato desses sujeitos na sociedade. Nesse processo, o protagonismo da família é fundamental, propiciando ao seu familiar enfermo uma rede de vínculos com a comunidade do seu entorno, inserindo-o em atividades diversas além do CAPS, integrando-o na rotina da família, buscando espaços de inserção laboral, dentre tantos outros fatores essenciais para que esse paciente seja efetivamente (re)inserido na sociedade.

Em vista disso, esta seção trará para o debate o contexto social explicitado pelas famílias e pelos trabalhadores do CAPS de Toledo/PR e, diante desse, suas possibilidades de serem protagonistas do processo de (re)inserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Para tanto, serão discutidas as relações de preconceito e de estigma social associadas à “loucura” e às dificuldades para inclusão dos usuários no mercado de trabalho, situações essas que se configuram como obstáculos que a família encontra para inserir esse sujeito no núcleo familiar, na convivência com amigos e na relação com a comunidade de forma mais geral, além das dificuldades que o próprio familiar cuidador passa a enfrentar, seja no tempo disponível para realizar atividades sociais ou nos impedimentos para a manutenção de alguns relacionamentos sociais.

O preconceito em relação ao transtorno mental é vivenciado amplamente por usuários e familiares, logo, dentre as principais propostas dos movimentos de usuários e familiares em relação à Política de Saúde Mental está a busca por apoio para a transformação das concepções sociais, permeadas pelo estigma e pelo preconceito em relação ao sofrimento psíquico (VASCONCELOS; RODRIGUES, 2013). O relato das famílias entrevistadas do CAPS de Toledo/PR mostra que o preconceito está presente em seu cotidiano e três das famílias afirmaram que um dos primeiros locais onde elas o enfrentaram foi na escola:

“De certa forma ele foi até meio que discriminado na escola, [...] agora ele já acostumou um pouco mas ele não gostava de passar nem na frente, nem no portão da escola” (F1).

“Discriminação é a primeira coisa. A escola, convivência social, [...] na escola eles discriminavam ela (filha) porque era irmã dele, entendeu? Ela não podia ser amiga porque tinha um irmão doido” (F6).

“Quando ele vai na escola ele nem lanche, porque eles não oferecem lanche pra ele. Quando eu chego lá, está em um canto lá, não toma água, nada. Vai fazer xixi amarelo assim, nossa! Eu falo, ele sofre porque ele não fala nada” (F2).

Conforme Brasil (2011a), o estigma se manifesta por meio de palavras e de expressões depreciativas em relação ao transtorno mental, por meio de condescendência exagerada, que resultam em sentimentos de inferioridade e até mesmo a falta de clareza do diagnóstico, que pode gerar confusão e insegurança na família. O estigma afeta, além do sujeito em sofrimento psíquico, sua família, amigos e profissionais que atuam na saúde mental. Assim, muitas vezes, o simples fato desses sujeitos se relacionarem de alguma forma com o portador de transtorno mental, provoca preconceito, como pode ser observado na fala abaixo:

“Pra vocês terem uma ideia, que quem muitos já pregou por aí que aquele cara é louco porque participa lá (do CAPS) não é verdade! Isso não é verdade, porque a gente sente o dia a dia, são doentes! Eles são doentes” (PA).

O preconceito é vivenciado, muitas vezes, dentro do próprio grupo familiar. Quando a família não compreende a enfermidade e os sintomas que afligem esse sujeito e não conseguem manejar a pressão e estigma social que também os aflige, acabam passando por um processo de confronto (ROSA; MELO, 2009).

“Ah é bem complicado, porque a família não entende sabe? As irmãs dela em vez de apoiar ela, ficam com dó do meu padrasto” (F4).

“Os irmãos uma vez eh, às vez pensa que ela tá assim porque ela não se esforça né, que ela podia se esforçar um pouquinho mais né” (F7).

Nesse sentido, percebe-se que o contexto familiar pode ser espaço de proteção e de cuidado, mas também de violação de direitos e de desproteção, fatores intimamente relacionados à forma de produção e de reprodução social dessas famílias. Portanto, quando a assistência familiar pauta-se na ideologia de que as famílias devem ser capazes de proteger e de cuidar, independentemente das suas condições objetivas de vida e das vicissitudes da convivência familiar, incorre-se no erro de classificar as famílias como capazes ou incapazes, desconsiderando o contexto sócio, histórico e familiar (MIOTO, 2006).

A falta de conhecimento e de informações sobre o sofrimento psíquico contribui para a existência do estigma em relação à doença. Nesse sentido, reforçar a importância da inclusão da família no debate e nas ações propostas no plano singular de atendimento e nas reuniões de família para orientação e esclarecimento sobre o transtorno psíquico é fundamental tanto para desmistificar os preconceitos quanto para ofertar um espaço em que a família possa ser protagonista do tratamento de seu familiar enfermo. De acordo com Braz (2013), os familiares que fazem parte de um grupo de ajuda mútua em saúde mental, frequentam-no na esperança de dias melhores para seu familiar e para o convívio dentro de casa e, quando a família consegue refletir sobre seus valores e preconceitos e investir em mudanças no seu

pensar e agir, o sujeito com sofrimento psíquico também avança no tratamento. Esse diálogo sobre o cotidiano familiar, sobre as questões relacionais enfrentadas entre a família e o paciente, sobre as dificuldades na colocação de limites, entre outros, puderam ser observados nos debates da reunião de familiares, espaço em que foram geradas reflexões e a possibilidade de dividir as angústias enfrentadas pela família com os demais familiares, conforme foi colocado por uma mãe, no encerramento da terceira observação, que dizia que, mesmo triste e cansada, participava do grupo, pois nesse espaço podia dividir suas questões com outras famílias que viviam situações similares, e isso a acalmava e a ajudava a lidar com seus problemas. Contudo, como destacado anteriormente, poucas famílias participam dessa atividade, o que restringe o diálogo e a orientação sobre a doença às consultas médicas (esse é o caso da maioria dos usuários que se encontra em regime não-intensivo) e a atendimentos agendados com outros profissionais, questão melhor explorada no tópico 4.3.4.

Além disso, esse diálogo também precisa ser travado com o conjunto da sociedade, o que requer, em certa medida, o protagonismo da família. Ao longo da pesquisa foram observadas conversas nesse sentido, mas nenhuma ação efetiva das famílias ou da APFF-CAPS. Esse debate junto à sociedade é fundamental, uma vez que o estigma em relação à “loucura” foi identificado na fala de todos os entrevistados e nas observações realizadas, como colocado por uma irmã de um usuário do CAPS na reunião de familiares, ao afirmar que seu maior sofrimento é o preconceito, já que as pessoas, inclusive amigos, excluem e não entendem seu familiar. Os familiares e funcionários que participavam do debate concordaram com essa afirmativa e um deles expôs que o usuário é discriminado até mesmo no ponto de ônibus, pois as pessoas saem de perto, pelo fato de que acreditam que ele oferece perigo.

“Essa dificuldade de compreender o que é o transtorno mental no cerco, no entorno, também faz com que dificulte essa relação família/paciente e essa participação (da família). Assim, tem horas que está tão esgotado já de ouvir o vizinho reclamando, é o que vem lá do outro lado da quadra, foi no mercado fez alguma coisinha já vem aquela reclamação também: ‘olha o seu familiar veio aqui e fez isso isso isso né’. Então, assim, vai sobrecarregando, justamente porque a gente acaba tendo essa dificuldade de lidar com o que é diferente” (T1).

“Eu acho que socialmente é mais complicado ainda, porque tem um estigma! Inclusive de que o sujeito com transtorno mental é violento e agressivo, quer dizer, oferece um risco. Então precisa um trabalho acho que de muitos anos [...] de poder ir falando, porque assim, quando nós recebemos estagiários [...] eles sempre vêm muito receosos, justamente por esse estigma de que esses sujeitos são agressivos, que podem oferecer um risco. Na medida em que eles vão entrando, vão vendo, vão percebendo né, eles é unanime todos dizem ‘nossa! Mas não é assim’. Então, não é como eu pensava, culturalmente, socialmente falando. Lá fora existe essa marca, esse registro que para o sujeito com transtorno mental o lugar ofertado é esse: você é

perigoso, você pode oferecer um risco. Então imagine trabalhar numa questão de você ir mudando essa consciência né, mexer nisso que está arraigado que é cultural” (T2).

Como apontado, as dificuldades em lidar com a singularidade do sujeito em sofrimento psíquico são evidentes na realidade dos pesquisados. Isto posto, percebe-se o quão desafiante constitui-se uma ação protagonista da família para a (re)inserção social do sujeito em sofrimento psíquico, afinal, o trabalho para desmistificar a “loucura” inicia-se dentro do núcleo familiar, por meio da escuta da família, da orientação e do esclarecimento sobre o transtorno mental e da construção de outros saberes em relação a essa temática para, somente assim, esses familiares podem estender esses conhecimentos a outros espaços sociais nos quais estão inseridos. Nesse contexto, a atuação do CAPS e demais serviços da RAPS, como os serviços de atenção básica, é fundamental, haja vista que trabalha tanto com a família como com a sociedade, no entanto, o que se visualizou é que o CAPS dispõe de poucos espaços constituídos para realização desses debates e, dos espaços que dispõe, poucas são as famílias que se envolvem para protagonizar mudanças na conjuntura vivenciada.

Outra questão que merece destaque no debate que envolve a (re)inserção social do sujeito em sofrimento psíquico, são suas possibilidades de inserção laboral e como isso se reflete com a família. Nesse caso, o preconceito também surge como um dos fatores que impacta diretamente nas possibilidades de colocação desses sujeitos no mercado de trabalho. Em reação a isso é importante refletir acerca das oscilações do mercado de trabalho e dos seus reflexos sobre a produção de um exército industrial de reserva e a correspondência desses dois fatores com o processo de (re)inserção laboral dos sujeitos em sofrimento psíquico. Conforme Vasconcelos (1992), alguns pontos impulsionaram a Reforma Psiquiátrica, principalmente nos países europeus, e um desses pontos foi a escassez de mão de obra, que encorajou investimentos para reabilitação da população, até então considerada improdutivo. Esse processo está relacionado ao fato de que, em períodos de altas taxas de emprego, ocorre maior incentivo ao processo de reabilitação. Por outro lado, em períodos de desemprego e de estagnação econômica, as chances de ocupação produtiva são menores, os casos psiquiátricos aumentam e o investimento em políticas sociais é menor. Fazendo um comparativo entre a realidade europeia apontada pelo autor e o caso brasileiro, onde o desemprego sempre fez parte da realidade da população, apresentando no ano de 2015, uma taxa de 8,4%, conforme dados do IBGE (2015), percebe-se que as possibilidades de incentivo, no Brasil, para processos de reabilitação produtiva e de efetiva inserção desses sujeitos no mercado de trabalho tornam-se cada vez mais escassas.

“Porque quando nossos filhos vai nas lojas, nos comércios na indústria pedir um emprego, eles têm um não. Mesmo que eles tenham vaga pra deficiente mental, que seja pra qualquer deficiência, eles não querem o deficiente mental; o físico outras coisas eles aceitam, mas o mental eles têm medo do deficiente mental e eles não aceitam dar emprego” (F6).

Na pesquisa realizada por Alves (2011), também foram identificadas as dificuldades dos usuários em se inserirem no mercado de trabalho e, quando o acessam, é, de modo geral, em cargos mal remunerados ou por meio do trabalho informal. Nos dias atuais, as dificuldades de acesso e de permanência no mercado de trabalho não são privilégios dos sujeitos em sofrimento psíquico, todavia, edificou-se um mito que associa a forma diferenciada de produção desses sujeitos à incapacidade para o trabalho, negando aos ditos “loucos” a possibilidade de expressar seu potencial produtivo. Portanto, a capacidade laborativa e as habilidades de cada sujeito para o trabalho são diferentes e, nesse processo, interferem questões objetivas e subjetivas como surtos, condição psíquica, entre outros; assim, pode-se atravessar uma crise e depois retomar ritos de vida e de trabalho em muitos casos (BRASIL, 2007).

A ontologia marxista mostra que o trabalho, como categoria fundante da existência humana, produz mudanças objetivas (produção de objetos para satisfação das necessidades e de meios de vida) e subjetivas (criação e acumulação de novas capacidades e qualidades humanas) no homem; o trabalho se encontra, portanto, no cerne da constituição do ser social. Contudo, o trabalhador, na sociedade capitalista, torna-se uma mercadoria, não se reconhecendo frente ao produto de seu trabalho e ao próprio ato de produção da vida material, devido à apropriação privada dos meios de produção e da riqueza socialmente produzida, e da necessidade de grande maioria da população necessitar vender sua força de trabalho, alienando-se tanto do processo de produção quanto dos resultados do seu trabalho (IAMAMOTO, 2014). Nesse processo onde a apropriação da mais-valia torna-se fonte de acumulação de riqueza de uma parcela da sociedade baseada na exploração do trabalho, questiona-se qual o tipo de trabalho possível para o sujeito em sofrimento psíquico? Onde encontrá-lo? (BRASIL, 2007).

Uma alternativa citada na IV CNSM é o incentivo ao desenvolvimento de cooperativas sociais, de oficinas de geração de renda e de entidades de economia solidária para fomentar a produção e a comercialização de bens e serviços, envolvendo tanto os usuários quanto seus familiares. No CAPS pesquisado são oferecidas algumas oficinas que ensinam a fazer sabonete, a lavar carros, a realizar trabalhos com fios como crochê e tricô, dentre outras atividades, que permitem a alguns usuários aprender uma atividade e produzir

produtos para vender e, assim, gerar alguma renda, desde que tenham recursos para a compra da matéria-prima. Contudo, não foi verificada a organização desses usuários e de seus familiares de forma sistematizada para o incentivo de uma ação produtiva, que leve em consideração as habilidades e as possibilidades desses sujeitos. Nesse sentido, percebe-se que o universo do trabalho está longe de ser acessível ao sujeito em sofrimento psíquico, que o protagonismo da família para incentivo desse processo também encontra entraves e que faltam políticas efetivas para a geração de emprego e renda, já que essa questão não pode estar centrada apenas nos CAPS, mas deve estar inserida em um processo de construção compartilhada da política de saúde com as demais políticas sociais.

Durante o período de observação do grupo de familiares, a preocupação da família em garantir alguma renda ou sobre a inserção desse familiar no mercado de trabalho era uma constante. Vários relatos giravam em torno da necessidade de esses sujeitos se ocuparem com algo ou mesmo das dificuldades de encontrarem um emprego formal. Em uma das observações uma mãe comenta que sua filha, que é usuária do CAPS, já tentou trabalhar em vários locais mas não é aceita e quando a empresa sabe que ela tem um transtorno mental, a vaga é negada. Nesse sentido, afirma que as empresas não estão preparadas e não possuem estrutura adequada para receber o sujeito em sofrimento psíquico.

Encarar o sujeito em sofrimento psíquico como ser ativo na família e na sociedade é um dos desafios para a reinserção social desses sujeitos. Ser ativo implica mais do que a produção por meio da venda da força de trabalho e, conseqüente geração de renda, refere-se ao incremento de um sujeito criativo e autônomo, que participe das decisões da vida familiar e da sociedade. Além disso, de acordo com Rosa (2011), a possibilidade de inserir o sujeito em sofrimento psíquico no mercado de trabalho, além da compensação financeira, representa um tempo para o familiar cuidador dedicar-se a outra atividade além da ocupação com o sujeito em sofrimento psíquico, diminuindo o desgaste relacionado à responsabilidade do cuidado do outro e deixando disponível um tempo para cuidar de si, dedicando-se a outras ações de seu interesse.

“O paciente de transtorno eles exigem quase que vinte e quatro horas por dia, se não as vinte e quatro, mas pra que os familiares consigam organizar o atendimento desse paciente de uma forma que o casal tenha um momento pra ele, pra manter esse vínculo do casal, porque a gente vê muitos casos aí em que o casal não dá conta de lidar e acaba se separando né. Então assim, esse momento pessoa que é importante, quer dizer: “eu não sou só mãe do fulano que tem transtorno, eu sou a fulana que eu gosto de tomar um chimarrão de vez em quando na casa de uma vizinha, preciso resgatar essas minhas amizades, mantê-las né”. Então a gente vem trabalhando todas essas questões também, ao longo desse período todo que a gente está aí com as reuniões de famílias” (T1).

Em pesquisa realizada por Rosa (2011), também foi constatado que a ociosidade do sujeito em sofrimento psíquico “compromete sua autonomia e não menos a liberdade do cuidador, que tem que despende mais tempo para cuidar, sobretudo para vigiá-lo e garantir sua segurança e a dos demais membros da família” (ROSA, 2011, p. 282). De acordo com os dados de sua pesquisa, 36,45% dos pacientes fogem de casa, 84,11% dos cuidadores se preocupam com o paciente e 28,97% sentem medo dele, sendo que, quanto maior o medo do cuidador em relação à segurança do paciente, mais ele restringe sua área de circulação, isolando-o no ambiente doméstico ou recorre à internação integral.

Perante o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico é comum o familiar cuidador se anular para cuidar desse familiar adoecido, abrindo mão do seu trabalho, quando possui outra fonte de renda, e de seus projetos pessoais, acreditando ser o único capaz de realizar o cuidado. Em contrapartida, outros familiares buscam passar o maior tempo possível fora de casa, como forma de fuga ou medo de ser o próximo a sentir esgotamento e adoecer (BRAZ, 2013), situações evidenciadas nas falas abaixo:

“Então, eu preciso cuidar toda hora, mandar ir no banheiro, dar comida pra ele” (F2).

“É médico, é isso pra lá e pra cá, e tô sempre junto né, sai, vou atrás das coisas, nossa luta né” (F3).

“Na grande maioria eu acho, daquilo que eu tenho como experiência, é uma posição de livrar-se. Então há um abandono de alguma forma. Ou abandona trazendo para o serviço dizendo: ‘bom alí você agora você vai ter um acompanhamento e eu não vou precisar me implicar muito’ ou coloca dentro de casa, lá em um cantinho. Dá o que? Dá comida, oferece a possibilidade de uma higiene, mas há um abandono” (T2).

O relato dos familiares pesquisados demonstra que o cuidado passa a ser uma das principais atividades do seu dia a dia e, mesmo que o usuário tenha autonomia na gestão da sua vida, a família reconhece que o acompanhamento constante seria uma dificuldade no seu cotidiano. Por outro lado, o relato supramencionado da funcionária do CAPS evidencia a realidade de algumas famílias que, como já apontado por Braz (2013), para se proteger, silenciam-se e isolam-se, condutas que tendem a postergar o investimento na recuperação do sujeito que está em sofrimento psíquico.

Esse contexto repercute nas possibilidades da família de investimento em vínculos relacionais, nos tipos de relações sociais estabelecidas pelo grupo familiar e até mesmo na dedicação de um tempo e de espaço para atividades de lazer e de convivência com grupos de amigos ou vizinhança, o que, em certa medida, prejudica tanto a saúde mental do familiar cuidador e do núcleo familiar quanto a (re)inserção social do sujeito em sofrimento psíquico.

“Eu nem converso com os vizinhos e na escola eles também estão de saco cheio dele [...] Quando eu quero sair eu deixo ele com a minha mãe daí, pra poder sair um pouco, a maior parte é dentro de casa, dentro de casa olhando ele.” (F2).

“Mesmo com problemas a gente leva junto (o paciente) e vai né [...] mas aí tem uns certos cuidados né, onde vai, o tempo que fica, essas coisas assim” (F3).

“Eu e meu esposo a gente se uniu muito mais e se agarrou muito mais pra lutar [...] mas nós abrimos mão de muita coisa na vida, desde lazer, desde amizade, de tanta coisa” (F6).

A famílias que convivem com o transtorno mental, indiretamente convalescem do sofrimento psíquico, afinal, os limites que enfrentam não se relacionam apenas à inserção social do seu familiar enfermo, mas também às dificuldades da própria inserção do grupo familiar no convívio social, que também sofre com o estigma relacionado à “loucura”, com o pouco tempo que dispõem para a realização de outras atividades além do cuidado e com a necessidade de adaptar suas atividades sociais às particularidades que os sintomas do transtorno mental impõem à família. Ademais, essas famílias também deixam de corresponder aos estereótipos sociais relacionados ao que seria “uma família”, sendo excluída muitas vezes por ter uma dinâmica diferenciada dos modelos “tradicionais” de família. Nesse sentido, Miotto (2006) afirma que alguns princípios tem norteado o trabalho socioassistencial com famílias, sendo estes “a predominância de concepções estereotipadas de família e papéis familiares, a prevalência de propostas residuais e a centralização de ações em situações-limites e não em situações cotidianas” (MIOTTO, 2006, p. 52). Nesse sentido, as concepções estereotipadas sobre a família e os seus papéis advêm não apenas de seus círculos de convivência social, mas também das políticas sociais, o que dificulta, muitas vezes, o seu acesso a elas³⁶.

Por fim, é importante questionar como a família pode ser protagonista na reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, se o próprio grupo familiar nem sempre compreende o transtorno, excluindo esse sujeito pelos sintomas que o acometem? As famílias enfrentam, junto ao seu familiar em sofrimento psíquico, o estigma e o preconceito social, encontram limites para a inclusão desses sujeitos no mercado de trabalho e em atividades cotidianas de lazer e de convivência com círculos de amigos e de vizinhança. Frente a esse contexto, o próprio núcleo familiar torna-se também um “sujeito em sofrimento psíquico”, vivenciando, junto ao seu ente acometido pelo transtorno mental, formas de exclusão e de preconceito.

³⁶ Essa questão será melhor explicitada na seção seguinte.

Evidencia-se, assim, a necessidade de essas famílias serem apoiadas a fim de se fortalecerem e de tornarem-se continentas ao sofrimento psíquico, adquirindo maiores condições de exercer seu protagonismo nesse processo de (re)inserção social do sujeito em sofrimento psíquico.

4.2.3 O contexto subjetivo das famílias do CAPS de Toledo/PR e suas condições para a ação protagonista no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico

Conforme foi discutido ao longo desse capítulo, ter um familiar em sofrimento psíquico traz repercussões para o contexto da família em relação à ordem objetiva, como, por exemplo, nas dificuldades laborais, nos gastos financeiros e em relação ao estigma e ao preconceito social vivenciado pela família. Mas, além das questões objetivas, subjetivamente a família também vivencia sentimentos como os de medo, de culpa, de estresse, de impaciência, entre outros, que debilitam suas possibilidades de uma atuação protagonista junto aos serviços de Saúde Mental. Ao longo dessa pesquisa ficou evidente que, muitas vezes, o sofrimento e os impactos subjetivos de ter um familiar em sofrimento psíquico eclipsam os impactos objetivos, principalmente da ordem econômica, pois a família encontra-se tão fragilizada por esse processo que grande parte de seus discursos representam um desabafo das suas angústias emocionais. Sendo assim, é necessário tratar do contexto subjetivo em que essas famílias estão inseridas, evidenciando-se seus sentimentos de culpa, seu desejo pela “cura” do transtorno mental, seu adoecimento e seu desgaste emocional acompanhado por sentimento de medo, de frustração e de estresse. Refletir o contexto subjetivo significa pensar sobre as possibilidades dessas famílias sentirem-se autônomas e seguras para sua ação protagonista.

O contexto do sofrimento psíquico no âmbito familiar também se relaciona com a culpabilização da família pelo aparecimento do transtorno. Historicamente, a família foi responsabilizada pela eclosão do transtorno mental, sendo reconhecida por adjetivos negativos, como, por exemplo, negligente, omissa, oportunista, entre outros, culpou-se a si própria por “não ter educado direito”, foi responsabilizada pelo saber técnico e estigmatizada pela sociedade (BRAZ, 2013). Relatos de culpabilização da família pela eclosão do transtorno ou pelos comportamentos apresentados pelo sujeito em sofrimento psíquico também surgiram nas falas de duas entrevistadas:

“Nós (escola) não suportamos mais ele, é a senhora como mãe que tem que educar, que tem que fazer alguma coisa. Daí eu, eu chorava muito eu entrava em desespero, ‘Meu Deus, como que eu vou educar? Vou educar espancar?’” (F1).

“Na escola eles também estão de saco cheio dele, também assim, ele bate e cospe, e daí elas ficam meio que me culpando também, não sei o que elas pensam, que eu sou a culpada” (F2).

“Tipo a mãe e o pai nós somos meio afastados, a vó e o vô, porque eles falam que é culpa minha das coisas serem assim e eu não aceito isso” (F2).

A política social brasileira traz algumas marcas que fazem parte da sua forma de conceber e atuar com as famílias, com uma atenção à família vulnerabilizada e um trabalho “considerado na maioria das vezes como uma prática conservadora e disciplinadora sob o rótulo de planejamento familiar” (CARVALHO, 2008, p. 95). Nesse contexto, a família é fragmentada nas suas necessidades e rotulada como um espaço de carência de “bens e serviços e de afetos” (CARVALHO, 2008, p. 95). Assim sendo, as instituições que deveriam promover a proteção dessas famílias têm exercido uma prática de penalização dessas e de culpabilização pelas mazelas que a afetam. Portanto, como constatado na fala dessas famílias, a prática da penalização da família está presente no espaço das políticas sociais, no caso das falas citadas e na política educacional. As famílias apontam que, nesse contexto, os educadores falam claramente que “lugar de educar é na família, não na escola”, ou por meio de gestos e da postura cotidiana demonstram o julgamento em relação a essas famílias. Face a isso, questiona-se como as famílias podem se sentir acolhidas e amparadas para o exercício do protagonismo, se as políticas sociais que deveriam fomentar e apoiar essa ação, culpabilizam-nas pelas refrações do sofrimento psíquico? Em relação ao CAPS pesquisado, não foram identificados, nos discursos das famílias, relatos de culpabilização, todavia, os funcionários entrevistados afirmam esperar mais dessas famílias, questão a ser melhor explorada no tópico 4.3.

Mas além da culpabilização da família, por parte do próprio círculo familiar e das políticas sociais, ela enfrenta, junto ao seu familiar adoecido, o estigma e o preconceito fortemente arraigado na sociedade. Foram muitos os relatos, encontrados nessa pesquisa, sobre as dificuldades e o sofrimento subjetivo de membros da família, em especial do cuidador:

“A família em si ela é doente, porque eu mesmo tenho que de vez em quando, cada tempo assim, eu tenho que tomar fluoxetina pra mim conseguir. Hoje em dia já nem tanto mais, pra gente conseguir suportar o paciente, porque não é fácil” (F5).

“Se não sabia pra que lado correr, crítica vinha de tudo que é lado. [...] Qual é a mulher que vai querer um cara todo dia bêbado? Eu queria uma fuga, falsa fuga pra escapar dos problemas ali com ele” (PA).

Esse adoecimento, entre outros fatores, se relaciona ao desgastante processo pelo qual a família passa quando o transtorno mental eclode em seu seio. Conforme Rosa (2005), nessa situação, um dos primeiros passos da família é buscar resolver a situação no âmbito privado, tentando solucionar internamente as situações que se apresentam, sem remeter ao âmbito das políticas públicas. Somente quando as tentativas de resolver a situação dentro da família falham é que ela “chega a um serviço psiquiátrico com sentimentos de impotência, exaustão, culpa, desespero. É uma das últimas formas de publicizar uma questão que preferiria, se tivesse opção, resolver no plano privado” (ROSA, 2005, p. 210).

No início do tratamento, quando eclodem as primeiras crises, a família é mais receptiva às orientações dos trabalhadores de saúde mental e aderem com maior facilidade ao tratamento, investindo os seus recursos econômicos, temporais e emocionais na busca pela cura da doença, transferindo sua esperança na cura para a esfera profissional, especialmente para o saber médico. Contudo, quando percebem que essa expectativa não será alcançada, os sentimentos iniciais e a sua conduta ficam abalados (ROSA, 2011).

Esse processo, identificado e descrito por Rosa (2011), também foi observado nessa pesquisa. Dentre as famílias entrevistadas, a busca pela cura estava mais evidente no discurso das mães que têm filhos pequenos e que atualmente frequentam excepcionalmente o serviço. A mãe F1 demonstra esperança na cura do filho, investindo ativamente nesse processo. Por outro lado, apesar de F2 esperar a cura de seu filho, essa se encontra em um momento em que não tem mais certeza da possibilidade desse processo, colocando interrogações tanto na possibilidade de cura quanto na eficiência do serviço, que “não atende” o seu desejo, diminuindo, com isso, o investimento de seus recursos para esse tratamento.

“Ó eu tenho fé, eu creio em Deus que ele ainda vai se recuperar bem. Ainda vai chegar o dia em que ele não vai mais tomar remédio, que ele vai crescer, que ele vai se tornar um adulto, ele não vai mais precisar de mais nada disso né. Então é isso que a gente espera, é essa atenção que a gente espera deles, é na esperança de que fazendo esse tratamento [...] vai chegar um dia lá na frente que não vai mais precisar, vai dar lugar pra outro que precisa também né” (F1).

“Eu quero que ele melhore, mas ultimamente não estou esperando mais nada, já faz cinco anos que ele tá lá [...] não sei se muda mais não, tem que começar desde o começo. [...] Só que eu já fui muito atrás sabe, já estou cansada de ir atrás já, agora não vou mais atrás não.” (F2).

A busca da família pela “cura” do paciente também foi explicitada pelas funcionárias do CAPS. Uma delas afirma que realizou uma pesquisa avaliando a percepção dos usuários sobre vários aspectos do serviço e foi constatado que o grande desejo da família em relação ao CAPS é a cura do usuário, o que demonstra falta de clareza desses familiares em relação à

doença mental e seus limites e possibilidades de controle e cura, evidenciando a necessidade de maiores esclarecimentos por parte das equipes de saúde.

“A gente fez um diagnóstico aí um tempo atrás, quase que cem por cento busca o que? A cura. Então assim, a cura a gente não tem como ofertar, a gente pode ofertar sim essa estabilidade do quadro, essa reinserção dentro da potencialidade do CAPS” (T1).

Esse desejo de cura, ou de apaziguamento dos sintomas, está depositado, em grande parte, no saber médico e na medicação, evidenciando o poder da prática medicamentosa em relação as outras ações terapêuticas. Na maioria dos encontros observados, as famílias trazem informações referentes aos efeitos colaterais da medicação, à mudança da medicação e suas consequências no cotidiano da família, à forma de atendimento do médico e o “acerto” na medicação, à obesidade do usuário relacionada ao uso da medicação, entre outros. Ao colocar no saber médico e na ação medicamentosa grandes expectativas em relação ao tratamento de seu familiar, as famílias pesquisadas e observadas demonstram um maior envolvimento e interesse em pesquisar as medicações, os seus efeitos colaterais e sua administração e em acompanhar o paciente junto ao médico para dialogar sobre essas questões, mostrando, nesse quesito, um protagonismo em relação ao tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Em um dos grupos observados, um familiar relata que quando o médico tenta diminuir a medicação do sujeito em sofrimento psíquico ele fica agitado, o que leva a família a solicitar o aumento da dosagem, pois afirma ser impossível conviver com esse familiar de outra forma.

Como apontado por Rosa (2005), é necessário um direcionamento de recursos emocionais, temporais, econômicos e de saberes da família para construção de uma nova trajetória para o ente familiar enfermo. Contudo, o que foi evidenciado ao longo da pesquisa foi a fragilidade dos recursos emocionais, desgastados frente ao longo período de cuidado desses sujeitos.

“Eu agora tô estressada, estressada. Entra ano sai ano é sempre a mesma coisa e a gente não vê melhoras” (F2).

“Bom nós somos convalescente do estresse total, estressado, isso aí é inegável. A própria dinâmica do dia a dia deixa, porque tem que ter uma persistência e uma fé em Deus que eu vou te falar, porque o problema deles [...] a repetição das coisas tu fala uma coisa e dali a pouco. Entendeu o que eu quis dizer?” (PA).

“São coisas mínimas que a gente percebe que toma assim uma proporção muito grande quando a gente fala em termos de transtorno né. E isso vai causando na família um desgaste muito grande e acaba tendo as dificuldades

aí de realmente participar: “ah já tentei, já fiz tantos anos ali”. Mas é algo assim como educar uma criança, é voltar a falar sempre, repetir” (T1).

As técnicas do CAPS conseguem identificar, no contexto subjetivo vivenciado pelas famílias, um dos limites e, por suas falas, o principal limite que impede um maior envolvimento no serviço. Além do estresse e do cansaço pela necessidade de repetição diária de questões para esses usuários, as famílias trazem ainda que, depois de um tempo, a paciência para lidar com esses sujeitos fica diminuída, as relações ficam desgastadas e a forma da família se relacionar com o sujeito em sofrimento psíquico vai ficando enrijecida em padrões e em repetições que corroem essa relação.

“A paciência chega num ponto que você não tem mais, não tem muita paciência. Tipo desde os meus doze anos que é assim, a época que eu comecei a lembrar” (F4).

“Com o tempo dá um desgaste, isso é natural. Por causa daquilo que eu te falei: o repetitismo. Muita coisa, chega um ponto que se esgota” (PA).

“Acaba se tornando algo pesado, a gente sabe que não é fácil lidar com o transtorno mental. E quando você tem assim um filho por exemplo que foge daquele projeto ideal [...] às vezes isso acaba gerando uma frustração na família, dificultando também. Sem contar que, por exemplo, nós aqui, a gente fala: lidar com ele aqui duas horas em uma oficina é tranquilo né, agora ficar com ele vinte, vinte e duas, vinte e quatro horas, vai gerando um cansaço, vai gerando um estresse. Às vezes você também não está em um dia bom, então a gente sempre fala: qualquer pingão dá uma tempestade interna né” (T1).

Além do desgaste diário referente ao cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, muitas famílias trouxeram, tanto nas entrevistas como nas observações, relatos de medo em relação a recaídas e principalmente a atos de agressividade contra a família. Em três das cinco Reuniões de Familiares observadas, o tema agressividade veio à tona, apresentando relatos como:

- é necessário trocar a medicação, pois ela está agressiva com todos em casa;
- meu filho está bem, mas só quer dormir, não vem pro CAPS, não quer fazer nada. O médico tentou trocar a medicação e ele piorou muito, ficou agressivo, por isso a gente prefere como está;
- em alguns momentos meu filho é gentil e carinhoso, abraça, faz massagem na mãe, mas em outros momentos é atormentado por vozes. Porque ele não pode ser sempre gentil?
- meu vizinho foi internado, porque ele tem um transtorno grave e é muito agressivo com a família. Agora que ele vai sair a família não quer de volta. Muitos comentam

que isso é um absurdo, a família não quer cuidar, mas só a família sabe o que passa com um paciente com transtorno, o medo e as agressões que sofre.

Nas entrevistas, as famílias e os funcionários também trouxeram a temática da agressividade como algo vivenciado no seu cotidiano, especialmente quando se trata do diagnóstico de esquizofrenia. De acordo com Rosa (2011), dois aspectos se destacam para as famílias como características proeminentes da “loucura”: a perda da consciência e a agressividade, sendo que “a relação da família com o enfermo psicótico chega a ser mais dramática, pois os sintomas são mais intensos e ameaçadores à segurança do grupo” (ROSA, 2011, p. 262).

“Ele ouviu algumas crianças falando assim: ‘ixi, já chegou o baleia’. E ele chegou e reclamou pra mim e eu sei que essas coisas dói muito nele. Daí já bate ne mim aquele medo, bate aquele medo assim: ‘Meu Deus será que vai começar tudo de novo?’” (F1).

“No momento da crise né, por que como que a família vai aguentar um esquizofrênico quebrando todos os vidros, as portas, batendo. Corre o risco até de matar alguém da família dependendo a crise” (F5).

“Todo o esquizofrênico, ele tem algo em comum contra no mínimo um da família, no meu caso eu era o vilão dele. Eu cansei de apanhar dele, não nego eu tenho marcas até hoje dele pegar. Mas eu não posso reagir, pegar um pedaço de pau bater nele, eu vou preso porque o dele é doença. Então eles alegavam o seguinte: o senhor tem que pegar, chamar a autoridade se for o caso, algeia ele e leva pro centro psiquiátrico” (PA).

“O que que nós observamos nas famílias, um recuo frente aqueles momentos em que eles poderiam ter se posicionado um pouquinho mais firmemente. Então sempre foram cedendo, cedendo, cedendo, e esses sujeitos foram ocupando um espaço de uma zona de conforto, de alguma forma de não precisar fazer nada: ‘eu sou doente afinal de contas, então eu posso fazer o que eu quero’. E usam muitas vezes, e dá para perceber claramente, pacientes que usam da agressividade como uma forma de manter essa posição de ‘está vendo, então eu tenho transtorno, sou louco mesmo, não mexa comigo’” (T2).

Como apontado por T2, o sujeito que está em sofrimento psíquico também tem ganhos secundários com a doença. As famílias e os técnicos citam situações em que o usuário não auxilia nas atividades domésticas ou em outras atividades que lhe são solicitadas afirmando impossibilidades relativas à doença, ou mesmo utilizando a agressividade como mecanismo para alcançar seus objetivos. Como observado a partir da fala dos familiares que participam do grupo, é preferível a apatia do que a agressividade e, em alguns momentos, o usuário utiliza essa forma de relação familiar para manobrar os sentimentos da família.

“Tanto que ela faz coisas que eu acho que ela nem precisa fazer sabe. Ela faz por conta, quando ela tá bem ela arruma doença pra ela sabe? Daí fica indo pra não ir trabalhar, entendeu?” (F4).

“Nós fomos fazer umas compras no mercado e eu tinha levado ele pra cortar o cabelo, aí ele fingiu que estava com tontura porque ele já está preparando o campo para amanhã se negar a ir para o CAPS. [...] Não adianta eu contrariar ele e ir contra a vontade dele, ele vai lá e fica parado e não quer fazer nada e daí? Ele volta nervoso e daí ele começa a incomodar aqui em casa” (PA).

Quando a família, apesar da esperança de cura, percebe que a convivência com o sofrimento psíquico será algo cotidiano e permanente, vai encontrando outros mecanismos para lidar com o sujeito em sofrimento psíquico e outras formas de se adaptar a essa situação. Na reunião de familiares foram trazidos belos relatos que expressam a compreensão e os mecanismos utilizados para manejar a doença, como um pai que afirmou que o filho escuta vozes e que, atualmente, quando ele vê o filho correndo sem motivo para janela como se estivesse fugindo ou perseguindo alguém ele consegue acalmá-lo quando não questiona o que o filho faz, mas afirmando que na próxima perseguição ele sairá vitorioso. Esse pai afirma que essa forma de lidar com o delírio acalma o filho e auxilia a família a trabalhar a situação. Contudo, ao mesmo tempo em que a família vai encontrando formas de manejar o sofrimento psíquico, ela também se depara com a preocupação em relação ao cuidado, trazendo questões como: quem cuidará dele(a) quando eu não estiver mais aqui? Se eu não estiver por perto, será que outra pessoa conseguirá cuidar? Será que meu familiar conseguirá dar conta das demandas do cotidiano?

“Muda tudo a rotina da gente. [...] Porque quando tem uma pessoa com bastante problema né, tu tem uma preocupação também né, que a gente carrega pra sempre junto né. É mês a mês e é aquele medicamento que toma é sempre contínuo né, não para né, a gente não sabe ah se um dia vai parar ou não vai” (F3).

“Ah pior que é tudo né, eu tenho que cuidar dela porque quem vai cuidar? [...] Porque eu fico preocupada se ela vai perder o emprego quem que vai cuidar dela? Se ela perder a casa quem vai cuidar dela? (F4).

O sofrimento subjetivo que o familiar cuidador e o grupo familiar vivenciam influenciam em seu dispêndio de energia para a ação protagonista. Conforme Costa e Paulon (2012), a análise do protagonismo no espaço da saúde mental envolve um campo macropolítico, de envolvimento e de conhecimento em relação à Política de Saúde Mental, de participação em Conselhos, em Conferências, em Associações, enfim, de participação naquilo que é socialmente instituído para a luta pela ampliação e garantia de seus direitos. Mas além disso, envolve também um plano micropolítico, relacionado tanto ao desejo e às forças que os

sujeitos dispõem para uma maior ou menor participação como à forma como esses sujeitos se subjetivam. Desse modo, partindo-se do contexto subjetivo em que as famílias estão inseridas, entende-se a

[...] participação social enquanto processo de afirmação de singularidades possíveis, forjado nos encontros, parcerias, embates e discussões que se dão no cotidiano do trabalho em saúde, tanto nos espaços instituídos formais, criados para que as pessoas participem levando suas reivindicações e delegando poderes, quanto nos encontros que compõem o dia a dia da vida de um usuário da saúde mental (COSTA; PAULON, 2012, p. 576).

Sendo assim, olhar para o protagonismo da família na Política de Saúde Mental envolve não apenas o campo objetivo e as relações políticas que ela estabelece, mas também seu contexto social e subjetivo; a forma como entende, vive e sente o sofrimento psíquico. Conviver com o sujeito em sofrimento psíquico implica aumento de gastos, principalmente com a medicação que não é acessada por meio do SUS; além disso, dispor de um cuidador permanente repercute nas possibilidades desse em acessar o mercado de trabalho e auxiliar na renda familiar, ou implica o seu acesso a trabalhos autônomos e precários. Nesse contexto, o sujeito em sofrimento psíquico passa a ser fonte de renda para família por meio de acesso a direitos previdenciários ou, quando isso não ocorre, as possibilidades de sua inserção em uma atividade produtiva são limitadas, frente à conjuntura do mercado de trabalho e ao estigma e preconceito que envolve a doença. No CAPS pesquisado não foram evidenciadas ações organizadas para a família que propiciassem essa inserção no mercado de trabalho, apenas algumas oficinas ofertadas pelo CAPS têm essa conotação.

A família, além dos impactos econômicos, vivenciam cotidianamente modificações em suas relações sociais por meio de conflitos e de afastamento de familiares e amigos que não compreendem o sofrimento psíquico, ou mesmo das políticas sociais que acessam, que, em alguns casos, culpabilizam a família pelos comportamentos desse familiar. Esse contexto, muitas vezes, dificulta a relação da família com seu ente enfermo, situação agravada pelo desgaste cotidiano de manejar os sintomas do sofrimento psíquico. Sendo assim, a família expressa fragilidade emocional, sentimentos de frustração, de culpa, de medo e de preocupação, além de colocarem seus recursos na busca por uma “cura” que não é possível. Esses fatores, somados à baixa renda e escolaridade das famílias que frequentam o CAPS, diminuem suas possibilidades de acessarem o serviço e serem sujeitos ativos no acompanhamento desse familiar e na luta por direitos dentro da Política de Saúde Mental.

Diante desse quadro, é fundamental a compreensão de que a família necessita ser tomada como usuária do serviço, participando de debates e de orientações sobre as

especificidades do sofrimento psíquico, discutindo as repercussões do cuidado no seu seio e as possibilidades de manejar essas situações. Assim, ela precisa de assistência e de cuidados para seu fortalecimento, e conseqüente avanço do tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, e protagonismo dentro da Política de Saúde Mental. Todavia, ao longo da pesquisa foi observado que o maior espaço destinado ao encontro e ao debate dessas questões dentro do CAPS é a reunião de familiares, espaço pouco ocupado por essas famílias, devido a fatores que vem sendo explicitados nessa dissertação. Portanto, o próximo tópico trata com maiores detalhes dos espaços ocupados pela família e pelo CAPS nesse processo de compartilhamento de responsabilidades acerca do cuidado do sujeito em sofrimento psíquico e como esse processo se relaciona com o protagonismo da família.

4.3 O COMPARTILHAMENTO DE RESPONSABILIDADES ENTRE O CAPS E AS FAMÍLIAS DOS USUÁRIOS

Como pontuado anteriormente, com base em Pereira (2006), no Brasil ocorreu a implantação de um pluralismo de bem-estar, ou seja, um compartilhamento de responsabilidades entre Estado, mercado e sociedade civil para proteção social dos sujeitos mais vulneráveis. Nessa partilha, o Estado ficou a cargo da regulamentação das ações reduzindo sua atuação nas políticas sociais, além de possuir o poder de coação; ao mercado coube a filantropia ou ações mercadológicas de responsabilidade social e à sociedade civil coube a solidariedade, seja por meio das ONGS ou das redes de solidariedade privada como a família e redes sociais e de vizinhança.

Nessa conjuntura, a proteção do sujeito em sofrimento psíquico dá-se de forma compartilhada, até mesmo pelo fato de que a proteção social exercida pelo Estado e a função protetiva familiar são próximas em termos de cuidado e acolhida dos sujeitos mais vulneráveis. Nesse sentido, para compreender como isso ocorre no CAPS estudado é necessário analisar como as funções do CAPS e das famílias estão colocadas nesse espaço; que responsabilidades esses sujeitos assumem, para que assim seja possível compreender como, e em que medida, a família tem possibilidades de ser protagonista no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Nesse contexto, o protagonismo familiar engloba mais do que a ação política das famílias, mas sua possibilidade de ser usuária desse serviço, de participar de um espaço de debates sobre o sofrimento psíquico, de estar envolvidas nas decisões sobre o tratamento do seu familiar, ou seja, de ser o ator principal dessa cena.

4.3.1 As condições objetivas do CAPS para oferta de atendimento aos usuários e aos seus familiares

Esta seção busca apontar quais as condições objetivas que o CAPS pesquisado possui para oferta do serviço, quais os seus limites e as possibilidades para atendimento da família e do sujeito em sofrimento psíquico e como isso se relaciona com as possibilidades das famílias em exercerem seu protagonismo, trazendo como pontos de análise a estrutura física do CAPS, os recursos humanos, os treinamentos e aperfeiçoamentos profissionais e os recursos financeiros.

Desde a sua inauguração, o CAPS enfrentou alguns percalços que constituíram sua história e imprimiram marcas ao seu funcionamento.

“Vou te dizer que não foi nada fácil, porque assim tudo muito novo. Então quando nós conseguimos inicialmente constituir uma equipe que a P hoje faz parte, ela é daquela época. [...] Funcionava duas, três salas lá na saúde mental, lá no postão, lá embaixo, e aí nós tínhamos que estruturar todo o serviço.” (T2).

A funcionária relata que alguns dos técnicos que estão até hoje na equipe fizeram parte da inauguração do serviço, auxiliaram na idealização e nas normativas de funcionamento da instituição. No início, a equipe executou suas atividades junto ao ambulatório de saúde mental, passando, mais tarde, à sede própria³⁷, onde funciona até nos dias de hoje. Atualmente, a estrutura física é uma das grandes dificuldades enfrentadas pelo CAPS, tanto para o atendimento quanto para o acesso dos usuários.

“A gente tem questões internas aqui de espaço por exemplo, não temos uma sala para cada profissional pra poder fazer o atendimento então a gente tem que estar encaixando, às vezes tem paciente daí a gente procura um outro espacinho pra atender né. Então tem dias que a gente tem dificuldade de espaço físico mesmo. [...] Mas também assim, é ir organizando os horários pra que a gente consiga fazer tudo isso nestas duas salas que nós temos pra ofertar as oficinas. Porque daí as outras, uma é consultório e as outras duas Psicologia, Serviço Social e TO né. Então assim, a nossa estrutura física ela é precária” (T1).

“É uma pena que é um lugar muito fora de mão, muito longe das famílias, muito longe. Podia ser um lugar mais perto, mais próximo, ou que tivesse mais né” (F1).

“Aquele espacinho quente, pequeno, montua um monte de gente numa sala, [...] e aquele cheiro que o U ficava insuportável, ele daí ele tem eh toque né, daí cheiro mais forte coisas assim ele fica num desespero” (F5).

³⁷ O equipamento onde o serviço está situado foi construído pelo poder público municipal para abrigar o CAPS. Contudo, foi cedido, posteriormente, para Cozinha Social do município, mas a mudança ainda não foi efetivada. Por isso, em alguns momentos, os entrevistados referem-se ao CAPS como se esse não possuísse sede própria.

As questões da estrutura física foram debates constantes nas reuniões de família e da associação. Uma das questões abordadas relaciona-se à localização do serviço, com difícil acesso de ônibus, já que a maioria do público atendido reside em região oposta da cidade. Além disso, a estrutura física não comporta os atendimentos e, de acordo com a mediadora da reunião de familiares, as salas de oficina não acomodam mais de oito ou nove usuários; sendo assim, os técnicos necessitam revezar os horários de atendimento para ter salas disponíveis, o que resulta na falta de todos os profissionais durante todo o período de funcionamento do CAPS, já que parte da equipe atende em um período de atendimento do serviço e o restante em outro, fator que pode prejudicar o diálogo interdisciplinar dos trabalhadores e a possibilidade de atendimentos que abarquem uma parcela maior dos usuários do serviço. Tendo em vista tal contexto, seria necessária uma reforma da estrutura existente, que já está desgastada, e a ampliação dos espaços de atendimento, todavia, há anos o poder público municipal cedeu a estrutura do serviço para a Cozinha Social sem efetivar as mudanças, situação que coloca impedimentos na reforma e na ampliação do serviço, gera sentimentos de insegurança nos técnicos e nos familiares em relação à manutenção do CAPS naquele local e restringe planejamentos de longo prazo no que compete à estrutura física.

Situação similar foi identificada por Nascimento e Galvanese (2009), ao tratarem da estrutura dos CAPS de São Paulo-SP. Os autores apontam para uma heterogeneidade na dimensão estrutural, com uma diversidade de estruturas físicas, com instalações em imóveis alugados ou em antigos prédios públicos, que na maioria não possuem instalações completamente adequadas para os serviços propostos. Evidencia-se, com isso, que as dificuldades enfrentadas pelo CAPS, não apenas do município de Toledo, influenciam na qualidade e nas possibilidades de atendimento e de envolvimento dos seus usuários e familiares.

Perante a essa situação, tanto a equipe do CAPS quanto a APFF-CAPS articularam-se junto ao poder público, solicitando a mudança do CAPS para a estrutura do antigo Mini Hospital Jorge Nunes³⁸, localizado em uma região mais próxima da maioria dos usuários (Região da Vila Pioneira) e de fácil acesso de ônibus; além disso, a estrutura física é maior, tendo mais salas para atendimento e possui uma rede de serviços públicos localizados naquela região que poderiam ser utilizados pelos usuários, como o Complexo Esportivo Eusébio Garcia, por exemplo. Porém, apesar do diálogo que os familiares representantes da APFF-CAPS travaram com alguns vereadores municipais e representantes do atual governo, o poder

³⁸ Antiga unidade de atendimento de urgência e emergência de Toledo/PR, que passou a Unidade Básica de Saúde após inauguração da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em outra região do município.

público alegou indisponibilidade de recursos financeiros para adequar a estrutura e fazer a mudança do serviço, além de algumas promessas pouco consistentes.

“Existem um zum zum zum assim do CAPS ter que sair dali. O CAPS não tem sede própria, ele tá dentro ali, então talvez vai lá no antigo Mini Hospital. [...] A ideia, tão pleiteando uma sede mais ampla lá no antigo Hospital Universitário mas é, o que se vê dentro da prefeitura é que não há um interesse efetivo” (F6).

“O retorno deles é sempre promessas né. É promessas que as coisas vai melhorar, como é sempre o SUS né, vai melhora. E a gente sempre sofre com isso, mas também não deixa de cobrar, não deixa de ir atrás” (F4).

“A gente está esperando uma ampliação do CAPS faz anos já. Até agora a associação falou ‘ah vamos chamar alguém pra vir pra falar sobre isso, o que aconteceu com aquele projeto que estava idealizado e que não se concretizou né?’ [...] Então a gente tem que as vezes restringir um pouquinho o número (de participantes nas oficinas) para poder readequar o espaço que nós temos. Então precisaria assim uma ampliação mais do que urgente né. A gente idealizou aí uma cozinha terapêutica para trabalhar culinária, [...] a gente acabou fechando a oficina, fechamos, com as dificuldades e limitações que a gente tinha colocava o paciente em risco devido a organização do nosso espaço” (T1).

Essa temática mobilizou boa parte dos familiares e dos representantes da APFF-CAPS, iniciativa que demonstra o protagonismo dessas famílias que estão mais envolvidas com o serviço e as suas lutas por melhorias na Política de Saúde Mental. Contudo, os retornos pouco efetivos do poder público, muitas vezes, acabam desmotivando essas famílias e a própria equipe do CAPS, questões que serão melhor trabalhadas no ponto 4.4.3.

Ainda em relação à estrutura física do serviço, vale ressaltar que o CAPS busca parceria com as instituições públicas e privadas, localizadas próximas ao serviço, para a realização de atividades, demonstrando ações em prol da reinserção do sujeito em sofrimento psíquico na comunidade. Apesar de serem poucas as instituições localizadas naquela região, pode-se observar relações com a Associação de Moradores da Vila Becker, que disponibiliza a sede para eventos do CAPS com familiares e usuários, e com o Clube Esportivo Yara, que disponibiliza o espaço para práticas desportivas e oficinas ao ar livre.

“Então assim nós temos uma variedade grande (de oficinas), a do esporte por exemplo a gente conta com a participação a colaboração alí no Yara, eles cedem pra nós o campo lá para as meninas fazerem a oficina toda semana, mas daí choveu já impossibilita né” (F1).

Quanto à equipe técnica, conforme citado, o CAPS estudado contempla o previsto em lei, contudo, os profissionais escalonaram os horários, o que demonstra que os técnicos que compõem a equipe não se encontram no serviço durante todo o horário de funcionamento.

Apesar de cumprir o previsto em lei, os funcionários pesquisados ressaltam que o número de profissionais que atendem na instituição não dão conta da demanda do serviço, sendo necessário ampliar o quadro funcional para oferta de melhor atendimento e até mesmo para fazer um trabalho preventivo e com a comunidade, desmistificando o estigma em relação ao sofrimento psíquico e abrindo maiores espaços de diálogo com a rede e com as demais instituições sociais.

“Precisaria assim hoje no quadro de funcionários ter mais uma assistente social, ter mais um terapeuta ocupacional, ter mais um arteterapeuta, ter outras pessoas que tenham condições de fazer outros tipos de oficinas né. [...] que deveria ter (mais profissionais) para cobrir as doze horas, assim a gente faz um jogo de horário alguns dias de manhã, outros à tarde, para não ficar nada descoberto. Mas acho que seria uma forma objetiva da gente também poder desenvolver um trabalho melhor em relação aos pacientes e aos familiares e até essa divulgação em relação à comunidade” (T1).

“Nós não temos nem estrutura física e nem equipe, nem pessoal disponível suficiente pra, por exemplo, pra que eu acho assim que eu o que deveria realmente funcionar” (T2).

O fato de as oficinas dependerem das habilidades dos técnicos foi assinalado em algumas reuniões de familiares e na reunião da APFF-CAPS já que, devido especialmente à falta de recurso, a contratação de oficinheiros não é viabilizada. Os familiares demonstram o desejo de ter oficina de informática e atividades variadas para os usuários. Um dos membros da associação que representa os funcionários colocou que, em caso de viabilização de verbas, a associação poderia fazer uma campanha junto à comunidade desmistificando o transtorno mental, nesse momento um dos familiares sugere que o recurso seja destinado à compra de materiais para as oficinas, que são escassos. Nesse processo, percebe-se que as famílias acabam colocando como função da associação a busca por recursos para melhoria do CAPS, já que não encontram esse respaldo no setor público. Essa situação exemplifica a afirmação de Alencar (2010), segundo o qual “a máxima do Estado mínimo expressa-se no caso brasileiro através da restrição de fundos para o financiamento de políticas públicas. Opera-se na verdade a privatização/refilantropização” (ALENCAR, 2010, p. 76), condição em que o Estado, aos poucos, desobriga-se de suas responsabilidades e, nesse caso, a família vê-se na necessidade de assumi-las.

Ainda em relação aos recursos humanos, as famílias relataram nas entrevistas que a rotatividade de funcionários no CAPS estava prejudicando a qualidade do atendimento, a constância das ações e a vinculação dos usuários com o serviço, tal rotatividade deve-se a motivações políticas ou mesmo à insatisfação do trabalhador, seja pelas dificuldades enfrentadas em relação às condições objetivas do serviço ou por adaptação à própria rotina da

saúde mental. Conforme Sampaio et al (2011), na avaliação dos CAPS de Fortaleza foi constatada a falta de priorização da política pública de saúde mental no orçamento público, o que se reflete na estrutura do serviço e nas condições de trabalho da equipe. Esse fato, somado às questões estruturais, demonstra uma dissonância entre as diretrizes da Política de Saúde Mental e sua execução, decaindo na falta de uma rede de saúde mental articulada e estruturada, na dificuldade de gestão do território e na busca pela erradicação dos sintomas por meio da medicalização. Esses, entre outros fatores, levam à insatisfação dos trabalhadores e ao seu adoecimento físico e psíquico.

“muita mudança de profissional lá dentro, muita mudança. Daí tipo, o paciente ele se acostuma com aquele profissional e tira, ou ela sai ou tiram, muda pra outros lugar. [...] Aí o que acontece, mal começa a se adaptar, querer fazer uns trabalho, a enfermeira, os outros profissionais enfim, ele mal começa a fazer um trabalho tira, se não tira ele tá insatisfeito que não consegue fazer o trabalho e sai” (F5).

“Mas mudava, mudava muito seguido (funcionários), agora quando eu entrei (como presidente da associação) eu chamei a atenção da P” (PA).

“Há um certo desânimo em relação ao que é de fato estar em um serviço de saúde mental, é muito difícil. Porque tu tem que ter um desejo muito determinado, senão você vai pro seu local de trabalho e sei lá, faz o seu trabalhinho, recebe seu salário e vai pra casa (T2).

Como pontua uma das entrevistadas, trabalhar com saúde mental também implica um desejo. Essa funcionária toca em uma questão central: a necessidade do protagonismo da equipe, não apenas dos usuários e familiares, na luta para que a Política de Saúde Mental avance e, para tanto, é necessária uma equipe articulada e fortalecida para que seja possível construir no coletivo novas possibilidades para o atendimento em saúde mental que contemple a (re)inserção familiar e social desses sujeitos. Afinal, com a reorganização da Política de Saúde Mental no Brasil coloca-se um desafio para as equipes de saúde mental, a reconstrução de papéis e fazeres profissionais. Esse trabalho de reconstruir as formas de pensar e de atuar com a Política de Saúde Mental, pode transformar a equipe interdisciplinar em um espaço de arena de disputa de poderes e de saberes ou de construção de algo novo e significativo para os usuários e para equipe, elaborado a partir de diferentes olhares e práticas (ROSA; MELO, 2009). O que se observou no campo pesquisado e nos discursos das famílias foi que o saber médico psiquiátrico e a medicação ainda ocupam papel central no atendimento do sujeito em sofrimento psíquico, que o diagnóstico, muitas vezes, ocupa o peso de um “rótulo”, determinando um lugar onde esse sujeito deve se colocar, imobilizando-o nesta situação, e que, em alguns momentos, esses saberes colocados nos serviços de saúde mental chocam-se,

sendo necessário o diálogo e a construção de um caminho que ainda não está plenamente sedimentado. Além disso, conjectura-se se esse “esvaziamento” do serviço, citado anteriormente por T2, não está relacionado ao lugar que a medicação e a consulta ocupa no imaginário desses usuários, dos familiares e da equipe, os quais, apesar de reconhecerem essas ações, podem não estar valorizando as demais práticas psicossociais como fundamentais para o tratamento.

“Teve um dia em uma oficina que as pacientes começaram a me dizer assim ‘é T, eu sou psicótica?’. Porque vem um diagnóstico do psiquiatra então eles né. E aí comecei a conversar com eles o que que é um psicótico, o que que é um neurótico, o que que né. Então uma disse: ‘ah, mas então eu não sou psicótica’, e não é mesmo, ‘mas então o que que eu sou?’. Sabe? Você não faz ideia o que para essas pessoas que fazem parte e, inclusive desse dia que foi uma fala muito pontual, o quanto apaziguou internamente e como a partir daí foi possível inclusive introduzir trabalhos mais complexos, porque eu disse ‘vocês tem condições’. [...] Aí é toda uma coisa que é o olhar e a abordagem psiquiátrica e a abordagem psicológica ou psicanalítica, que se toma o sujeito desde um outro lugar. Mas tudo isso eu olho assim, vem como uma grande construção né, porque nessas discussões todo mundo está aprendendo todo mundo está alí e se debatendo na construção desse serviço, que não está pronto e que não veio pronto, e que eu entendo que é uma construção que vai prosseguir ainda por muitos anos” (T2).

Apesar disso, observa-se um esforço da equipe em manter-se atualizada. Antes do início da reunião semanal da equipe esses dedicam uma hora para estudo conjunto de uma temática que foi selecionada pelo grupo, buscando articular teoria e prática, analisando a realidade que o CAPS enfrenta à luz dos saberes socialmente construídos. Outro momento que a equipe utiliza para pensar e repensar a prática cotidiana são as supervisões clínicas, espaço que precisa ser preservado e resguardado dentro dos CAPS. Contudo, uma das trabalhadoras de saúde mental demonstra-se insatisfeita em relação às capacitações sistemáticas ofertadas pelo poder público.

“dentro da leitura eu sempre vou introduzindo pra gente ir pensando esses pacientes, como isso existe. Que eu considero que é uma forma, dentro daquilo que é da política, poder oferecer esse espaço (reunião de equipe) para formação” (T2).

“Nós temos aí a nossa supervisão clínica que eu acho que ajuda bastante também em algumas questões aí para condução dos trabalhos né, eu acho que isso é importantíssimo a gente manter a preservar. Fora isso é o repensar mesmo, é sempre repensar com maturidade porque realmente: ‘olha, é possível aqui e aqui. Aqui não é possível’. Então a gente sabe dessas limitações. Para que a gente possa ter as possibilidades a gente precisa perceber essas limitações também” (T1).

“Formação a gente teve aí o APSUS, a última que a gente teve na área né. Terminou o ano passado se eu não me engano e esse ano não teve mais nenhum a princípio ofertada pelo município né. Então assim, nossas

capacitações também precisa, acho que o poder público precisa pensar em algo específico né” (T1).

Sendo assim, evidencia-se no CAPS a busca por formação e conhecimento para melhor atender esses usuários, o que também possibilita, para a equipe, a discussão e a aproximação de diferentes saberes, em uma tentativa de construir uma prática interdisciplinar proposta pela Política de Saúde Mental. Quanto ao preparo técnico, Jucá et al (2009), afirma em sua pesquisa que, apesar dos profissionais de saúde mental de Salvador - BA mostrarem-se sensíveis ao sofrimento social e psíquico, esses necessitam ampliar seus conhecimentos teórico-metodológicos na área pois demonstram dificuldades na identificação do sofrimento psíquico, no manejo de algumas situações específicas ao transtorno mental e nos encaminhamentos para atendimento em serviços especializados. Diante disso, investir no aperfeiçoamento e na formação dos trabalhadores de saúde mental é fundamental para uma práxis cotidiana mais assertiva.

Apesar das potencialidades do serviço, as condições objetivas, principalmente às relacionadas aos recursos financeiros, limitam a práxis desses profissionais e as possibilidades de um atendimento que dê maior sustentação ao protagonismo da família. O que se observou ao longo das reuniões de familiares e da associação foi que um dos trabalhadores de equipe tem maior envolvimento com a associação e a luta para que essa se articule e se mobilize para melhorias na Política de Saúde Mental, sendo que não foi observado envolvimento dos demais membros da equipe com a associação.

Em relação aos recursos financeiros, os pesquisados ressaltam que a verba não é suficiente para dar conta da demanda de trabalho, além disso, percebem a falta de materiais para uso em oficinas e a necessidade de buscar junto à comunidade recursos, pois o poder público não provê o necessário. Esse contexto demonstra que o Estado brasileiro vem racionalizando seus gastos e submetendo a política social à econômica, traduzindo as ações das políticas sociais em focalizadas, em compensatórias, em assistencialista e de abrangência limitada, o que remete à necessidade da população mais pauperizada responsabilizar-se em dar conta das suas dificuldades, enaltecendo o trabalho voluntário, a autogestão e a solidariedade (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

“A gente trabalha assim no limite né, dependendo assim de doações, assim a gente não poderia depender disso somente, [...] em algumas situações, por exemplo a oficina de pintura, em algum momento se não for doações a oficina não acontece” (T1).

“Eles (políticos) não olham, eles não olham para o louco, não querem muito saber. Assim está bom, deixa assim, não precisa muito ter um serviço de qualidade, pra que? É louco! Na verdade quando eu digo isso D é porque a

gente vive isso aqui e a gente sente isso na pele! Por exemplo, o material que tu precisa nós levamos dois anos esperando uma licitação de um material pra trabalhar nas oficinas, [...] eles diziam não vamos licitar tal coisa porque, pra que? Louco não precisa disso!” (T2).

“O que eles conseguem oferecer ali já é uma grande coisa, mas não é culpa dos profissionais e sim dos governantes que poderiam mandar mais verba, fazer alguma coisa melhor né, ter mais. Já que acha que hospital não precisa então vamos abrir um espaço maior e vamos ocupar essas pessoas né. Ter mais atividades pra eles fazerem ali dentro durante o dia, ou meio período pelo menos todo dia. Vão lá duas vezes por semana, muitas vezes uma vez, é pouco, muito pouco. Agora esse pouco que eles conseguem fazer é nota, porque eles fazem milagre ali” (F5).

Percebe-se que a falta de recursos é um entrave tratado pelos profissionais e por alguns familiares, o que repercute na falta de profissionais para dar conta da demanda, na estrutura física precária, nas dificuldades de acesso a materiais e na impossibilidade de oferta de oficinas e de atividades terapêuticas diferenciadas. Todavia, conforme observado no Gráfico 5, atualmente os gastos federais com a Política de Saúde Mental sofrem uma inversão, investindo-se mais em ações extra-hospitalares do que com ações hospitalares. Porém, o que se verifica na realidade desse CAPS estudado, é que os recursos não estão sendo suficientes para atendimento da demanda.

Além disso, pontua-se, por meio da fala de T2, que o preconceito em relação ao sofrimento psíquico estende-se aos representantes políticos, ao afirmarem que não é necessária uma assistência de qualidade ao paciente com transtorno mental. Conjectura-se, também, que o fato de o sujeito em sofrimento psíquico não produzir pelos padrões exigidos pela sociedade capitalista, o que amplia a exclusão social desse público, já que a inclusão e o status ocupado no capitalismo relaciona-se diretamente à posição ocupada no mercado de trabalho e, conforme apontado, a aceitação e a inclusão desses sujeitos como produtores está longe de ser alcançada.

Conforme Luzio e L'abbate (2009), em pesquisa realizada nos municípios de Cândido Motta e de Assis, no Estado de São Paulo, a alternância de poder fragiliza e vulnerabiliza os serviços a cada nova gestão. Além disso, falta comprometimento dos gestores públicos municipais na implantação da política pública de saúde e na solicitação de recursos financeiros, em especial no que concerne à saúde mental. Frente a esse quadro, é necessário que diversos segmentos sociais como conselhos, movimentos sociais e comissões de Reforma Psiquiátrica retomem e ampliem as ações de “acompanhamento, orientação e fiscalização da implantação das diretrizes e propostas de ações e serviços nos municípios, em especial, os de pequeno e médio portes, além de contribuírem para o fortalecimento da participação popular e

do controle social” (LUZIO e L’ABBATE, 2009, p. 113). Contudo, o contexto observado no CAPS é de fragilização das formas de controle e a participação da família, dos usuários e dos trabalhadores de saúde mental e de fragilização das condições objetivas para condução do serviço e para a promoção do protagonismo da família. Por outro lado, esse serviço também possui potencialidades, como a busca por conhecimento em um esforço de relacionar teoria e prática, além de se constituírem em uma boa referência para as famílias no atendimento do sujeito em sofrimento psíquico, o que pode ser observado a partir dos relatos de satisfação e acolhida da maioria das famílias ouvidas nessa pesquisa.

“Você está vindo aqui e você vê o número de participantes (familiares) e o que é possível fazer. É muito pouco, há muito o que se fazer. Por isso que eu digo que milhares de anos pra mudar, transformando isso que está posto” (T2).

“Digamos que seja uma relação assim amistosa, muito mais pra boa né. Falta assim a participação aqui mais no contexto, mas sempre que a gente buscou ali, a família deu a sustentação” (T1).

“É um trabalho que se faz com muita dificuldade como eu te falei né, mas eu vejo assim no momento que é bom, é muito bom, é ótimo o que eles tão fazendo aí né com as pessoas. Porque é muita gente atendida né, então eu vejo que é bom o atendimento ali” (F4).

Diante das condições objetivas expressas nesse CAPS de Toledo/PR alguns pontos citados por Santos (2014), em relação aos 25 anos do SUS, tornam-se perceptíveis como os avanços teórico-práticos e no acúmulo de experiências na formação e na educação permanente dos profissionais; por outro lado, os desafios ainda são muitos como o desmonte financeiro, a pobre infraestrutura, a precarização do trabalho e o enfrentamento de algumas dificuldades na gestão pública.

Portanto, até o momento foram pontuados os reflexos que o sofrimento psíquico traz para o contexto familiar, além das condições sociais e econômicas que essas enfrentam, situações que impactam diretamente nas suas condições objetivas e subjetivas para o exercício do protagonismo. Na sequência foi pontuada a realidade do CAPS pesquisado e as condições objetivas desse serviço, seus limites e possibilidades de oferta de atendimento e como esse contexto influencia nas possibilidades de sustentação e de apoio para o exercício do protagonismo das famílias.

A partir desses dados, passa-se à análise sobre o compartilhamento de responsabilidades entre o CAPS e a família, a fim de se compreender a forma que o protagonismo familiar toma nesse serviço.

4.3.2 A concepção das famílias e funcionários do CAPS sobre a função do CAPS em relação aos usuários e seus familiares

Conforme explicitado nos documentos internos do CAPS, em suas normas e procedimentos e nas observações realizadas na instituição, foi possível constatar que o serviço proporciona atendimento nas seguintes modalidades:

- Atendimentos individuais: abordagens e avaliações, tratamento psiquiátrico, tratamento medicamentoso, tratamento psicológico, terapia alternativa e psicopedagogia clínica;
- Terapias de grupo: sessões de grupo coordenados por psiquiatra, psicólogo, psicopedagoga e terapia ocupacional;
- Grupos de atividade: grupos de pacientes com finalidades operativas, reabilitativas, educacionais e reflexivas. Grupo de família com finalidade de dar apoio, esclarecimentos e orientações aos familiares dos pacientes; e
- Visitas domiciliares realizadas por, no mínimo, dois profissionais.

O atendimento em grupo está intimamente relacionado à prática de oficinas terapêuticas direcionadas aos sujeitos em sofrimento psíquico. Dentre as oficinas que a instituição oferta, pode-se citar as oficinas de Lavauto, de Arte Com fio, de Arteterapia (que engloba a Oficina de Desenho e Oficina de Pintura), de Dança, de Ética e Cidadania, de Acupuntura, de Produção de Sabonete, de Decoupage e Pintura em MDF, de Esporte e Oficina do Verde. É disponibilizada uma ampla gama de atividades, algumas com maior aceitação do sexo masculino, como as de Lavauto e de Esporte, outras com predominância feminina, como as de Arte com fio e Dança. As oficinas ofertadas, em sua maioria, tem maior aceitação do sexo feminino, o que corresponde ao explicitado em relação ao perfil dos usuários do CAPS, que é formado predominantemente por mulheres.

De acordo com Mendonça (2005), “[...] as oficinas procuram caminhar no sentido de permitir ao indivíduo estabelecer laços de cuidado consigo mesmo, de trabalho e de afetividade com os outros” (MENDONÇA, 2005, p. 628). Sendo assim, as atividades desenvolvidas buscam enfatizar o processo construtivo e a criação do novo, gerando novos acontecimentos, experiências e ações que possam beneficiar o usuário.

No CAPS, as visitas domiciliares são realizadas conforme a necessidade e em duplas. O atendimento à família é realizado prioritariamente pela área de Serviço Social, todavia, os demais profissionais também podem realizar atendimentos direcionados à família. Também são realizadas reuniões mensais com os familiares, nas quais participam os profissionais de

Serviço Social e de Psicologia. Retomando Rosa (2005), historicamente, foi atribuído ao Serviço Social o atendimento à família nos serviços psiquiátricos e, em alguns CAPS, esse entendimento prevalece até hoje, apesar de a abordagem à família ser encargo de todos os profissionais do serviço.

Quanto às atividades comunitárias, foram observadas algumas ações como: parcerias com instituições próximas para realização de atividades, atividades esporádicas com os pacientes na comunidade e palestras que esclareçam sobre o sofrimento psíquico e a atuação do CAPS. Contudo, apesar dos esforços da equipe, ainda são necessárias ações sistemáticas e contínuas que esclareçam a comunidade sobre as ações e os objetivos do serviço e discutam o transtorno psíquico como forma de sanar os preconceitos em relação ao tema.

Dessa forma, a prática exercida no CAPS deve ocorrer de forma articulada com os recursos do município, propiciando um espaço acolhedor para os usuários e potencializando as suas possibilidades de atendimento e re(inserção) social (BRASIL, 2004b). Nesse sentido, de acordo com os trabalhadores de saúde mental que participaram dessa pesquisa, as funções do CAPS seriam:

“Nosso atendimento na verdade, além do atendimento aqui, ele vai para o atendimento familiar tanto que a gente faz essas visitas (domiciliares), faz o acompanhamento, essa questão da orientação, a requalificação, alguns a gente insere em vários espaços aí, a gente tem alguns parceiros onde eles vão e fazem cursos: curso de música, curso de pintura né, então tem essas parcerias, eu acho que tudo isso entra no nosso trabalho, faz parte do atendimento do paciente. Além do atendimento dele é esse olhar para a família, esse desenvolver trabalhos no sentido de desmistificar de mostrar que eles têm capacidades. [...] fizemos algumas campanhas, essa coisa assim de ir em semanas de capacitação de colégio por exemplo, a gente faz alguns trabalhos com os professores né, já nos propusemos de fazer com famílias, a gente tem feito também esse trabalho de divulgação do que é o CAPS que muitas pessoas não querem vir porque acham que aqui é lugar pra internar [...], o esclarecimento em relação ao serviço e a garantia pra que eles venham e tenham esse atendimento e realmente mantenham a qualidade de vida deles” (T1).

“Trabalhar no sentido de reintegrá-los na família, socialmente, estabelecer e fortalecer vínculos e garantir um tratamento né” (T2).

De acordo com Brasil (2004b), os CAPS desempenham um serviço substitutivo à rede asilar que busca acompanhar e reinserir seus usuários por meio do acesso ao trabalho, ao lazer, ao esporte e à educação, além de atuar no fortalecimento de vínculos e exercício dos direitos civis dos usuários e na articulação da rede de saúde mental. Nesse sentido, os entrevistados referem-se a ações que desenvolvem no serviço para alcançar esse objetivo; afirmam que atuam para fortalecer os vínculos dos usuários com as famílias, por meio “da

reunião de família é, seria um espaço para isso, [...] o serviço mais das visitas domiciliares quando a gente consegue ir monitorando” (T2), além de ações pontuais com a comunidade. Apesar de serem identificadas várias ações do CAPS no sentido de contemplar a função de reintegrar seus usuários, pontuou-se também os vários limites, dentro e fora do serviço, que restringem essas ações, como os recursos físicos e financeiros, bem como o estigma e o preconceito social.

Quanto às atividades que são propiciadas pelo CAPS, percebe-se que cinco das famílias entrevistadas identificam a Reunião de Familiares como atividade específica para família, mesmo que nem todos frequentem esse espaço assiduamente. Quatro dessas famílias, que estão inseridas no regime semi-intensivo e intensivo, também reconhecem outras formas de atendimento como orientação para família, atendimento individual, festa de final de ano, entre outros, como atividades para os familiares.

“D: E o senhor realiza alguma atividade lá no CAPS?

LM: Eu participo da associação que foi criada lá né. [...] Da minha parte o que eu ganho lá é participar né, das reuniões né e enfim dessa associação que faz parte do CAPS né. [...]

A reunião é mensal, é uma por mês que tem, aí se discute o problema né, pergunta como é que tá a paciente né, e o andamento do próprio CAPS e os trabalhos da associação. Enfim, tudo se esclarece ali junto né.” (F3).

“No começo eu ia mais, eu ia todo mês que tem aquela reunião mensal da família, eu ia toda, todas as reuniões. E agora eu vou mais quando ela tem, quando ela tá em crise. Assim, que daí eu ligo pra P, explico o que tá acontecendo, pra P conversar com ela.

D: E que atividades que o CAPS oferece pra família?

LF: Pra família? Ah eu só conheço a parte daquela reunião familiar que tinha né, eu sei mais pros pacientes mesmo.

D: Você já participou de alguma atividade? Por exemplo: atendimento, visita domiciliar?

LF: Não, eu fui só na triagem e uma vez eu fui na festinha. Tinha uma festinha de final de ano daí eu fui com ela, mas foi só” (F4).

“Tem reunião de família, tem associação que a gente fundou né, que eu fui da diretoria fundadora. E a reunião de família que eu acho que é muito boa, que a gente até uma terapia pra gente né. [...] Ele entrou, eles já orientaram quanto à carteirinha pra ele ter esse benefício da carteirinha dele, os benefícios dos medicamentos que ele poderia pegar [...] eu não tenho o que reclamar né, quanto à orientação dos direitos” (F5)

“Olha é muito difícil eu ir pra lá, falar a verdade, é muito difícil eu ir ali no CAPS sabe. Tem a reunião de família, mas sabe eu eh agora que eu tô livre de cuidar de neto” (F7).

“Pra família ajuda muitas coisas, por exemplo a questão do benefício, a assistente social quem tem direito ao benefício?[...] É a reunião, nós temos a reunião mensal, tem a reunião de família, aí eu e a esposa participamos, não

falhamos nenhum, [...] no CAPS em cada mês lá tem a cartinha que convida, eles põem a atendente na frente, já tem lá dia tal reunião de família” (PA).

Vale ressaltar que alguns familiares que frequentam a associação, identificam a criação dessa como uma atividade do CAPS ofertada para as famílias e não como um espaço construído pelos familiares em parceria com o CAPS, com autonomia em relação ao serviço. Além disso, as famílias que frequentam o serviço no regime não-intensivo tiveram dificuldades em identificar as atividades direcionadas para família pois, de modo geral, frequentam o serviço apenas para consulta médica, como pode ser observado nas falas abaixo.

D: E o que que a senhora acha que é para família?

LF: Eu acho que é o atendimento que é pra família, porque que nem eu disse pra você se de alguma forma se eles ajuda por exemplo meu filho eles estão me ajudando também, então é um atendimento pra família né...

D: Algo que é específico pra família a senhora conhece?

LF: Não, eu só sei que tem bastante, tem bastante coisas só que para os pacientes (F1).

D: A senhora sabe se tem lá alguma atividade que é pra família:? Alguém já lhe convidou pra participar de alguma atividade?

LF: Eu sei que tem o artesanato essas coisas pros pacientes. Agora pros familiares eu acho que não tem nada não (F2).

Portanto, coloca-se a interrogação de que se os esforços do serviço em divulgar a reunião de família por meio de envio de bilhete, de avisos e cartazes na recepção, de anúncios na rádio, entre outros, estão alcançando os resultados esperados, especialmente com as famílias que fazem parte do regime não-intensivo, e que são a grande maioria do usuários da instituição. Nessa conjuntura, quais metodologias poderiam ser utilizadas para acessar esse público?

De acordo com Rosa (2005), todos os serviços assistenciais em psiquiatria devem ter alguma abordagem que englobe o atendimento à família; de modo geral, esse atendimento envolve o familiar-cuidador em orientações individuais ou grupais, como as reuniões semanais de familiares. As reuniões são um espaço importante para o cuidador, pois é o momento para tirar suas dúvidas e de dialogar com os profissionais do serviço; “geralmente, são os novos serviços, abertos e comunitários, que são desafiados a implementar práticas diferenciadas com a família, criar novas tecnologias de abordagem e, sobretudo, a dar visibilidade e valorizar sua condição de provedora de cuidados domésticos” (ROSA, 2005, p. 211).

A IV CNSM afirma que, para que o protagonismo dos atores envolvidos com a Política de Saúde Mental seja fortalecido, os serviços devem garantir a democratização da

gestão do trabalho em saúde mental; valorizar o saber popular, agregando conhecimentos ao tratamento dos usuários; realizar palestras, eventos, oficinas e encontros com a comunidade e com a família, informando e orientando esses sujeitos; trabalhar com a família para o fortalecimento dos vínculos familiares; envolver as famílias na construção de projetos terapêuticos; promover a participação dos usuários como facilitadores de cursos e oficinas; discutir os casos clínicos de forma interdisciplinar e garantir a participação do médico em atividades além da consulta (BRASIL, 2010b). Todavia, o que se observa no CAPS pesquisado é que, apesar dos esforços da equipe, suas estratégias não têm atingido as famílias de modo mais amplo, como previsto pela IV CNSM, ficando restritas aos participantes da reunião de familiares, a um primeiro atendimento com identificação da demanda e encaminhamento ou aos casos em que se demanda acompanhamento mais sistemático com visitas domiciliares e atendimento individual. Assim, a equipe espera que a política lhes dê maiores condições para atuar com essas famílias, afinal, o que foi observado é a dificuldade em trabalhar especialmente com as famílias do regime não-intensivo frente ao número de usuários atendidos e a quantidade de profissionais.

“Tem que se pensar uma política mais adequada, mais adequada para a família, para os familiares, trazê-los, estarem mais próximos” (T2).

“A proposta do serviço é uma proposta legal, é cumprido eu acho que prevê tudo isso mas, não a gente não dá conta no cotidiano de cumprir realmente, não hoje com o quadro de funcionários que a gente tem né. São duzentas e setenta famílias hoje, pacientes no caso sendo atendidos, se a gente fosse sim trabalhar com todas as famílias individualmente é praticamente um ano trabalhando pra atender duas vezes no ano esses familiares. Porque além dos familiares a gente tem já o atendimento, a escuta com os pacientes, as oficinas que a gente está ali né, e na reunião de famílias assim eu vejo que a gente poderia ou deveria ter mais participação, é um espaço aonde a gente poderia tranquilamente atender quarenta, cinquenta, sessenta pessoas de repente participando e a gente tem oito, doze, quinze” (T1).

Conforme Fonseca (2006), as políticas sociais que atuam com as famílias devem mobilizar o seu protagonismo, sua capacidade de ser um sujeito ativo frente a vulnerabilidade que os afeta por meio do uso dos mecanismos sociopolíticos disponíveis, todavia, o que se observa na fala dos trabalhadores de saúde mental é que os recursos para mobilizar esse protagonismo são escassos. Nesse contexto, as famílias que têm um atendimento mais sistemático e continuado, buscando o serviço com maior constância (como é o caso das famílias em regime semi-intensivo e intensivo), sentem-se seguras e orientadas em relação ao acompanhamento e ao atendimento de seu familiar.

“Eu gosto muito assim, eu me sinto mais segura sabe. Porque eu sei que ela está indo lá, aí eu sei que qualquer probleminha eu posso ligar e falar com a P” (F3).

“Até eles fizeram uma enquete perguntando que que a gente queria que trabalhasse. Foi um ano assim, pro próximo ano eu me lembro que a gente colocou que mais orientação do médico, orientação sobre a doença, os medicamentos tomados, as reações adversas que dá, pras famílias entender melhor o paciente, compreender melhor. E foi muito bom, inclusive eu né que tinha mais conhecimento nisso, eu instiguei o pessoal e funcionou sabe? Naquele ano foi muito bom” (F5).

Por outro lado, as famílias do regime não-intensivo, que têm um vínculo mais frágil com o serviço, frequentando-o poucas vezes no mês, sentem-se desamparadas em relação à proteção social do sujeito em sofrimento psíquico.

D: E como que é a relação da senhora, da família toda com o CAPS?

LF: Relação minha é só a consulta e vir pra casa.

D: Eles orientam a senhora sobre o processo da doença, esclarecem?

LF: Não, nada.” (F2).

Apesar das dificuldades enfrentadas - tanto pelas famílias quanto pelo CAPS - para a proteção do sujeito em sofrimento psíquico e envolvimento e amparo dessas famílias no serviço; a maioria dos familiares mostra-se satisfeito frente às atividades e às funções que o CAPS desempenha, com exceção de uma das famílias entrevistadas.

“quando a gente conversa com as famílias eles tem uma valorização muito grande em relação ao trabalho do CAPS em sua grande maioria. São pouquíssimos que dizem que o CAPS não faz isso, mais nos momentos de crise que é normal também ter esse desabafo né” (T1).

“a responsabilidade do CAPS é grande einh. Lidar com todas as pessoas e gente com problema bem maior né. Então é grande, eu vejo aquelas mulher se dão bastante e fazem dentro do possível delas muito pra esse CAPS sabe, eu vejo nessa um esforço além” (F3).

“Do jeito que tá tá bom sabe. Ela tem a consulta dela mensal, ela tem o acompanhamento semanal. Então eu acho que o que eles podem fazer eles tão fazendo” (F4).

Eu acho que é muito bom pra eles né, porque se não fosse é, que ali eles ajudam bastante” (F7).

“tudo sobra pra mim, não tem apoio de ninguém não. Não adianta falar que tem o apoio porque não tem. Não tem uma psicóloga ou alguma coisa assim para né, te ajudar” (F2).

Pesquisa realizada por Kantorski et al (2009), ao avaliar a satisfação dos usuários e familiares dos CAPS do Sul do Brasil, constatou que esses referem-se ao alto grau de satisfação em relação aos serviços ofertados como “do fortalecimento da autonomia do

usuário, da diminuição das crises (em frequência e extensão), da possibilidade de convivência, socialização, enriquecimento do cotidiano que vai além do transtorno” (KANTORSKI et al., 2009, p. 33). Os pesquisados apontaram ainda um atendimento qualitativamente melhor que os dos demais serviços ofertados pelo SUS.

Quanto à reunião de familiares, observou-se que muitos a associam com um momento em que a família é informante da condição do sujeito em sofrimento psíquico, propiciando uma melhor condução do tratamento desse sujeito pelo serviço. Apesar da família surgir como informante, suas funções, com as mudanças na Política de Saúde Mental, foram ampliadas dentro dos serviços, como pode ser observado nas reuniões observadas nesse CAPS de Toledo/PR.

“É um momento para família vir para falar sobre como está em casa, como estão conduzindo as coisas com esse paciente, como está também esse paciente pra gente ter uma visão dessa família né. A gente tem pouca participação” (T1).

“Aí (na reunião de familiares) se discute o problema né. Pergunta como é que tá a paciente né, e o andamento do próprio CAPS, e os trabalhos da associação enfim, tudo se esclarece ali junto né” (F3).

A função familiar vem tomando novas conotações, pois os familiares também percebem o momento da reunião como um espaço de troca, de apoio para suas questões e, principalmente, o local onde esses podem se identificar com a situação das outras famílias, acalentando-se com o fato de seu “caso nem ser tão grave, comparado com as outras famílias” (F5). De acordo com Braz (2013), as famílias buscam os grupos de suporte para conversar sobre as mazelas que as aflige, para dividir com os demais familiares seus problemas, para buscar uma orientação, por curiosidade sobre o que se faz nesses encontros ou por indicação de profissionais; mas independente do motivo de procura, o que há em comum com esses familiares é a busca por “dias melhores”. Para tanto, é fundamental que esses grupos tenham um clima acolhedor e despertem confiança, fatores que atuam para manutenção desse espaço.

“Aí uma tarde a gente ia lá e ficava, daí tinha as pessoas falavam dos problemas delas né, e tinha a psicóloga que acompanhava sempre, fazia dinâmica. Era assim, uma troca de conhecimentos” (F4).

“Eu levo a agenda pra anotar da reunião, sobre a pauta: foi saúde mental, foi saúde física, foi transtorno bipolar, foi né tema livre” (PA).

Em uma das observações, os familiares presentes questionaram-se porque a maioria das famílias do CAPS não participam da reunião, informando que já tentaram ligar

convidando, enviar bilhete, fazer convite na recepção e mesmo assim as famílias não estavam presentes. Um deles afirma que a reunião é o local onde a equipe pode saber como o paciente está, como se comporta em casa, e que a família é o contato e o apoio da equipe, por outro lado, outra familiar coloca que a reunião é um espaço onde se identificou com outros familiares, encontrando tranquilidade para lidar com o transtorno e que, se as outras famílias soubessem como é bom, também viriam.

Portanto, perante as dificuldades que o serviço enfrenta para um atendimento mais integral para a família, pontua-se que essa ainda se encontra, de modo geral, em uma posição mais passiva do que protagonista, mesmo nos poucos espaços que a ela são destinados, coadunando com a afirmativa de Rosa (2005), de que “a abordagem da família cuidadora, na condição de parceira e co-responsável para o cuidado, está em processo de construção” (ROSA, 2005, p. 211). Por outro lado, são inegáveis os impactos positivos da condição da família como usuária do serviço, conforme os vários relatos de satisfação, de sentimento de acolhida e de orientação que as famílias mais presentes no cotidiano do serviço trazem.

Esse processo coloca em discussão o movimento das políticas sociais de (re)valorização da família e de um esgotamento da opção quase única pelo indivíduo, conforme apontado por Carvalho (2008), pois, o que se observa na realidade pesquisada é que, apesar da política e dos trabalhadores entrevistados trazerem a família como usuária e elemento central para reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, as ações do CAPS estão mais focadas no paciente com transtorno do que no coletivo, seja a família ou a comunidade, até mesmo pelos limites objetivos enfrentados pela instituição, em especial para as famílias do regime não-intensivo, que evidenciaram uma inserção no serviço, de modo geral, para acompanhamento nas consultas médicas e acesso à medicação, situação que reforça o modelo biomédico de atenção psicossocial, o sentimento de desamparo e de busca no hospital psiquiátrico como recurso possível para atendimento do sujeito em sofrimento psíquico na Política de Saúde Mental e coloca em questão a dificuldade dos serviços muitas vezes romperem com a lógica ambulatorial e se articularem efetivamente com a rede para atenção dessas famílias.

Os esforços expressos nas ações ofertadas pelo CAPS, frente às condições objetivas do serviço, estão direcionados majoritariamente para o atendimento do paciente com transtorno mental. Diante desse quadro, as famílias, ao serem questionadas sobre quais atividades o CAPS oferta para o sujeito em sofrimento psíquico, conseguem identificar várias ações nas quais seu familiar está inserido; além do que, das sete família entrevistadas, seis demonstram satisfação em relação ao atendimento prestado pelo CAPS para os usuários.

“O que eu vi lá são atividades que faz um crochê, faz bordado, que faz bichinho, que faz tapete, que costura que nossa, muita coisa assim. [...] Coisas bonitas, coisas muito interessantes e é uma pena que às vezes essas coisas não é dado tanto valor.” (F1).

“Pra ele (paciente), eu agradeço por causa do remédio.” (F2).

“No caso da minha esposa ela participa, ela ganha consultas médicas e também depois ela ganha medicamento. Tem curso que eles fazem tipo sabonete né. Eh, mas é umas pinturas também, eh ganha acupuntura que eles fazem e não cobram nada também né, eh passe livre que daí o município favorece as pessoas que vão lá né e toda a orientação que precisa né no caso, eh se tu tem dúvida a respeito do problema que a pessoa tá se tratando eles acompanham tudo né” (F3).

“Ela começou com uma vez por mês no psiquiatra e toda semana, uma vez por semana, duas vezes por semana ela fazia terapia é, aí ela fazia sabonete e crochê” (F4).

“Tem um médico né deles, que atende eles lá né, e tem a psicóloga né, tem assistente social né, tudo isso que é muito bom né” (F7).

“O importante é eles se sentirem úteis. Como é que eles se sentem úteis? Praticando uma atividade. Daí o CAPS introduziu um negócio pintura de quadros, é o cultivo da horta do verde né, que isso é importante” (PA).

De acordo com Rosa e Melo (2009), o processo de reabilitação psicossocial envolve mais do que o apaziguamento dos sintomas, mas compreende ações que envolvam lazer, acesso ao trabalho e renda, condições de moradia, reinserção social, entre outros. Como apontado anteriormente, muitas famílias colocam no saber médico e na ação medicamentosa o principal foco do tratamento; contudo, reconhecem também outras atividades ofertadas pelo serviço, já que o que se observa no CAPS é que são disponibilizadas várias ações que buscam ampliar o acesso ao lazer, à cultura, à prática esportiva, a oficinas laborais, entre outros. Todavia, ainda é necessário avançar no quesito da (re)inserção desses sujeitos no mercado de trabalho e na sociedade, espaços que ainda estão permeados pelo preconceito.

Além disso, a forma como a equipe compreende e propõe suas atividades é primordial na condução do serviço e nas possibilidades de reinserção social desses sujeitos, que pode ser direcionado na intenção de romper com a lógica manicomial ou de acabar reproduzindo essa lógica no CAPS.

“Vieram os CAPS como espaço possível pra se fazer uma clínica diferenciada né psiquiátrica, mas eu acho que ainda é muito pouco é, há muito o que se fazer ainda em relação a isso. Acho que estamos engatinhando, as próprias pessoas que trabalham, estão no serviço, muitas tem uma visão equivocada sobre o que é a reforma e sobre o que é um serviço de CAPS. Por exemplo né, se nós aqui não tomamos um cuidado há

uma facilidade, uma certa tendência a repetir, fazer disso aqui um pequeno hospital psiquiátrico, estou falando simbolicamente no sentido da direção clínica” (T2).

Como observado ao longo dessa dissertação, o processo de desospitalização ocorre de forma continuada no Brasil, repercutindo no Estado do Paraná e no município de Toledo. Contudo, não é possível compreender que apenas a desospitalização encerre o processo de desinstitucionalização. Como observado nesse campo de pesquisa, a real inserção desses sujeitos muitas vezes esbarra nas dificuldades de compreensão acerca do sofrimento psíquico, nos limites para o envolvimento da família, nas condições objetivas para oferta do serviço, na efetivação de uma política de saúde eficaz, no trabalho intersetorial e, também, na compreensão do que é um serviço de base comunitária. O que se percebe no CAPS pesquisado é que, muitas vezes, ocorre um desejo, até mesmo por parte das famílias, de ampliar o período de permanência do usuário no CAPS, reproduzindo uma prática institucionalizada, ou o de esperar que esse serviço por si só dê conta de todas as demandas da família, esquecendo-se do papel da rede nesse processo; situações essas que acabam decaindo em uma concepção “CAPScentrista” da Política de Saúde Mental, questão melhor trabalhada na seção 4.4.

“aproveitar mais esses pacientes, ficar lá o dia inteiro se ocupando em vez de tá em casa dormindo e incomodando a família, dando problema pra família, eles poderiam ficar ali o dia inteiro ir pra casa de noite” (F6).

“se tivesse uma natação lá também daí você ia consultar e já fazia natação né” (F1).

Sendo assim, desvincular-se dos legados históricos referentes à forma como a “loucura” foi tratada na nossa sociedade é um dos grandes desafios para se pensar e atuar com a Política de Saúde Mental.

Portanto, a IV CNSM e os Manuais de Saúde Mental citados ao longo dessa dissertação, trazem, de modo geral, como função do CAPS para com as famílias o acesso à informação e à capacitação; o atendimento; o suporte familiar; a participação em oficinas, assembleias e reuniões, ou seja, ações que fortaleçam a autonomia desses familiares para o protagonismo no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Percebeu-se, ao longo da pesquisa, que apesar dos entrevistados identificarem outras formas de atendimento familiar como visitas domiciliares, atendimento individual, orientações, entre outros, o principal espaço de orientação e suporte familiar são as reuniões de família, que contam com parca participação. Desta forma, as condições objetivas enfrentadas pelo CAPS colocam limites para a oferta de ações que fortifiquem o protagonismo familiar; por outro lado, as práticas que

são ofertadas contam com baixo envolvimento das famílias. Nesse sentido, o próximo tópico tratará das funções da família no cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, compreendendo seus limites, recursos e fortalezas para o exercício do seu protagonismo.

4.3.3 A concepção das famílias e funcionários do CAPS sobre a função familiar

O CAPS, por meio de seu Regimento Interno, tenta delimitar as responsabilidades dos familiares dos sujeitos em sofrimento psíquico, como a participação nas atividades propostas e o acompanhamento e a participação no tratamento do paciente, com vistas à sua possibilidade de alta. De acordo com esse documento, todos os profissionais são responsáveis por dar orientações aos usuários e familiares; por promover atividades de reintegração familiar e comunitária; e por participar de reuniões sistemáticas com familiares, para aconselhar e orientar os familiares resistentes ao prognóstico da doença mental crônica – sendo que o profissional com maior responsabilidades em termos de relação e de orientação familiar é o assistente social. Essas normativas, apesar de importantes, limitam-se ao campo operacional. Sendo assim, é necessário aprofundar a investigação sobre a função familiar e como os sujeitos que estão envolvidos nesse processo compreendem o protagonismo da família no cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico.

Nesse sentido, na concepção dos técnicos que atuam de forma mais direta com as famílias, a função familiar na Política de Saúde Mental e no CAPS é:

“Realmente estar acompanhando o cotidiano dos pacientes, de estar vindo, verificando como é que está aqui, como é que está. [...] Eu acho que a família poderia estar mais presente no cotidiano, no sentido de ver o que que os familiares estão fazendo aqui né. Nós temos alguns que fazem trabalhos fantásticos né, até participaram de exposições, de concursos nacionais e assim, a família não é muito presente no sentido de vir olhar, valorizar. [...] A família precisa vir e ver isso, participar dessa construção também, porque é a partir daí o próprio paciente vai achar uma motivação maior para estar, não só o fato deles aqui e ele se dar conta que ele pode produzir, mas também pra ter essa valorização da família. Acho que isso é fundamental, isso a gente sente pouco aqui, quem vem nas reuniões geralmente são os que estão alí olhando. [...] Esse acompanhamento é fundamental, a questão assim de realmente motivar esses pacientes a fazer o tratamento certinho, de fazer esse acompanhamento, de vir [...], eu acho que a família tem que facilitar isso e realmente estar com esse paciente, ou com esse familiar, participando da vida da família, ajudando a decidir, eles têm condições totalmente de ajudar a decidir questões dentro de casa, a organização, desenvolver algumas atividades né. [...] Tentar compreender o que que é realmente do normal cotidiano, de acidente, de descuido e o que realmente é um início de um surto, porque isso também mexe muito com os pacientes na questão emocional deles, e na questão da relação familiar.” (T1).

“A função dessa família, justamente dentro do serviço e aqui do CAPS, é poder fazer uma troca na verdade né. Eles trazerem as questões das vivências deles com o familiar com transtorno e nós aqui poderemos acolher isso e orientar de alguma forma né, dentro daquilo que lógico, que é possível [...]. Em relação ao serviço, poder participar conosco, ser mais presente, poder fazer essa troca inclusive de informações né. E frente ao paciente, ao familiar quer dizer, cuidar. Acho que essa é a grande função, cuidar colocando limites e respeitando o funcionamento desse sujeito” (T2).

As falas das profissionais de saúde mental evidenciam uma concepção sobre a família como espaço de cuidado, de construção de identidade e de vínculos de pertencimento, espaço de afeto, de convivência, de inserção social, funções essas que foram relatadas por Carvalho (1995), como historicamente delegadas à família. Ambas as técnicas compreendem a família como um recurso, dentre o rol de possibilidades que o serviço dispõe para atendimento do usuário, e como um lugar de cuidado e de convivência para o sujeito em sofrimento psíquico. Elas afirmam que a família deveria se envolver mais com o serviço, que essa função familiar não se expressa na maioria das famílias do CAPS e que as trocas estabelecidas poderiam ser mais constantes, trazendo benefícios para o tratamento do usuário.

Todavia, ao mesmo tempo em que essas profissionais reconhecem a necessidade de uma maior participação da família, elas também evidenciam os limites enfrentados pelas famílias para participarem de forma mais ativa do serviço e do cuidado em relação ao paciente, compreendendo-a também como usuária do serviço, já que sofre os impactos do transtorno mental e, portanto, também necessita de assistência e de cuidados, sendo assim, pontuam a possibilidade de o CAPS acolher as demandas e orientar esses familiares. De acordo com as falas das trabalhadoras, são identificados como impedimentos para maior protagonismo da família: as dificuldades econômicas, a necessidade de trabalhar para auxiliar na renda familiar, o fato de muitos familiares serem idosos e terem limitações físicas, o desgaste do cuidado no cotidiano da família e o preconceito e o estigma social associado ao sofrimento psíquico. Esses relatos evidenciam uma aproximação das profissionais com o contexto social, econômico e subjetivo em que essas famílias estão inseridas e também um entendimento sobre como isso está implicado ao protagonismo no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico.

“Então por isso a gente tem um certo cuidado quando a gente conversa com a família no sentido assim de que precisa fazer orientação, mas assim a gente não está dando uma bronca ou exigindo que eles deem, mas pontuando questões que eles possam vir a repensar isso e fazer de uma forma diferente, que dê um resultado diferenciado também. Que essa pessoa ela já tem (cobrança) de todos os lados.” (T1).

“Eu entendo, porque não é nada fácil conviver com [...] um membro da família que tem um transtorno mental não é fácil, não é nada simples, é até natural que em alguns momentos eles queiram respirar mesmo. Então eles não se envolvem, não se implicam muito, e se trata mais deles poderem se livrar um pouco do peso que eu sei que é que representa ter um familiar com transtorno” (T2).

Verifica-se que os funcionários que fizeram parte dessa pesquisa compreendem a difícil tarefa que envolve o cuidar, as implicações que o sofrimento psíquico traz para o ambiente familiar e os limites e as possibilidades que as famílias possuem, dentro das suas condições objetivas e subjetivas, para prover esse cuidado. Nesse sentido, não se identifica, por parte das trabalhadoras, uma culpabilização da família em relação ao sofrimento psíquico mas, ao mesmo tempo, elas esperam mais dessas famílias. Por outro lado, as implicações do cuidado no cotidiano da família, frente à sua fragilização e à falta de suporte que enfrenta, também é grande, o que dificulta uma participação mais efetiva no serviço. Nesse sentido, como pontuado por Brasil (2013a), ser cuidador do sujeito em sofrimento psíquico exige da família disponibilidade, apoio, capacitação para buscar estratégias e lidar com as frustrações que estão implicadas na função de cuidador e, para tanto, o olhar do CAPS deve estar apoiado nos recursos de cada família e não nas suas limitações.

Os familiares, ao serem questionados sobre quais responsabilidades assumiram devido ao transtorno mental, trazem signos diferentes em seus discursos que expressam, de modo geral, o cuidado cotidiano, sendo que apenas um familiar coloca como sua responsabilidade acompanhar o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico no serviço e outro cita o acompanhamento nas internações. Perante a essa situação, questiona-se como esses familiares estão entendendo seu protagonismo perante o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico? Percebe-se que a família compreende suas responsabilidades e, a partir disso, pauta sua ação protagonista como o cuidado do paciente nas atividades de vida diária, estando menos implicada em um protagonismo político ou na busca de um apoio, como usuária do serviço ou da rede de proteção social.

“Ixe nossa! A responsabilidade é grande, é tudo né. É cuidar se o U tomou o remédio, cuidar onde o U está, o que o U está fazendo. [...] Até na escola a responsabilidade é grande, porque se eu ficar um dia sem dar o remédio pra ele eu sou cobrada, por que na hora todo mundo percebe.” (F1).

“Olha a responsabilidade do remédio, escola, dar banho, tudo. [...] Responsabilidade de tudo, comida e roupa lavada” (F2).

“Como eu falei, de participar dessas reuniões pra gente tá por dentro como tá o paciente né. E nessas pequenas reuniões você conversa como tá na família

né, daí a gente botou e levou a sério de participar né. Que nem, a gente no começo não participava muito, tinha outras coisas né, mas daí como a gente viu que necessita né, eles também precisam saber como é que está em casa né” (F4).

“Responsabilidade de super mãe né, uma mãe batalhadora. [...] Que eu assumi foi, bom isso sempre de dar um medicamento mas desde pequenininho né, eu mesmo antes e depois eu sempre dando medicamento, cuidando. [...] Então aumentou mais ainda a responsabilidade e sempre cuidando de não faltar um médico, não deixar de marcar um médico, não deixar de fazer o exame, eh lógico aumentou, triplicou a responsabilidade” (F5).

“Responsabilidade a mais sobre ela? Ela fica internada ali em Rondon já duas vezes, até já fechou aquele hospital lá né. E então assim, a gente tem que ter o compromisso de ir visitar né. Então a gente se preocupa né, a preocupação que a gente tem pra ver como que ela tá né” (F7).

A responsabilidade do cuidado cotidiano no ambiente doméstico é tomada pelas famílias como uma prática que lhe demanda uma série de recursos emocionais, temporais e financeiros, nem sempre restando recursos suficientes para acompanhar, de forma mais continuada, o tratamento de seu familiar no CAPS. Por outro lado, Rosa e Melo (2005) afirmam que nenhum grupo familiar está capacitado para prover o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico adulto, já que ninguém espera ter uma pessoa em sofrimento psíquico no meio familiar; de acordo com o imaginário social o adulto já deveria ser emancipado e responsável por suas ações, sendo mais independente da família; o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico no ambiente doméstico é complexo e exige preparo do cuidador; do grupo familiar é demandado uma série de modificações objetivas e subjetivas para lidar com a situação; e, por fim, a família se vê sobrecarregada pelas inúmeras modificações e demandas decorrentes do sofrimento psíquico. Sendo assim, questiona-se como a família pode preparar-se e capacitar-se para o cuidado, compreender e manejar o sofrimento psíquico se, como apontado, seu envolvimento com o serviço é restrito? Ao mesmo tempo, que condições essas famílias possuem de serem protagonistas para além do cuidado cotidiano de seu familiar enfermo, já que o contexto em que se inserem, como apontado, não facilita esse processo?

Frente a essa realidade, algumas famílias identificam o seu protagonismo na atividade de cuidador, zelando pelo sujeito em sofrimento psíquico e indo ao serviço quando necessário. Sentem-se protagonistas na Política de Saúde Mental, prioritariamente por manejarem o transtorno e por cuidarem do seu familiar, não compreendendo, nem idealizando seu protagonismo para além disso, como pode ser observado em seus relatos ao serem questionadas sobre seu protagonismo em relação à Política de Saúde Mental:

“Ah acho que sim né. Ah eu vou falar a verdade pra você, eu corro atrás (de atendimento). Como eu disse pra você eu aprendi isso, eu tive que aprender isso” (F1).

“Eu vou até onde que dá, não me envolvo muito assim. Só que não, eles (CAPS) não convidam pra reunião e essas coisas assim, aí vai fazer o que? Mas na escola estou sempre envolvida. Nunca deixei ele falta na fono sabe? Eu vou com ele” (F2).

“Ah eu acho que sim, porque eu cuido dela, eu faço tudo, eu que vou atrás, eu que vou na correria, eu que busco, eu que levo, eu que convenço. É eu acho que sim, bastante.” (F3).

“Olha no caso que eu né tenho ela com esse problema, a gente se envolve bastante né. [...] As vez ela fala assim que os remédios não tá fazendo mais efeito né, daí tem que ir no médico pra pedir outros remédios, daí aqueles não tão fazendo bem né” (F7).

Por outro lado, as funcionárias do CAPS, apesar de considerarem que a relação com a família é satisfatória, esperam mais dessas famílias, evidenciando que seu comprometimento mais efetivo com o serviço traria maiores benefícios para o sujeito em sofrimento psíquico e para a própria família. Sendo assim, como apontado anteriormente por Rosa (2013), o desejo que os profissionais de saúde mental têm em relação ao envolvimento e ao protagonismo da família nem sempre corresponde aos desejos e às reais possibilidades que essas famílias possuem para atender essas demandas, gerando um campo de tensão.

“Eu acho que seria mais participar nesse dia a dia mesmo dos pacientes, vir acompanhar, conversar com a gente, apresentou uma mudança lá a gente sempre pede isso pra eles, já liga pra gente e fala ‘ó a gente está percebendo isso e isso, dá uma observada aí vamos acompanhar pra ver’. Assim como a gente faz o inverso né, eles também deveriam estar mais atentos. Algumas famílias tem isso muito presente, tem outros que tem mais dificuldade. Mas eu acho que seria mais nessa questão de estar mais, participando mais das atividades aqui e inserindo (o paciente) mesmo nas atividades. Então, indo na casa de um passear vai junto, estou indo em outro lugar leva junto pra ver que é possível, que dá, que não é só de casa pro CAPS, do CAPS pra casa né. Existe outros ambientes dentro da sociedade que eles podem e devem estar inseridos né” (T1).

“Não sei que tipo de estratégia se teria que buscar para atraí-los. É o momento em que a gente consegue ter os familiares bastante presentes é normalmente quando a gente faz a confraternização de final de ano né, com os pacientes e os familiares. Isso é um momento em que eles realmente participam né. Mas acho que eles tem muito a contribuir, afinal de contas eles são os beneficiados do serviço” (T2).

Portanto, para os funcionários, a família é corresponsável pelo tratamento do familiar enfermo, é um recurso necessário para o acompanhamento do sujeito em sofrimento psíquico, que o motiva e o auxilia em sua reinserção social. Além disso, identificam o contexto em que

essas famílias estão inseridas e as dificuldades que enfrentam para corresponder às demandas do serviço de maior participação e envolvimento, compreendendo o desgaste e a necessidade de a família ser tomada como usuária do serviço, apesar das limitações que o CAPS enfrenta para que esse processo seja mais abrangente. E, por fim, também identificam a função de cuidadora e de espaço de convivência que a família possibilita, sendo que, em discursos posteriores esses também evidenciarão a função política da família por meio da APFF-CAPS. Essas funções delegadas à família pelas trabalhadoras do CAPS, corroboram com o exposto por Rosa (2013), como atribuições delegadas à família no interior dos debates reformistas e com as funções expressas na IV CNSM. Sendo assim, mesmo que as funcionárias identifiquem os limites e as possibilidades da família para ocupar esse “lugar” previsto na Política de Saúde Mental e demandado pelo CAPS, essas pontuam que ainda é escasso o envolvimento e a ocupação desses espaços.

As famílias, por seu turno, associam sua função muito mais com o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico no ambiente doméstico, além de identificarem a importância de ser um recurso para o tratamento desse ente enfermo, acompanhá-lo no serviço e ser o apoio necessário para sua reinserção social; todavia, reconhecem que, pelas condições objetivas que enfrentam (trabalho, cuidado dos netos, não saber da existência de atividades para a família), nem sempre isso é possível. De forma mais tímida, algumas famílias reconhecem na reunião de familiares um local para seu cuidado, para compartilharem com o CAPS suas angústias e se fortalecerem mais; mesmo assim, não parece claro a essas famílias se elas ocupam um “lugar” de usuário do CAPS, tanto quanto seu familiar adoecido. Desse modo, a maioria dos entrevistados compreende seu protagonismo nesse mesmo sentido: cuidar, acompanhar no serviço e ser um recurso para o CAPS e para o paciente. Apenas os familiares que estão envolvidos na APFF- CAPS, que fazem parte dos regimes semi-intensivo e intensivo, conseguem perceber seu protagonismo de forma mais ampla, em especial quando citam o protagonismo político.

Conforme Rosa (2013), alguns desafios são enfrentados pelas famílias, os quais se relacionam ao envolvimento dessas com a Política de Saúde Mental e com o cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. Dentre esses desafios é possível citar a dificuldade em: aceitar o transtorno mental, conseguir apoio junto à sua família extensa, verbalizar suas angústias e frustrações em relação ao tratamento e à convivência com seu familiar enfermo, encontrar e se engajar em grupos de ajuda e de suporte mútuos, além dos oferecidos pelos serviços de saúde mental em que seu familiar com transtorno encontra-se, estudar e buscar mais informações sobre o transtorno mental e reconhecer a necessidade de buscar espaços onde

possa realizar atividades e se encontrar para além da função de cuidador. Esses desafios, enumerados pela autora, colaboram com o que vem sendo apontado até o momento, ou seja, a barreira da família em se colocar além da função de cuidadora e de assumir outros espaços de protagonismo.

Por outro lado, da mesma forma que as famílias enfrentam limites no compartilhamento de responsabilidades junto ao CAPS, elas também apontam que esperam mais desse serviço. Esse desejo reflete uma sobrecarga da família em relação ao cuidado, a falta de uma rede mais articulada ou de acesso dessas famílias à rede de proteção social e aos limites enfrentados pelo CAPS para oferta de atendimento. Percebe-se também que a busca das famílias é diferente, os familiares que se encontram no regime não-intensivo buscam do CAPS atividades além da consulta médica, ou seja, o atendimento psicológico, um olhar mais atento para as famílias ou a inclusão em alguma oficina, o que remete a necessidade de uma práxis mais próxima dessas famílias, rompendo com uma lógica de “atendimento ambulatorial”.

“é uma pena que não é se dado mais valor pra família, porque a partir do momento que for tipo assim: é pro paciente mas alguém da família que vai levar esse paciente pode também, acho que aí seria até um conforto melhor, de um interesse também maior né. [...] Já vi também gente que fica lá sentado horas e horas esperando alguém da família que está lá dentro fazendo atividades pra depois trazer embora, resumindo de alguma forma se torna até um sofrimento né” (F1).

“uma responsabilidade de alguma coisa que mexesse mais com a cabeça dele, que mexesse mais até mesmo com o querer dele” (F1).

“acompanha mais ele. Tipo fazer um acompanhamento na escola, conversar lá com a escola que eles não fazem, vim em casa pra ver como ele está. Pode ficar seis meses sem ir lá que eles nem, não dão um telefonema não dão, pra saber como ele está” (F2).

Algumas dessas “faltas” identificadas pelas famílias em relação ao serviço também estão expressas na forma como é compartilhada a responsabilidade em relação ao cuidado, ao atendimento e à reinserção social desses usuários. As famílias que estão em atendimento no regime não-intensivo identificam o compartilhamento de responsabilidades em relação ao atendimento médico, à receita e ao uso de medicação, ou seja, dentro daquilo que vivenciam no CAPS.

“É essa parte da calma dele. Quer dizer, de alguma forma nessa parte nós estamos nos dividindo, porque eu fico contente quando eu chego lá e eu ouço o médico reforçando pra ele aquilo que eu já falei” (F1).

“Só pegar receita! Porque não posso receita o remédio” (F2).

Já as famílias que estão inseridas no regime semi-intensivo e intensivo vivenciam com mais frequência as oficinas e os atendimentos individuais ofertados pelo CAPS, sendo assim, suas demandas em relação ao serviço estão mais direcionadas para um acompanhamento das famílias, mas, nesse caso, da família extensa que não participa de forma direta do CAPS; e para o acesso a outras políticas sociais, como leitos psiquiátricos em hospital geral e benefícios sociais como o BPC, o que já aponta para uma fragilidade na rede de proteção social.

“Claro a gente espera né, como falemos antes se tivesse esses leitos lá, ou mais médicos, se tivesse prontidão pra atender quando necessitava né” (F3).

“Que as pessoas entendam porque eu fico pensando assim: ‘nossa minha vó podia tá aqui ouvindo isso, minhas tias podiam tá aqui ouvindo isso’. Que as famílias entendam que eles são doentes” (F4).

“Olha ali no CAPS eu acho que, eu não sei. Eles tentou ajudar ela né, eles até interditou ela pra conseguir o benefício mas ela não conseguiu” (F7).

Sendo assim, a forma como essas famílias compreendem o compartilhamento de responsabilidades no tratamento de seu familiar enfermo também está correlacionada ao seu envolvimento mais próximo do CAPS e a forma como são envolvidas pelo serviço. As famílias que frequentam o serviço em regime semi-intensivo e intensivo identificam no CAPS um espaço onde é possível buscar a estabilidade do sujeito em sofrimento psíquico, ter um acompanhamento contínuo para o usuário e uma das famílias compreende como compartilhamento de responsabilidade o fato de o CAPS auxiliar no processo de internação.

“Ah essa de internar, [...] só que daí não tinha vaga também então eles me ajudaram nessas situação assim. Eles contornaram, deram medicação maior pra ela, teve um acompanhamento maior, mais terapia, mais tempo pra ela ficar lá. [...] E sempre que eu tenho algum problema eu ligo lá e divido com a P e ela me ajuda na questão do trabalho, porque assim, porque daí eu falo ‘P ela não tá bem, ela não tá indo trabalhar’. Daí a P vai lá e conversa com ela, porque se eu falar ela não me escuta” (F3).

“No caso elas acompanham né. Então isso delas né, elas tão junto elas não largam as pessoas sozinha né. [...] Então é tudo com horas, o dia é cheio né, é preenchido com o dia a dia delas” (F4).

“Essas terapias ajudou muito, muito mesmo, pra ele desenvolver, pra ele entender melhor as coisas sabe? Eu acho assim, que foi dividido, a minha parte e depois que entrou no CAPS foi partilhado com os profissionais o restante né” (F5).

“No CAPS eu vejo assim, que eles ajudam muito nessa questão de, como eu falei, de conseguir internamento” (F7)

“Com o CAPS eles são intermediário, porque a partir do momento que o CAPS tá agindo bem o reflexo nós temos na nossa casa” (PA)

Ressalta-se, assim, que as famílias não identificaram nos seus discursos a divisão de responsabilidades em relação às práticas de inclusão social por meio do lazer, do trabalho, da cultura, entre outros previstos na Política de Saúde Mental como fundamentais para (re)inserção social do sujeito em sofrimento psíquico; o que coloca a interrogação se o processo de reintegrar, pensando em práticas diferenciadas, que busquem romper com o estigma que envolve a “loucura”, estão sendo vislumbradas e exercidas tanto pelas famílias como pelo CAPS. Algumas respostas para esse questionamento já foram assinaladas ao longo dessa dissertação, como os relatos de vivências de preconceito, as dificuldades de inserção dos sujeitos em sofrimento psíquico mais comprometidos em atividades para além do CAPS, o que evidencia falhas no trabalho intersetorial das políticas sociais, e os limites para práticas que envolvam mais as famílias e a comunidade. Por outro lado, apesar das dificuldades enfrentadas pelo CAPS, foram identificadas ações do serviço direcionadas à (re)integração social desses sujeitos como parcerias com instituições próximas para a realização de atividades com os pacientes e familiares; atividades na comunidade, como palestras e oficinas direcionadas a práticas produtivas, contudo, tudo isso ainda é limitado frente às dificuldades vivenciadas pelos usuários.

Os serviços de saúde mental, ao dividirem as responsabilidades do tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, devem estar implicados no atendimento tanto do usuários como de seus familiares, com uma “equipe multiprofissional comprometida em ajudar, dividindo com as famílias o tempo e a responsabilidade de cuidar, de apoiar nas dificuldades e de oferecer suporte e atenção” (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 128). Da mesma forma, as famílias também devem estar engajadas nessa parceria, buscando novos conhecimentos e habilidades para lidar com o transtorno, “sendo facilitador nas ações de promoção da saúde mental e de inserção do indivíduo em seu meio” (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p. 128).

Portanto, observou-se nessa pesquisa que, nesse processo de compartilhamento de responsabilidades, tanto o CAPS quanto as famílias enfrentam certos entraves na atenção ao sujeito em sofrimento psíquico relacionados à forma de produção e de reprodução social no capitalismo, que implicam um crescente processo de pauperização e de fragilização das famílias em geral e nas famílias do CAPS de Toledo/PR, e nas dificuldades de financiamento

das políticas sociais frente à minimização do Estado. Esse cenário influencia as possibilidades de efetiva (re)inserção social do sujeito em sofrimento psíquico, mostrando que nesse sentido as funções do CAPS não se concretizam plenamente. Por outro lado, a função protetiva familiar também encontra-se fragilizada para a promoção do cuidado e o maior envolvimento com o serviço de saúde mental, impedindo a atuação da família como protagonista do serviço.

Frente a isso, análises como a de Luzio e L'abbate (2009) e de Vasconcelos (2012), entre outros autores, demonstram a importância da organização política, do reforço aos movimentos sociais, da articulação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial e da necessidade do controle social para o avanço dessa política social. Ao mesmo tempo, colocam a interrogação sobre como isso é possível frente aos contextos macropolítico de privatização, focalização e subfinanciamento das políticas sociais e micropolítico de fragilidade da maioria das associações de usuários e familiares, no Brasil, e das próprias formas de controle social. Sendo assim, a próxima seção desta dissertação busca esclarecer de que forma as famílias e os trabalhadores desse CAPS de Toledo/PR se organizam, compreendem a Política de Saúde Mental e têm possibilidades de exercer seu protagonismo na arena política, levando em consideração também os limites e as possibilidades discutidos até o momento.

4.4 A RELAÇÃO DO CAPS E DAS FAMÍLIAS COM A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E COM A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL

O protagonismo das famílias e dos usuários na Política de Saúde Mental foi parte integrante do debate da IV CNSM, trazendo propostas para o incentivo da participação desses sujeitos nas decisões cotidianas do serviço e nas instâncias de controle social, como associações, conselhos, fóruns, entre outros, para tanto colocou-se como necessário o incentivo, o financiamento e o fomento do conhecimento em relação à Política de Saúde Mental e às possibilidades de exercício do controle social. Nesse sentido, movimentos como o MNLA e o Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA), enfatizaram a necessidade do fortalecimento da organização de usuários e familiares para continuidade e avanços da Reforma Psiquiátrica no país. Tendo em vista esses pressupostos, torna-se fundamental analisar como essa relação se expressa nesse CAPS de Toledo/PR, partindo-se da concepção dos familiares e dos trabalhadores sobre a Política de Saúde Mental e sobre o processo de Reforma Psiquiátrica, a fim de compreender como esses sujeitos se relacionam com a rede de proteção social e com a RAPS para, por fim, abordar a conjuntura da APFF-CAPS.

4.4.1 As concepções do CAPS e das famílias sobre a Política de Saúde Mental e sobre o processo de Reforma Psiquiátrica

Esta seção busca discutir como os trabalhadores de saúde mental compreendem o “lugar” da família na legislação de saúde mental, como as famílias e os funcionários concebem a Política de Saúde Mental e os direitos por ela garantidos e, a partir disso, como esses atores analisam o processo de Reforma Psiquiátrica.

Conforme discutido anteriormente, pela Lei Federal nº 10.216/2001, a Política de Saúde Mental tem como finalidade permanente a reinserção do sujeito em sofrimento psíquico; para tanto, deve oferecer assistência integral, recorrendo à internação, em qualquer uma de suas modalidades, apenas em casos de insuficiência dos recursos extra-hospitalares. Dentre os serviços extra-hospitalares, os CAPS ocupam papel central na articulação da rede de atenção em saúde mental, além do acolhimento e da atenção aos usuários do serviço.

Esse processo de desinstitucionalização “requer estratégias e programas de apoio à família e parceria com ela no cuidado domiciliar diário, reabilitação, ressocialização e acompanhamento terapêutico do usuário, apontados claramente para modelos comunitários e mais informais de atenção” (VASCONCELOS, 1992, p. 99). Além do desenvolvimento de ações exigidas aos serviços de saúde mental, integrando a família no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, essa também passa a assumir uma série de funções dentro da Política de Saúde Mental, como apontado nos capítulos anteriores. Todavia, apesar da centralidade da família na Política de Saúde Mental, o “lugar” preciso que ela deve ocupar, bem como as funções específicas que ela deve desenvolver, não estão explícitos nas legislações dessa política, ao contrário do observado em outras políticas sociais, como a de assistência social. Nesta dissertação, foi realizado um esforço de levantamento documental, incluindo legislação, conferências, dentre outros documentos, na tentativa de clarificar o que essa política realmente espera desses familiares; sendo nos debates travados na IV CNSM, onde se encontraram maiores informações a respeito dessa questão. Essa dificuldade em delimitar o “lugar” da família na legislação em saúde mental também foi identificada pelas trabalhadoras do CAPS que participaram dessa pesquisa; essas, ao serem questionadas se a Política de Saúde Mental contempla satisfatoriamente a inserção da família, responderam o seguinte:

“Não muito, na verdade diz que se prevê essa inserção sócio familiar e que a família precisa sim inserir esse paciente no seu contexto, nas suas atividades né. Traz algumas questões, não fica bem claro o que realmente é o papel da família aí, mas isso a grande maioria das nossas políticas né; vem lá prevendo a participação mas em que? Em que exatamente essa família pode ou deve contribuir, como isso deve acontecer fica à cargo dos locais pensar e

tentar e a família realmente se dar conta de que realmente é necessário essa participação” (T1).

“Eu não sei se está clara na política e na própria lei que cria os CAPS tem item que diz que é preciso ter um serviço voltado, ou as reuniões ou os encontros familiares mensalmente, agora se isso está claro eu não sei. Se isso está claro na política acho que não, isso tem que construir” (T2).

Assim, a política somente indica a inserção familiar como ponto central do tratamento do usuário dos serviços de saúde mental de base comunitária, mas, não delimita e nem especifica esse “lugar” com maior precisão. Entretanto, o indicativo legal de centralidade da família nesse processo, bem como a percepção dos profissionais expressa por meio das falas já discutidas aqui, quanto à necessidade de maiores debates em relação a essa temática, requerem permanentes e ampliadas discussões em relação ao texto legal e à inclusão da família nessa política, tendo por base o que já se avançou nas discussões da IV CNSM.

Por outro lado, a compreensão das famílias entrevistadas em relação à Política de Saúde Mental e suas possibilidades de serem protagonistas frente a ela divergem. Duas famílias relacionam a Política de Saúde Mental ao atendimento mais imediato ao qual têm acesso, seja no ambulatório de saúde mental ou no CAPS.

“Olha moça sinceramente, a última vez que eu fui lá na saúde mental mesmo foi um dia que o doutor P não pôde atender” (F1).

“Ah eu não sei te dizer, porque eu só conheço aqui né e assim pra mim aqui eu acho, eu gosto do atendimento que eles têm. Quando a pessoa já tá dentro né, o problema é conseguir vaga pra entrar” (F3).

Outras famílias expressam seu entendimento em relação à Política de Saúde Mental falando da garantia de direitos para o sujeito em sofrimento psíquico, como o BPC; da reinserção dos pacientes, apesar de frisarem que esse processo não ocorre objetivamente, e tecendo críticas em relação à Política de Saúde Mental, afirmando que faltam recursos para a manutenção da política.

“Eu acho que o objetivo deles era inclui essas pessoas com problema né. Mas estão deixando a desejar” (F2).

“Bom, os objetivos é justamente ampliar os direitos, por exemplo, esse do BPC” (PA).

“É pouco investimento, pouco interesse pra saúde mental, é pouca verba. Não tem como você fazer milagre dentro daquilo que não tem” (F5).

Por fim, duas famílias expressam sua posição contrarreformista, defendendo a ampliação dos hospitais psiquiátricos.

“Olha não sei, não deve ser muito boa porque se fecharam o Filadélfia (Hospital Psiquiátrico) não é um bom sinal né. E cada vez as verbas você vê que tá ficando curta pra esse lado né” (F4).

“Olha eu acho assim que aqui em Toledo deveria ter né, assim que nem tem em Rondon que foi fechado já né, [...] por que eles constroem tantas coisas, por que que não constrói uma assim, um hospital né pra essas pessoas aí?” (F7).

Esses discursos demonstram a falta de aproximação e de conhecimento sobre a Política de Saúde Mental, o que coloca em questão se a função educativa prevista para o CAPS, de orientação quanto aos direitos e à Política de Saúde Mental, está sendo efetivada ou se está chegando a alcançar essas famílias, sendo que, observou-se ao longo da pesquisa que, nas reuniões de família, os trabalhadores de saúde mental tentam fazer essa mediação e fornecer esclarecimentos em relação à política a partir das falas dos familiares, mas poucos acessam esse espaço, de maneira análoga, esse debate também deve ser travado dentro dos demais espaços de controle social e em outras políticas sociais do município, questão que não ficou evidenciada nas falas dos entrevistados. Outro ponto que emerge na fala de alguns dos entrevistados é a busca pelo hospital psiquiátrico como um recurso - questão relacionada diretamente às dificuldades de acesso a uma rede bem estruturada e de oferta de uma Política de Saúde Mental com qualidade, especialmente no que tange à disponibilidade dos recursos financeiros e à eficiência/ineficiência relativa à inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade; pontos que serão melhor trabalhados nas seções seguintes.

Quanto aos direitos dos usuários e de suas famílias, percebe-se que, após a reorientação da Política de Saúde Mental, por meio da Lei Federal nº 10.216/2001, o sujeito em sofrimento psíquico passa a ter reconhecido o seu direito ao tratamento com humanidade e respeito, preferencialmente em serviços comunitários de saúde, de forma a ser (re)incluído na família, na comunidade e no trabalho. É garantido, ainda, o direito à informação sobre sua doença e tratamento, o acesso aos meios de comunicação disponíveis e à proteção contra formas de abuso e exploração. Em relação aos direitos dos familiares, como apontado no segundo capítulo, foram sendo incorporados ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica e são melhor explorados na IV CNSM, segundo a qual, a família deixou de ser coadjuvante no tratamento do seu familiar enfermo, para ser também ser usuária do serviço. A família passa a ser tomada como sujeito de direitos, que deve ser ouvida e orientada, ela é convidada a participar de atividades que esclareçam sobre a Política de Saúde Mental, é acompanhada

pelos serviços de saúde mental e passa a ser sujeito das intervenções direcionadas para o fortalecimento dos vínculos familiares.

Nesse sentido, a maioria das famílias pesquisadas, ao serem questionadas sobre os direitos dos usuários e das famílias na Política de Saúde Mental, ainda não se colocam como usuárias e sujeito de direito, afinal, elas identificam primordialmente os direitos dos usuários, mas não conseguem citar os seus próprios, para além da sua prática de cuidado e de proteção desses sujeitos. Compreende-se que o atendimento do sujeito em sofrimento psíquico reflète-se no contexto familiar e beneficia largamente a família, contudo, esses familiares também são usuários desse serviço necessitando de apoio e de orientação para o exercício de sua função protetiva, mas o que as suas falas expressam estão mais relacionadas aos seus deveres do que aos seus direitos.

Os direitos do usuário e da família são compreendidos pelos entrevistados como: o acesso ao tratamento ofertado pelo CAPS, ao “passe livre” de ônibus, à garantia de benefícios previdenciários e, de acordo com outros momentos da entrevista, ao acesso à medicação e à reunião de família. A família F7 não reconhece nenhum direito, a não ser o dever do cuidado na família, e a família F1 e PA refere-se ao direito à saúde, mas de forma generalista.

“Eu acho que é um direito nosso poder, poder simplesmente chegar em um posto e falar: ‘olha eu necessito de uma consulta’ [...], eu acho que é um direito meu, um direito do meu filho, um direito de alguém da minha família, ser atendido” (F1).

“Quais os direitos? Direito de levar pros, de levar consultar só” (F2).

“As consultas que eu acho bem interessante e o acompanhamento assim que ela tem, isso é o principal né[...], ganha passe livre pra poder ir nas consultas” (F3).

“Eles garantem que o atendimento sempre vai prosseguir né. Que que depender dos médicos que atendem essas pessoas que eles relatam né, [...] é cobrado que ele relata o que a pessoa tem, a doença da pessoa, o grau do problema e o remédio que toma e que peça afastamento do trabalho né” (F4).

“A gente, como eu sou mãe dela e têm os irmãos tem que fazer tudo pra ajudar ela né” (F7).

“Os direitos dos usuários é do serviço né. É isonomia total no tratamento, quer dizer igualdade não interessa de raça, cor ou credo religioso. Independente disso todos têm o mesmo direito. É aquilo que diz na constituição, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado” (PA).

O casal F5 e F6 afirma não conhecer nenhum direito dos familiares, a não ser o dever do cuidado para com o paciente, assim como na fala de F2. O casal ressalta ainda que eles não tem conhecimento das leis que regulamentam os direitos dos usuários da Política de Saúde

Mental, pois esses são pouco divulgados. Essa fala, somada à compreensão dos demais familiares, aponta para a necessidade de maior debate dentro do CAPS em relação aos direitos e aos deveres do sujeitos em sofrimento psíquico e de sua família, pois, apesar da maioria das famílias entrevistadas afirmarem que se sentem seguras e orientadas em relação ao atendimento prestado pelo CAPS, ao mesmo tempo, não demonstram certa aproximação com os direitos legislados e com a Política de Saúde Mental, o que, muitas vezes, distancia as possibilidades de garantia efetiva desses direitos, já que esses nem sempre são conhecidos.

“Que direitos? Atendimento do médico, algumas terapias, o passe do ônibus. [...] Não tem os direitos da família, tem os direitos do paciente. O direito da família é ir lá colocar o paciente pra que ele possa ser atendido e exigir o atendimento dentro da possibilidade que eles podem fornecer” (F5).

“Hoje francamente sobrou só os cursos dos CAPS né. Tem esses CAPS ad né, que é álcool e drogas, tem o CAPS I que são os casos mais leves e o CAPS II que atende deficiência mental e tudo mais. Olha, direito a participar das oficinas enfim lá, mas é um direito muito vago. [...] Falar a verdade eu acho que é tudo muito vago, muito indefinido né, ou até se existe uma legislação que defina alguns direitos assim ela é pouco divulgada. Parece ainda que engavetada assim” (F6).

Além disso, as dificuldades de compreensão dos familiares sobre os seus direitos acabam levando ao entendimento das políticas sociais como favor ou benesse, ou mesmo a um entendimento da inclusão da família na Política de Saúde Mental apenas como um sujeito com deveres. Essa afirmativa remete à Carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Familiares em Saúde Mental, elaborada no III Encontro Nacional de Entidades de Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial (2013), a qual traz vários direitos e deveres dos usuários e apenas os deveres dos familiares, o que demonstra a necessidade da própria família do sujeito em sofrimento psíquico compreender que também são usuários dos serviços e sujeitos de direitos.

O conhecimento restrito em relação à Política de Saúde Mental, aos seus objetivos e aos direitos por ela garantidos, conseqüentemente, refletem-se na forma como essas famílias compreendem o processo de Reforma Psiquiátrica e atuam para que ela avance. Além disso, a falta de uma rede estruturada, que dê suporte a essas famílias, especialmente em momentos de crise, levam-nas a acreditar no hospital psiquiátrico como o único recurso possível nesses momentos, defendendo e apoiando sua manutenção.

“De repente começa aquele distúrbio de novo, a família não suporta não sabe mais o que fazer acaba tendo que voltar para o hospital se internar de novo. É um caos é, mas infelizmente fazer o que, é assim, e agora o que que essas famílias vai fazer?” (F1).

“Acho que deveria ter deixado os dois, tanto os hospitais quanto o CAPS também. Não sei se fechar aquele hospital lá foi a solução, muita gente ficou sem né” (F2).

“Por um lado é muito bom, é bom porque daí eles vão ter um acompanhamento melhor durante o mês todo. Por outro lado é ruim porque quem precisa realmente do internamento não tem” (F3).

“Que nem, no caso agora, se ela precisar de internamento ali em Rondon já não tem, já tem que ir pra outros lugares né. Aí fica mais difícil pra gente né” (F7).

Até meados de 2015 estava em funcionamento, no município de Marechal Cândido Rondon, o hospital psiquiátrico AFRIS, que atualmente encontra-se fechado. Até então, a maioria dos usuários que necessitava de internamento era encaminhada para essa instituição. Nesse sentido, persistia na região um modelo de atenção híbrido composto por serviços de base comunitária, como os CAPS e o ambulatório de saúde mental e serviços de atenção hospitalar, como o hospital psiquiátrico. Todavia, o fechamento do hospital não acompanhou a plena estruturação da rede de saúde mental em Toledo, não havendo reserva de leitos psiquiátricos em Serviço Hospitalar de Referência, conforme previsto pela Portaria do GM/MS nº 148/2012. Nesse processo, as famílias temem a desassistência e sua responsabilização, sem contar com o apoio de uma política pública que lhes dê suporte nos momentos de crise. De acordo com Rosa (2011), o temor pela desassistência esteve presente antes da aprovação da Lei Federal nº 10.216/2001, sendo representado pelo projeto de Lei do Senador Lucídio Portella. Atualmente esse temor persiste entre os familiares, fazendo com que muitos adotem uma postura contrarreformista.

“Depois que tirou os leitos? Virou uma bagunça porque tiraram os leitos mas não deram condições pra se continuar o tratamento [...] Fazer espaço, fazer lugar pra terapia, contratar profissionais, então eles simplesmente jogaram pras famílias. Porque primeiro as famílias jogavam pro hospital e agora jogaram pras famílias” (F5).

“Tem uma comparação bem interessante é igual à cura da lepra, trocaram o nome chamaram a lepra da hanseníase aí a lepra desapareceu. [...] Então tiraram esse, esse entre aspas maluco, de louco, disso, daquilo, tiraram hospital psiquiátrico e tal, apagou assim tipo. Não existe mais, agora é transtorno mental que é chique, mas daí jogaram dentro das famílias e dão mal e porcamente os remédios lá no posto” (F6).

“A Reforma Psiquiátrica eu achei que não devia ser da maneira como fizeram porque, eu vou te dar um exemplo, hoje se tiver um transtorno bipolar, ou esquizofrenia, ou autismo, no máximo eles pegam internado por vinte e cinco dias essas casas que ainda têm essas alas psiquiátricas. Vinte e cinco dias, depois pega o medicamento aqui ó, você é a mãe o pai, tá aqui agora é a tua responsabilidade” (PA).

Sendo assim, como apontado por Rosa (2005), o protagonismo familiar se constitui em um desafio, seja pela pouca aproximação das famílias com a Política de Saúde Mental e com os princípios da Reforma Psiquiátrica ou pelas dificuldades de envolvimento no campo político. Nesse contexto, as dificuldades de articulação da rede de proteção social e a falta de implantação de serviços necessários à Política de Saúde Mental, como leitos em hospitais gerais, levam as famílias a abraçarem uma postura contrarreformista, apoiando a manutenção dos hospitais psiquiátricos, mesmo que reconheçam esse espaço como violador de direitos.

O relato de F1 demonstra esse processo, pois a familiar já foi internada em um hospital psiquiátrico e demonstra profunda tristeza por esse tempo em sua vida, contudo, defende que esse local deve existir para casos de agressividade que saem do controle da família. Nesse sentido, ela relata:

“hoje eu entendo que me jogaram lá, me entupiam de remédio e arrumaram esse internamento pra mim lá. E eu fiquei lá porque quando alguém queria me tirar de lá, chegavam perto de mim, me faziam uma cara feia que era pra mim ficar quieta” (F1).

Essa defesa da manutenção dos hospitais psiquiátricos tem íntima relação com as dificuldades na implantação de serviços de saúde mental, como CAPS 24 horas ou Serviço Hospital de Referência, e da própria articulação e suporte entre as demais políticas sociais e de saúde. Sendo assim, o próximo tópico trará uma discussão mais ampla sobre a rede de proteção social do município de Toledo.

4.4.2 A relação com a rede de proteção social de Toledo/PR

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), expressa por meio da Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b), objetiva criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde da pessoa em sofrimento ou em transtorno mental ou que faça uso de substâncias psicoativas e de seus familiares, no âmbito do SUS, de forma a qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Para tanto, a rede se estrutura com equipamentos de atenção básica em saúde (Unidade Básica de Saúde e equipe de atenção para populações em situações específicas e o Centro de Convivência), de atenção especializada em saúde mental (CAPS), de atenção de urgência e emergência (SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24h, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde, entre outros), de atenção residencial de caráter transitório (Unidade de Acolhimento e Serviço de Atenção Residencial), de atenção hospitalar (enfermaria especializada em hospital geral e Serviço Hospitalar de Referência) e

de atenção nas Estratégias de Desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos). A partir dessa ideia de RAPS, a presente seção objetiva discutir a relação das famílias e dos trabalhadores de saúde mental com essa rede, quanto aos serviços hospitalares, aos de atenção de urgência e emergência, aos serviços especializados, aos serviços de atenção básica em saúde e com as demais políticas sociais do município.

Como vem sendo especificado ao longo dessa pesquisa, o município de Toledo/PR, por muito tempo, teve como referência para internação o Hospital Psiquiátrico AFRIS em Marechal Cândido Rondon/PR. Com seu fechamento os usuários de saúde mental acabaram sendo encaminhados para outros hospitais no Paraná, ficando distantes da família, restringindo o fortalecimento de vínculos e o cuidado familiar, já que o município de Toledo/PR conta com o atendimento emergencial, mas não possui atenção hospitalar com reserva de leitos em hospital geral, tornando o atendimento da crise uma situação de difícil manejo para a Política de Saúde Mental e para as famílias. Esse processo faz com que, muitas vezes, as famílias coloquem-se favoráveis à manutenção e à ampliação dos antigos hospitais psiquiátricos, como observado na seção anterior, pois não encontram na rede o suporte necessário e satisfatório para o atendimento das crises.

“O CAPS é uma ajuda, é um caminho quando sai do hospital psiquiátrico sabe, pra fazer o tratamento, continuar o tratamento em casa com a família. É um caminho muito bom, mas é que nem eu te falei aquela história como que ó, entra um paciente lá no CAPS lá em surto, responde pra mim o que que vai acontecer? O que que vão fazer?” (F1).

“Sabe que o Hospital em Rondon fechou. Pra nós, que sou eu que na qualidade que botaram eu como presidente (da APFF CAPS) alí, eu tenho que ir atrás disso agora para eles não esquecerem de dez por cento das alas psiquiátricas quando inaugurar o hospital regional. [...] Dá uma recaída em casa vamos correr pra onde? Cascavel o hospital não funciona mais, Rondon tá fechado que era a nossa porta de saída” (PA).

“Se tivesse esses leitos lá, ou mais médicos, se tivesse prontidão pra atender quando necessitava né, precisa né. Então como eu falei, a gente espera, luta que eles (gestores públicos) vê esse lado também né” (F3).

A Política de Saúde Mental encontra-se em uma fase de “transição de modelos” – do hospitalocêntrico para o comunitário - e, por muito tempo, o hospital psiquiátrico tomou o lugar de mediador entre a família e o Estado no cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico. Nesse sentido, apesar de o hospital psiquiátrico convencional ser um real ou potencial violador de direitos, frente ao temor pela desassistência, torna-se uma alternativa possível para as famílias que acreditam ser “pior sem ele”. Essa resistência de alguns grupos familiares, por desconhecimento da proposta da Reforma Psiquiátrica, pela dificuldade de

compreensão sobre a extensão e os benefícios das mudanças em curso ou pela vivência da falta de estruturação da rede, ocorre em “função das sobrecargas vivenciadas pelos mesmos no ambiente doméstico e das próprias mudanças internas pelas quais vem passando o grupo familiar; por temor em terem que arcar sozinhos com o peso do cuidado ou por questões ideológicas e posicionamento político” (ROSA, 2013, p. 137). Sendo assim, o que se percebe na realidade pesquisada é que a maioria das famílias encontram no CAPS um espaço de referência para reabilitação psicossocial; por outro lado, parte dessas famílias posicionam-se no sentido da manutenção dos antigos hospitais psiquiátricos, pois não encontram respaldo na RAPS para o manejo de crises e, outra parte, ligada a APFF do CAPS e com maior envolvimento na reunião de familiares, defende tanto os hospitais psiquiátricos quanto buscam a efetivação dos leitos em hospital geral, buscando, no Estado, a proteção para os momentos em que necessitam de internação. Essa realidade reflete o contexto paranaense de diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, o qual não foi acompanhado pelo aumento de leitos e de alas psiquiátricas em hospitais gerais (CRP, 2011).

Ao longo das observações da Reunião de Familiares e da APFF do CAPS, essa postura híbrida de defesa dos hospitais psiquiátricos (como visualizado na fala dos familiares) e de luta para reserva de leitos psiquiátricos em hospital geral foi uma constante, especialmente após o fechamento do hospital AFRIS. A associação buscou articular-se com alguns vereadores do município, convidando-os para o debate na reunião mas não obtiveram sucesso, já que esses não compareceram, não enviaram nenhum representante e nem justificaram a ausência. Os familiares afirmam que o debate em torno do atendimento emergencial, especialmente no tangente à reserva de leitos, já foi travado com os representantes municipais, em reuniões na prefeitura e em contatos informais com vereadores, todavia, até o momento foram realizadas promessas sem resultados efetivos. Esse contexto demonstra a fragilidade da articulação política da APFF-CAPS, que reedita uma posição paternalista na busca por seus direitos, tentando garanti-los através da influência de representantes políticos como um “favor ou benesse”, ao invés de exercer seu controle social através dos mecanismos socialmente constituídos como os Conselhos de Direitos, Conferências ou na busca de apoio do Ministério Público.

“É que tem político que ele promete só na época de eleição, ele promete na época de eleição e chega na hora H dele ir atrás e ele não vai, não é de interesse” (PA).

“A gente vai começar a entrar na política um pouco, mexer com esses políticos mais né, e trazer volta e meia um pessoa pra dar uma explicação

que é municipal né! Eles devem comparecer lá e ver o que eles têm de oferecer a mais pra essas pessoas né” (F3).

“Um desses políticos, esses aí, vão começar a ter filho com, parente com transtorno, daí eles vão se preocupar quem sabe né. Mas é bem difícil, difícil, difícil! Não é muito fácil não, eu sinceramente, eu desanimei, eu desanimei. Eu tava tão cansada, eu larguei, eu não quero mais, por mim pode encerrar a associação (APFF CAPS)” (F6).

“Tem agenda aberta e a gente na reunião ali se inscrevia pra falar com prefeito e o secretário de saúde. Daí a gente falava e pedia os leitos, mas sempre a mesma coisa, vamos ver, vamos tentar, mas não sei o que, sempre ficou na mesma coisa” (F6).

Algumas famílias relatam que se sentem desfavorecidos em relação à atenção do Estado e de seus governantes quanto à Política de Saúde Mental, o que, muitas vezes, os desmotiva a continuarem lutando frente às várias negativas que enfrentam. O engajamento e debate político nas esferas institucionais apresentam muitos desafios, como “conflito, competição, ritmo de militância e cooptação política, em certas fases incompatíveis com os limites existenciais e psíquicos de usuários e familiares da saúde mental” (VASCONCELOS; RODRIGUES, 2013, p. 109). Além disso, o constante recuo do Estado frente ao provimento das suas responsabilidades, especialmente em relação às políticas sociais, repercute nas famílias, tanto em relação às responsabilidades que assumem quanto no que concerne aos embates e à busca por melhorias no sistema protetivo junto ao Estado. Porém, como apontado por algumas famílias do CAPS de Toledo/PR, esse debate político não está sendo construtivo para a Política de Saúde Mental, devido à indiferença dos gestores públicos que foram procurados.

Além das dificuldades relatadas quanto ao acesso ao atendimento hospitalar, as famílias também apontam entraves em relação aos atendimentos de urgência. Essas indicam que, em alguns momentos, vivencia-se o despreparo para o atendimento do sujeito em sofrimento psíquico em crise no atendimento emergencial, que pode estar relacionado às condições objetivas e subjetivas para a realização do atendimento, como falta de profissionais e de atendimento humanizado, por exemplo.

“Chegar um paciente lá nesta situação (em surto), que nem acontece de os bombeiros ir buscar na casa, chega lá algemado, amarrado em uma camisa de força e daí. Que que o CAPS vai fazer?” (F1).

“Eu fiquei sexta, sábado e domingo com ela no hospital (UPA) porque tinha que passar um psiquiatra. [...] Talvez, tudo é talvez sabe? Aí você fica sexta à noite, sábado, domingo o dia inteiro, você não sabe nem se o médico vai passar. Daí na segunda-feira de manhã eu tirei de lá, daí eu levei ela pro hospital que era particular. Daí no hospital particular eles falaram: "Não, o psiquiatra passa hoje depois das sete". Aí me deram uma certeza. [...] É bem

difícil (na UPA), aí eu fui lá "viu moço, enfermeiro, minha mãe toma remédio pra dormir. É, tem como medicar ela?". "Como que ela toma um remédio pra dormir e você não traz remédio?" Uma maior ignorância. "Sim moço, se ela tá porque ela tomou tudo os remédios dela, como é que eu vou trazer os remédios? Como é que eu vou saber se eu posso dar remédio pra ela?" [...] Daí foi indo eles foram lá, "daí agora vou ter que achar um médico pra assinar isso aqui, pra poder liberar medicação pra ela" aquela ignorância sabe? Daí ainda bem que apareceu uma médica lá, eu já agarrei ela falei: "pelo amor de Deus, assina isso aqui" (F4).

A resistência no atendimento de emergência do sujeito em sofrimento psíquico em crise, ou ainda, o uso de métodos que foram costumeiramente utilizados pelos hospitais psiquiátricos - como, por exemplo, a imobilização mecânica, utilizada como punição – e, primordialmente, as lacunas da RAPS para atendimento dos usuários em crise, têm como consequência o encaminhamento para o hospital psiquiátrico. Portanto, as dificuldades de aceitação do fechamento dos hospitais psiquiátricos no Brasil, especialmente por parte da população atendida por essa rede, relacionam-se, em grande parte, à ineficiência dos serviços de suporte à crise, o que acaba por reforçar socialmente a ideia da necessidade de manutenção dos manicômios (DIMENSTEIN et al, 2012).

Em relação ao suporte nos momentos de crise, Ferigato, Campos e Ballarin (2007) afirmam que a intervenção deve ser imediata e que a concepção sobre o que significa uma crise e as formas de ação quando ela ocorre, nem sempre é a mesma entre a equipe técnica, o paciente e os familiares; esse entendimento perpassa aspectos afetivos e práticos, muitas vezes contrastantes. Todavia, o que esses autores afirmam é que, no atendimento de uma crise, é fundamental que essas pessoas se perguntem a quem, de fato, eles estão atendendo: “se estamos contribuindo para que o sujeito, num estado de profundo sofrimento, possa causar um desvio em sua vida ou se estamos respondendo aos ideários sociais de ordem, aos conceitos ortodoxos de saúde e aos protótipos de normalidade” (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007, p. 43). Nesse sentido, o que os autores reforçam é que a crise remete a algo do sujeito, ela não é apenas um corte arbitrário na sua história de vida, mas também uma possibilidade de abertura para algo novo, de ressignificação dessa história, situações essas que podem ser vivenciadas se o manejo e a acolhida desse processo de crise permitirem (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Ainda em relação à RAPS, percebe-se, no município, um vazio em relação ao atendimento em saúde mental direcionado à criança e ao adolescente; cogita-se a possibilidade de abertura de um CAPSi, mas tal possibilidade ainda não se concretizou. Essa conjuntura leva ao atendimento esporádico, pontual e inespecífico no CAPS que é objeto de análise dessa pesquisa, ou em outras instituições não-governamentais, como a Associação dos

Familiares e Amigos dos Autistas – VIDA, demonstrando a tendência histórica brasileira de resolver, na esfera privada, as questões da esfera pública (ALENCAR, 2010).

“Na verdade ele precisava de um psiquiatra infantil, mas não tem pelo SUS [...]. Pra começo tinha que ter o infantil, que eles dizem que ia abrir ali né, o CAPS infantil, mas não abriu” (F2).

A pesquisa sobre a atuação dos psicólogos no CAPS, realizada pelo CREPOP (CFP, 2013), demonstrou que os principais problemas identificados por esses profissionais, em relação aos serviços, era a ausência de políticas e de normativas locais (Estaduais e municipais), a falta de investimentos nos CAPS e na Política de Saúde Mental de maneira geral e a ausência da RAPS ou a falta de articulação adequada da rede. A pesquisa apontou ainda para uma inconsistência entre os princípios da Política de Saúde Mental e a prática efetiva nos serviços, com uma atenção focada predominantemente na figura do médico, tensões entre a abordagem psicossocial e a busca por uma abordagem clínica e, até mesmo em virtude da conjuntura da rede, em alguns lugares o atendimento em saúde mental ainda ficava restrito ao espaço do CAPS, “aprisionando” as ações no “interior” do serviço. Essa realidade, que expressou a realidade de vários CAPS do Brasil por meio da consulta pública de 338 psicólogos e gestores que tiveram acesso ao documento, reforça muitos das discussões travadas até o momento nessa dissertação, inclusive a necessidade de uma rede mais estruturada para que o CAPS não acabe se tornando um serviço isolado na atenção do sujeito em sofrimento psíquico e das suas famílias.

Apesar dos familiares terem uma boa referência em relação ao CAPS estudado e mostrarem-se, em sua maioria, satisfeitos em relação ao serviço prestado pela instituição, esses referem insatisfação quanto ao atendimento prestado pelo SUS de modo geral, tanto para o sujeito em sofrimento psíquico como para a família.

“Se você dormir ali no posto você consegue uma consulta, nem sempre, mas consegue, certo? Que nem ele agora começou a fazer um tratamento lá na CISCOPAR também, esse tratamento que ele começou a fazer lá na CISCOPAR demorou quase três anos” (F1).

“Porque é pra esperar, esperar na fila sabe? Só que eu já fui muito atrás sabe, já estou cansada de ir atrás já. [...] A saúde está uma vergonha no Brasil inteiro, ainda mais o SUS” (F2).

“Os joelhos tá tudo inflamado né, e é uma coisa assim que pelo SUS demora. Ó quanto tempo que ela tá esperando por essa aplicação né, muito tempo e ela fica assim (com dor)” (F7).

“Falta dinheiro pra medicamento, falta pra contratar médicos e falta pra equipamentos. Fica essa porcaria que tá aqui, a própria UPA aí é Unidade de Pronto Atendimento só no nome” (PA).

Esse conjunto de insatisfações em relação ao atendimento prestado pela política de saúde, como a demora para atendimento e a falta de acesso a algumas especialidades e procedimentos, fazem com que algumas das famílias entrevistadas, busquem o atendimento de saúde pela via do mercado, ou seja, por meio de planos de saúde.

“Tem o SUS, tem é a regional né, que tu pode ir atrás que também trata né. Mas tem daí tudo aquele tempo de correr atrás, da carência enfim, de até conseguir uma consulta né. Mas tem, eles indicam né que a pessoa pode também né. Mas como vem ao caso, nós temos outros planos né, que ajuda. [...] Ela vem se tratando com cinco médicos né” (F3).

“Então o uso do SUS é o medicamento e o psiquiatra. O resto eu tenho que pagar o convênio pra poder ter acesso, porque eu não trataria ele, ele não estaria o que ele está hoje, se eu não tivesse pagado o convênio, se eu não pudesse pagar. Mas eu abri mão de muita coisa na minha vida pra pagar esse convênio” (F5).

Retomando o que postula Santos (2014), um dos grandes desafios do SUS é o repasse de recursos para dar sustentação a essa política e a sua privatização. A forma de organização e de gestão da Política de Saúde acabou privilegiando o mercado e os direitos do consumidor, em detrimento dos direitos humanos. As famílias, que não encontram suporte no Estado, gerido por uma lógica minimalista em relação às políticas sociais e extremado em relação à política econômica; quando possuem recursos recorrem ao mercado por meio dos planos privados de saúde e, os que não podem pagar, buscam em uma Seguridade Social precarizada o acesso aos direitos legalmente constituídos.

Além da RAPS, os serviços de saúde e de saúde mental devem estar articulados com as demais políticas sociais, propiciando um atendimento em rede integrado, que garanta que o Estado está exercendo a proteção social aos sujeitos e às famílias, para que essas também possuam condições para o exercício de sua função protetiva. Contudo, ao serem questionadas sobre o acesso a outras políticas sociais, a maioria dos entrevistados referem acesso apenas à política de saúde e, em relação às outras políticas sociais, trazem relatos acerca das dificuldades sobre esse acesso e permanência.

“A nutricionista lá do CISCOPAR deu uma cartinha né, fazendo uma pedido né pra ele fazer né, uma hidrogenástica né na água, pra mim ir aqui no Centro da Juventude. Só que isso alí não tem pra idade dele. Poxa, na verdade o caso dele seria um caso específico, será que era tão difícil abrir uma exceção?” (F1).

“Na escola ele está na vaga. Na escola agora, a fono da escola parou com ele. Ele estava três anos lá na equoterapia, estava na hidro ginástica, agora está tudo parado” (F2).

“Não frequentamos nada além do CAPS” (F3).

“Aonde que ela vai mesmo é nos postos de saúde e lá no CAPS” (F7).

As dificuldades de articulação do CAPS com a rede de proteção social também foi apontada por Campos e Baccari (2011), ao avaliarem os CAPS sob o olhar dos técnicos e auxiliares de enfermagem, os quais indicaram dificuldades na relação do serviço com a rede, tanto no sentido de a equipe sentir o equipamento como pertencente à rede de atendimento quanto em relação à abertura da rede para encaminhamentos do serviço. Em outra pesquisa realizada por Queiros e Delamuta (2011), nesse caso com técnicos de nível superior de um CAPS de Campinas, ficou evidenciada a necessidade de um atendimento integrado à rede, pois cada usuário necessita de serviços distintos que não podem ser supridos unicamente pelos CAPS. Para que esse processo aconteça faz-se necessário a melhoria dos serviços de saúde e dos processos de comunicação entre esses que, até o momento, “andou pouco mais do que do campo da ideia” (QUEIROZ; DELAMUTA, 2011, p. 3611).

No CAPS de Toledo/PR, esse contexto de dificuldade de acesso às políticas sociais e de uma efetiva articulação da rede, tendo em vista os relatos das famílias, reflete-se no seu posicionamento contrarreformista, expresso, principalmente, na manutenção dos hospitais psiquiátricos e nos limites de compreensão sobre a possibilidade de estruturação do atendimento em saúde mental de outra forma, conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, o CAPS passa a ser a figura central e, em alguns momentos, quase única de atendimento ao sujeito em sofrimento psíquico e sua família, fator que emperra as possibilidades de reinserção social desses sujeitos e de reabilitação psicossocial.

Apesar do CAPS ser o serviço indicado para articulação da rede de atenção psicossocial, o que se percebe nos relatos dos trabalhadores de saúde mental é que os limites são grandes para que esse processo de concretize. Desse modo, as reuniões de matriciamento são um instrumento importante para a articulação entre os serviços especializados e a atenção básica em saúde, sendo que, de acordo com as técnicas, esse processo é realizado pelo médico psiquiatra do serviço uma vez ao mês. Todavia, o envolvimento do CAPS com os demais serviços da rede encontra-se prejudicado e necessita avançar.

“Então tem esse atendimento de um modo geral (nas demais políticas sociais). [...] Então eles estão tendo esse acesso dentro da medida que eles estão procurando, alguns um pouco menos do que necessitariam de atendimento” (T1).

“A gente tem essa abertura mas acho que poderia melhorar bastante ainda, eu acho que a gente não pode falar num trabalho em rede hoje, a gente tá iniciando um trabalho em rede, digamos assim né” (T1).

“Não, eu acho que rede, de alguma forma não! [...] Eles vão (usuários nas demais políticas), eles vão. Eu sei lá como é que são recebidos, não sei, não sei te responder” (T2).

De acordo com Rosa (2009), tanto uma ala do Movimento da Luta Antimanicomial quanto a Associação Brasileira de Psiquiatria tecem críticas em relação aos “espaçocentrismos” ou “capscêntrismos”, compartilhando da ideia de que um modelo de atenção em saúde mental centrado exclusivamente nos CAPS não é capaz de efetivar o pressuposto de reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Entretanto, se de um lado o MNLA postula a democratização dos espaços públicos, lutando por um modelo de atenção focado na atenção básica e na extinção dos manicômios, de outro, a Associação Brasileira de Psiquiatria ressalta a importância de manter os hospitais psiquiátricos, defendendo uma atuação focada na figura do médico, da medicação e da internação, que não deixa de ser importante em alguns momentos, mas que devem ser acompanhadas de outras estratégias que contemplem o trabalho em equipe e a reinserção social. Esses embates demonstram a densidade e as divergências ocorridas no processo da Reforma Psiquiátrica, colocando vários desafios e interrogações sobre os caminhos e as possibilidades para essa política. Contudo, um ponto em comum emerge desse debate, a certeza de que o CAPS não pode ser o único mecanismo de atenção e de reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, sendo necessária uma rede articulada e integrada para a realização desse processo, fator cada vez mais escasso “tendo em vista a regressão da universalização das políticas sociais, o avanço do ideário neoliberal e o refluxo dos movimentos sociais” (ROSA, 2009, p. 8).

Nesse quadro de dificuldades de estruturação da RAPS e de articulação dos CAPS com os demais serviços da rede, visualizado no município de Toledo/PR, o acesso das famílias ao sistema protetivo torna-se restrito. Além disso, o Ministério Público, que é um dos órgãos que poderia atuar para que os direitos legislados sejam efetivados, ou mesmo ser um espaço de apoio para formação de conselhos comunitários que possam assistir e orientar as famílias, conforme previsto na Lei Estadual nº 11.189/95 ou recomendado na II CNSM, também apresenta relação limitada com o CAPS pesquisado, conforme relato das trabalhadoras que fizeram parte da pesquisa.

“Nós tivemos um momento que veio o promotor aqui pra falar conosco, com os familiares na verdade, em uma reunião de família sobre a questão da interdição. [...] Fora isso assim quando que a gente tem o contato realmente? Quando vem alguma determinação deles em termos de atendimento, alguma solicitação a gente orienta em algumas situações os pacientes: ‘olha, você sabe que se você não tem essa via você pode ir na promotoria, você pode fazer a solicitação, você tem esse direito’. Então a gente trabalha nesse sentido, mas uma relação direta a gente não tem” (F1).

Portanto, apesar dos avanços galgados pela Política de Saúde Mental, com aumento crescente do número de CAPS e diminuição dos leitos e internação em hospitais psiquiátricos, conforme demonstrado no primeiro capítulo desse trabalho, o que se observou na realidade pesquisada é que a organização da rede para suporte da reabilitação psicossocial necessita avançar, evitando-se, assim, um “capscentrismo” da Política de Saúde Mental. Pelos relatos dos profissionais, o CAPS não está conseguindo desempenhar a função de articulador da rede, apesar de suas tentativas, especialmente por meio do matriciamento, dos diálogos estabelecidos no APSUS e da referência e contrarreferência de alguns casos; todavia, essas ações ainda são limitadas frente às necessidades do serviço e dos usuários. Ademais, o que esses sujeitos demonstraram em seus discursos é a falta de articulação do Ministério Público com os usuários e com o serviço na luta pela garantia de seus direitos, mostrando uma atuação restrita com esses atores. Sendo assim, torna-se necessário aprofundar o estudo dessa temática, investigando também a concepção dos sujeitos que fazem parte do Ministério Público sobre seu envolvimento com a Política de Saúde Mental, questão que fica aberta para futuras investigações.

Nesse contexto, as famílias assumem as consequências perante as dificuldades das políticas sociais em proverem efetiva proteção social. Essas acabam encontrando no CAPS um ponto de referência e respaldo para suas situações; contudo, seu acesso às demais políticas é restrito e a falta de um respaldo mais consistente contribui para o temor e para vivências de desassistência. Dessa maneira, mesmo que algumas dessas famílias busquem articular-se para lutar pela garantia de seus direitos, os empecilhos que enfrentam no âmbito político, a falta de articulação com o Conselho de Saúde, de conhecimento em relação à Política de Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica e as condições objetivas em que se inserem, dificultam, em larga medida, suas possibilidades de protagonismo. Apesar disso, o CAPS estudado é o único do município que até o momento conseguiu, junto aos seus usuários, constituir uma associação em busca de melhorias na Política de Saúde Mental e na garantia de direitos do usuários. Sendo assim, a próxima seção trará, de forma mais específica, como a APFF-CAPS está organizada e em que medida ela pode se constituir em um espaço para exercício do protagonismo familiar.

4.4.3 O protagonismo familiar e a Associação de Pacientes, Familiares e Funcionários do Centro de Atenção Psicossocial

A APFF-CAPS é uma entidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sendo declarada de utilidade pública pela Lei Municipal “R” nº 133, de 06 de novembro de 2013. Conforme relatos de membros da associação, essa era uma demanda antiga dos familiares envolvidos na Reunião de Familiares e dos trabalhadores de saúde mental do serviço, especialmente os mais envolvidos com o atendimento das famílias. A ideia foi amadurecendo e, a partir dos debates travados nas Reuniões de Família, os usuários e os trabalhadores do CAPS buscaram apoio junto à colaboradores para dar início à parte burocrática, já que não dispunham de recursos para tal feito, como pode ser observado na fala de T1:

“A associação foi pensada, organizada, acho que junto com os familiares. Foi uma discussão que veio nas reuniões de família, um dos frutos da reunião de família né, que era algo que vinha assim há muito tempo: ‘ah a gente tem que ter associação pra poder mexer, pra melhorar, pra pensar em outras coisas e tal’. Então foi aí que surgiu a sementinha e então sentamos e fomos montando o estatuto, e aí os familiares: ‘olha eu posso ajudar a montar, organizar’, daí um foi atrás de contador pra fazer a contabilidade, um foi atrás de advogado pra assinar sem custo. Então assim foi, um porque não tinha recurso nenhum pra gente iniciar né, então foi tudo nessa coisa assim um corre atrás disso um corre atrás daquilo, então a gente conseguiu montar a associação” (T1).

A instituição da APFF-CAPS foi o primeiro percalço enfrentado pelos usuários e pelos trabalhadores. Nesse sentido, apesar de ser evidenciado por Vasconcelos e Rodrigues (2013) e pela IV CNSM a necessidade do incentivo e do fortalecimento das organizações de usuários e familiares, no Brasil, para fortalecimento e continuidade da Reforma Psiquiátrica, o que se percebeu, na realidade pesquisada, é que o surgimento dessa associação dependeu em grande medida do desejo de alguns dos usuários e trabalhadores do serviço, que contaram com o voluntariado para sua instituição, evidenciando a falta de uma base sólida que possa dar sustentação e incentivar a criação da associação.

Pelo pouco tempo de funcionamento, a associação encontra-se, atualmente, em sua segunda diretoria, contudo, sua manutenção tem se manifestado com um caminhar trôpego. Cogitou-se, inclusive, o fechamento da APFF-CAPS, frente ao parco envolvimento dos usuários e trabalhadores do serviço e às dificuldades de articulação e desenvolvimento de ações dos participantes; todavia, perante às dificuldades que enfrentaram para instituírem a associação, os membros decidiram por sua manutenção por mais uma diretoria, não tendo certeza quanto à sua continuidade.

“Nossa associação está aí há dois anos e pouco já criada né. Passamos por uma diretoria, agora estamos com a diretoria nova mas assim, momento que ninguém está muito assim: ‘ah vamos, vamos, vamos, vamos’. Chegou o momento que a gente pensou inclusive de cessar, dar baixa na associação e parar sabe? Mas briga de dois anos mais pra gente conseguir efetivar isso né, agora de repente parar né” (T1).

“Daí qual seria a saída se eu não assumisse (como presidente)? Pela conversa que tava alí é, ia dissolver a associação. Daí ia acabar num projeto que nem começou, falar bem a verdade” (PA).

A APFF-CAPS é uma associação mista, da qual fazem parte pacientes, familiares e funcionários, fundada em 2013, que cobra uma taxa simbólica dos associados, de R\$ 2,00, para sua manutenção, e que está ligada desde a sua criação ao CAPS. Não percebeu-se ao longo da pesquisa a presença de membros com alguma caminhada no movimento antimanicomial ou na reforma psiquiátrica. As reuniões são parcas e espaçadas, sendo que, no semestre da coleta de dados, apenas uma ocorreu. A associação não chegou a desenvolver, ainda, qualquer atividade ou projeto específico e, dentre as famílias entrevistadas, perceberam-se algumas fragilidades em relação ao entendimento dos objetivos e às ações relacionadas a APFF-CAPS.

Quanto aos membros da associação, observou-se que boa parte das famílias assíduas à Reunião de Familiares fazem parte da diretoria da APFF-CAPS; são, em sua maioria, pessoas em idade avançada, que também necessitam de assistência e de cuidados; estão aposentados, dispondo de certo tempo e de recursos para dedicarem-se a tal atividade; e não apresentam predominância de gênero, sendo que o número de homens e mulheres é semelhante, o que demonstra uma realidade diferente da maioria das pesquisas, em que a preeminência da participação se dá pelo sexo feminino. Na única assembleia realizada ao longo do período da coleta de dados, observou-se que apenas um paciente e um dos trabalhadores do CAPS estavam presentes. Vale ressaltar que mesmo a assembleia sendo aberta à participação, ter ocorrido no período noturno e a associação contar com uma média de oitenta associados, o envolvimento de todos os sujeitos que fazem parte do serviço – trabalhadores e usuários – é parco. Alguns relatos demonstram a dificuldade em articular tanto os membros da associação quanto os demais sujeitos que compõem o serviço, sendo esse um dos pontos que influenciam nas dificuldades de mobilização da associação e de proposição de atividades e que levou os participantes a questionarem a possibilidade de encerramento da APFF-CAPS.

“É o mínimo de pessoas que se envolvem, inclusive aqui da... Porque o pessoal da equipe poderia participar, são poucos familiares também” (T2).

“Tu faz uma reunião vai dois ou três da diretoria e mais ninguém. Não vai família, pede, pede, não vai ninguém. Eles até pagam, um bom tanto lá eles pagam a mensalidade tudo, mas não participa.” (F5).

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). Esse contexto faz com que as iniciativas nesses espaços sejam tomadas, geralmente, pelos profissionais, pautados nas discussões e na cultura política que esses trabalhadores possuem. Esse processo é muito similar ao vivenciado no CAPS de Toledo/PR, já que o perfil dos usuários é próximo ao do relatado pelo autor e a dependência da associação em relação ao CAPS, e a um trabalhador de saúde mental de forma mais específica, ficou marcada ao longo da pesquisa.

Desse modo, Vasconcelos e Rodrigues (2013) apontam que o número de associações são pequenas se comparadas ao número de CAPS da Federação, além disso, algumas associações apresentam um perfil organizativo e uma consciência política mais avançada, contudo, o perfil mais comum é o de associação

[...] mista (usuários, familiares, e técnicos), fundada depois de 1992, criada a partir de e ligada a um CAPS, fortemente dependentes dele e de seus profissionais, com um funcionamento central baseado em plantão ou atendimento regular por técnico do CAPS e membro da associação, muitas vezes um militante do movimento antimanicomial ou de reforma psiquiátrica, com uma reunião quinzenal ou mensal, cobrando uma contribuição financeira quase simbólica (2 a 5 reais), apoiando a reforma psiquiátrica, expressando sua missão em termos da defesa dos direitos do usuário e familiar, e desenvolvendo pelo menos alguma oficina, projeto ou atividade de trabalho e geração de renda (VASCONCELOS; RODRIGUES, 2013, p. 108).

A partir das observações realizadas, percebe-se que os familiares que compõem a APFF-CAPS possuem forte vínculo com a trabalhadora de saúde mental que é membro da associação e auxiliou em sua fundação. Apesar de ela tentar incentivar a autonomia dessas famílias, decidindo em conjunto e colocando questões a serem pensadas de forma coletiva, os integrantes da associação mostraram-se dependentes dessa profissional em relação aos caminhos a serem trilhados pela associação, à condução da reunião, à vinculação da data da reunião à disponibilidade dessa profissional, ou seja, a atuação desses sujeitos em grande medida encontra-se atrelada às possibilidades dessa profissional em assumir uma liderança informal frente a essas famílias. Além disso, em vários momentos, questões da associação

misturam-se com questões da Reunião de Familiares, por se tratar basicamente dos mesmos integrantes e pelo fato de a assistente social que atua junto ao grupo de familiares ser a mesma que faz parte e que auxiliou na associação. Esses fatores reforçam a dependência da associação em relação ao CAPS, já que a APFF-CAPS não possui sede própria nem recursos disponíveis, utilizando-se do espaço e dos recursos do CAPS.

“Que precisa vem pro CAPS, cópia (xerox), algumas coisas. Uma parte a associação banca, outra parte se é possível a gente faz aqui pra evitar custos também. E a gente está tentando chegar no meio termo pra fazer a coisa funcionar realmente. [...] Pra gente tentar trabalhar, começar alguma campanha, fazer um, tentar montar um grupo de estudo, mas pra isso a gente precisa de um mínimo de condições para né. Então nós não temos sede, não temos caixa, não temos nada” (T1).

Como apontado por Rosa (2009), o assistente social é comumente identificado pelo restante da equipe do CAPS como o profissional que assume o trabalho com a família, evidenciando a tendência de maior dedicação a esse público no seu cotidiano interventivo. Essa realidade foi observada no CAPS estudado, sendo que, apesar de o assistente social não ser o único, é identificado como um dos principais trabalhadores que atua com as famílias dos usuários e, até o momento, o único a participar da diretoria e a ter uma ação mais contundente junto à APFF-CAPS.

O funcionamento da associação dá-se em reuniões esporádicas e, até o momento, suas ações consistiram em diálogos estabelecidos junto ao poder público, buscando melhorias para o CAPS e para a garantia de direitos dos usuários, e na mobilização dos membros na tentativa de cadastrar projetos para angariar fundos, já que os recursos da associação são escassos. O que se percebe, por meio das observações e das falas de alguns familiares que estão mais envolvidos com a associação, é a falta de confiança no grupo para realização de atividades ou até mesmo para promoção de ações para angariar fundos, complementado por sentimentos de isolamento e pela falta de apoio dos demais familiares.

“Fazer uma janta, arrecadar dinheiro, eu não tenho confiança. Porque acho que prepara tudo eles não participam, se não vão nem na reunião como que vai participar de um evento que você vai promover?” (F5).

“Uma associação dessa cria uma força enorme. Mas daí tem que criar mais associados, mais associados” (PA).

Outro fator que pode ser apontado é que essas famílias colocam como possibilidades de ações, caso consigam recursos, atividades e compra de materiais que estão relacionados à falta de recursos e ao apoio do poder público que, ao não prover o necessário para o atendimento desses usuários, coloca nas famílias a responsabilidade de provê-lo. Em reunião

da associação, a representante dos trabalhadores de saúde mental questiona os associados sobre sugestões para a redação de um plano de ação para incluir no projeto³⁹; os familiares afirmam que esse recurso deveria ser destinado à compra de materiais para as oficinas e à ampliação do espaço físico do CAPS. Por outro lado, a profissional sugere uma campanha para desmistificar e dar maiores informações à sociedade sobre o transtorno mental, sugestão que também é acolhida pelos associados por uma indicação da profissional; todavia, percebe-se que não parte dos usuários esse entendimento. Observou-se, assim, que a compreensão das famílias em relação aos objetivos e às ações da APFF-CAPS indicam uma tendência a suprir as faltas do Estado, frente às dificuldades de garantia dos direitos de seus familiares, resolvendo na esfera privada aquilo que a esfera pública não fornece.

“A gente frequentava essa reunião mensal e daí se discutiu lá que se fizesse uma associação, criasse uma associação e registrasse ela vinha recursos né, que isso ia ajudar muito de ter mais oficinais, ou colocar umas máquinas de costura na oficina pra quem quer trabalhar, ou até inclusive pra ajudar, um médico a mais coisa assim né, ou pra ter um lugar maior que a gente pudesse aumentar aquele espaço” (F3).

“A associação seria um benefício pra nós conseguir mais coisa pros nossos pacientes, mais benefícios, mais direitos, mais isso exigir os direitos. Só que eles não participam. [...] O objetivo da associação seria conseguir esses leitos, conseguir essa internação dos pacientes, lutar por esse direito que eles não querem mais oferecer” (F5).

“Tentar angariar fundos através de declaração de imposto de renda, ou melhorar as oficinas que já existem, ou proporcionar outras que estão faltando em tese né excepcionalmente, ajudar aquisição de algum medicamento, de algum equipamento, uma necessidade mais aguda de alguém, alguém que precisa em um contexto mais grave.[...] Se desejaria uma atuação política junto à secretária municipal de saúde, a universidade, existe uma legislação aí que prevê uma cota de leitos pra paciente de psiquiatria” (F6).

“Fundamos uma associação vinculada ao CAPS justamente pra eles (pacientes) venderem produto que eles fabricam[...], com a associação nós vamos arrumar agora verba nós vamos incentivar os próprios portadores a mexer com o computador [...], conseguir benefício BPC[...], remédio pra quem tem instrumental não pode ficar sem [...], ala hospitalar psiquiátrica para Toledo[...], incutirmos o pensamento dos portadores de instrumental que eles são úteis à sociedade, [...] contribuir em arrumar em medicamento e cursos para os familiares [...], tirar documentos” (PA).

³⁹ Os associados estão elaborando um projeto na tentativa de angariar fundos junto a entidades públicas e/ou privadas, que lançam editais periodicamente para repasse de recursos financeiros a organizações privadas, sem fins lucrativos.

Dos familiares que participaram dessa pesquisa, três não sabiam da existência da associação, fato que pode estar vinculado ao regime de atendimento, sendo dois deles do não intensivo e um do semi-intensivo, pois, como já apontado, sua relação com o serviço não é tão constante. Um dos familiares do regime intensivo sabia da existência da associação mas não tinha nenhum envolvimento ou maiores informações sobre seu funcionamento, além do pagamento da contribuição mensal. O restante dos pesquisados conhecem e tem algum envolvimento com a associação ou com a reunião de familiares, conseguindo identificar e nomear alguns objetivos para essa instituição. Como observado, esses familiares consideram que parte dos objetivos da APFF-CAPS seja angariar fundos para suprir as insuficiências do Estado, além da luta política para a garantia dos direitos que não estão sendo efetivados junto ao poder público, evidenciando o mix entre público e privado.

Conforme Carvalho (2010), “[...] o exercício vital das famílias é semelhante às funções das políticas sociais: ambas visam [a] dar conta da reprodução e da proteção social dos grupos que estão sob sua tutela” (CARVALHO, 2010, p. 267). Nesse sentido, percebe-se, no Estado mínimo e pluralista, uma clara ênfase em compor, com a família, estratégias, programas e projetos de proteção social. Portanto, diante do recuo do Estado em relação às suas responsabilidades, as famílias, no exercício da sua função protetiva, acabam assumindo essas responsabilidades na tentativa de oferecer um melhor atendimento ao seu familiar enfermo, ou mesmo, buscam se organizar para lutar junto ao poder público pela garantia desses direitos.

Quanto à concepção dos trabalhadores em saúde mental que participaram da pesquisa sobre os objetivos da APFF-CAPS, essa mostra-se de modo diferente e ampliado em relação à concepção demonstrada pelos familiares. Para esses trabalhadores pesquisados, os objetivos da associação estariam mais vinculados à desmistificação do sofrimento psíquico, à luta pelos direitos dos usuários, à fiscalização do serviço e à busca pela reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Em alguns momentos, a trabalhadora T2 também coloca a associação como uma parceira para oferecer ao CAPS os recursos que o Estado não vem suprindo, demonstrando que, frente às impossibilidades de acesso aos recursos, os trabalhadores acabam buscando, em outros espaços, os fundos necessários para o andamento do serviço.

É realmente trabalhar na desmistificação e auxiliar na reinserção dos pacientes com transtorno na comunidade de um modo geral. [...] Estamos buscando recursos pra realmente poder começar a fazer esse trabalho da associação e realmente chamar atenção para o que é o transtorno mental, quais são as possibilidades e as limitações dessas pessoas né. [...] Tem essa dificuldade também em relação a se inserir no mercado de trabalho, então de

repente fazer um trabalho mesmo no sentido de ter um acompanhamento diferenciado” (T1).

“Em princípio a associação vem pra garantir e eles também podem fiscalizar o nosso trabalho, reivindicar, é poder administrar doações, verbas que a gente poderia receber né. Que, por exemplo, [...] ela já pagou aqui o concerto de uma máquina de costura. Então vem como um auxílio naquilo que precisa ser agilizado com uma certa rapidez, que o serviço público a gente sabe que não funciona assim, tudo muito demorado. Então a associação vem como um apoio mesmo, eu acho, naquilo que a gente precisa com mais urgência e também pra discutir políticas, pra reivindicar, pra pedir um espaço melhor, pra ver se consegue dentro do H a ala psiquiátrica, que isso até é uma lei que existe há anos e nunca se conseguiu” (T2).

Ao questionar todos os participantes da pesquisa se os objetivos da associação estão sendo alcançados, os envolvidos são unânimes em afirmar que é uma instituição fundada há pouco tempo e que suas ações ainda estão restritas ao diálogo com representantes políticos sem muitos avanços além de promessas, não conseguindo, assim, efetivar os objetivos da APFF-CAPS. Alguns dos significantes que conferem à associação são “começando a engatinhar” (T1), “projeto que nem começou” (PA), “um corpo sem espírito, falta criar um espírito” (F6).

Algumas das dificuldades enfrentadas pela APFF-CAPS são o pouco envolvimento dos usuários e trabalhadores do serviço, as dificuldades em estabelecer uma articulação política e a falta de proximidade em relação aos princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental. Por outro lado, os usuários que com ela estão envolvidos, fazem alguns movimentos na tentativa de se articularem para a garantia de seus direitos. Passo importante nesse processo poderia ser sua representatividade junto ao Conselho Municipal de Saúde, já que nem a associação nem o CAPS tem representantes nesse espaço. Dessa forma, os associados vem buscando a garantia de seus direitos através do contato direto com políticos, esquecendo-se dos conselhos como instância fundamental no processo de controle social, como pontua T1 ao afirmar que:

“representação formal do CAPS não tem, nem da associação. [...] os familiares até falam: ‘mas tem reunião do conselho, precisamos ver, tem que ir participar’, mas eles não conseguem fazer esse giro” (T1).

Os familiares envolvidos na associação e os trabalhadores reconhecem que essa é uma das formas para se organizarem e lutarem para garantir seus direitos, afirmando que “a família junto é mais força” (F3), ou que “uma associação dessa cria uma força enorme” (PA) e que “a associação entraria assim como uma representação bem forte” (T2). Mas, apesar de reconhecerem a força que o coletivo pode ter no avanço das políticas sociais e na luta pela garantia de direitos, a maioria das famílias encara o protagonismo da família na Política de

Saúde Mental de forma individualista, focado no cuidado do sujeito em sofrimento psíquico e como busca pelo atendimento de suas necessidades, o que prejudica a luta coletiva em uma sociedade em que o individualismo exacerbado prevalece.

Nesse sentido, a familiar F1 coloca-se como protagonista frente à Política de Saúde Mental pois “toma postura”, indo atrás dos seus direitos e dos acessos que necessita; da mesma forma, F2 afirma que ser protagonista é cuidar e levar seu familiar ao CAPS. A familiar F4 coloca que a família precisa ser protagonista, “estar interagindo com tudo pra saber o que acontece, pra entender o problema” para cuidar melhor de seu familiar. Já a familiar F7 não sabe como a família poderia se posicionar frente à Política de Saúde Mental. Nesse sentido, esses familiares compreendem seu protagonismo como o cuidado e proteção do sujeito em sofrimento psíquico e a luta por seus direitos mais imediatos, sendo que um deles não consegue visualizar como seu protagonismo poderia se materializar.

No caso da família F5 e F6, esses compreendem a necessidade de envolvimento da família para avanços na Política de Saúde Mental, todavia afirmam que “falta envolvimento da família, de exigir, de cobrar. Mas adianta exigir? [...] Não adianta, não consegue, porque a crise política ela está de zero para baixo” (F6). Nesse processo, as famílias se desmotivam ou conformam-se com os acessos que têm, “dão graças a Deus de ter um médico que atende e passa remédio e têm o remédio, [...], porque eles já não tem mais força pra gritar queremos mais!” (F5). Contudo, apesar de reconhecerem a necessidade de um protagonismo familiar articulado e os limites que enfrentam para que isso ocorra, ainda assim compreendem seu envolvimento a partir dos seus interesses individuais, afirmando que “eu metia a cara, eu me envolvia, eu brigava, eu sapateava, eu fazia de tudo, agora que ele (paciente) está melhor a gente não está precisando tanto, a gente tem frequentado menos” (F5).

Contrastando com as demais opiniões, a família F3 compreende que o protagonismo familiar deva se dar a partir da luta conjunta, “é participando, é ajudando, é correndo, é ver as necessidades que precisa né. Porque só o CAPS em si, ou as pessoas que estão lá, não vão resolver sozinhos o teu problema” (F3).

A exacerbção do individualismo na sociedade capitalista é expressa por Sennett (2000), ao tratar da influência do “capitalismo flexível” na corrosão do caráter humano. A flexibilidade exigida pelo capitalismo representa o ataque à burocracia e à rotina cega, para tanto se exige um trabalhador ágil, aberto a mudanças rápidas e constantes, que assuma riscos e passe a depender menos das leis e de procedimentos formais. Essas exigências mudam o significado do trabalho e causam ansiedade, pois o presente e o futuro são incertos. Os vínculos estabelecidos no espaço de trabalho são frágeis, mudam constantemente, da mesma

forma, vincular-se às outras pessoas também é motivo de sofrimento, pois, em grande parte das vezes, significa desprender-se rapidamente.

Frente a isso, não ocorrem mais experiências partilhadas que criem um sentido de coletivo. Com a sociedade da rapidez, que administra o tempo para maior produtividade, em que o virtual ocupa cada vez mais o lugar o real, como se estabelece o que tem valor duradouro? Como se buscam metas a longo prazo na sociedade do imediatismo? No que se deve investir o tempo e os afetos? Essas questões demonstram as dificuldades de constituir um caráter ético, de investimento emocional, que adie a satisfação em busca de um objetivo futuro, expressando alguns dos limites para o estabelecimento de lutas coletivas (SENNETT, 2000).

A exacerbação do indivíduo, apontado por Sennet (2000), não está deslocada do contexto sócio-histórico em que esses sujeitos estão inseridos. A modernidade traz, em seu bojo, a contradição; a produção e os lucros aumentam, mas ficam concentrados nas mãos de poucos e a realidade da exploração do homem por meio do trabalho é escancarada, como uma mentira manifesta que não se preocupa em camuflar a contradição, mas a explicita como se ela não existisse. Esse processo faz parte de um contexto de mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais como: a minimização do Estado, a precarização do trabalho, o aumento da concentração de renda e da pobreza, entre outros, que alteram as formas de produção e de reprodução social das famílias e dos sujeitos na sociedade capitalista.

O sujeito, frente a esse contexto, vive a angústia constante. Sem garantias de futuro, vivencia o caos; não se reconhece mais como um indivíduo que faz parte de um coletivo, é levado a agir como máquina: frio, programado e indiferente, para assim galgar sucesso na sociedade do capital. Portanto, é o homem que se adapta ao ritmo da máquina e vira instrumento desta; investe na técnica, no saber pronto e nos manuais em detrimento do investimento nas relações humanas. A mercadoria deixa de estar à serviço das necessidades humanas e o homem passa a ter suas necessidades submetidas e controladas à vontade da mercadoria. Ocorre a “objetificação” do humano e de suas relações, que são cada vez mais instrumentais e menos afetivas e relacionais (LANE, 2012).

Assim, as famílias que fazem parte da APFF-CAPS não estão imunes a esse contexto, o que vai impactar diretamente em sua concepção de protagonismo e em como pode se dar a sua atuação nesse processo. Há, portanto, evidentes dificuldades para o exercício do protagonismo no CAPS de Toledo-PR. As famílias enfrentam limites para a sua articulação, fator perpassado pelo individualismo e pelas questões que o transtorno mental impõe ao contexto familiar. Algumas famílias, por meio da APFF-CAPS, buscam articular-se

politicamente para angariar avanços na Reforma Psiquiátrica no município, mas, apesar disso, frente às muitas negativas acabam esmorecendo e voltando-se à resolução de questões de cunho individual.

Portanto, as dificuldades do serviço e do Estado em prover um atendimento mais efetivo e a atual conjuntura capitalista repercutem na forma como a família vem exercendo e encarando seu protagonismo, que, conforme os resultados obtidos nessa pesquisa, restringem-se mais ao cuidado e à luta para garantia das suas necessidades mais imediatas, do que como articulação para avanços na Reforma Psiquiátrica.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa partiu do desejo de olhar para a família dentro da Política de Saúde Mental. A investigação em torno do protagonismo da família no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico abriu a possibilidade de pesquisar a forma como o CAPS e as famílias compartilham suas responsabilidades no tratamento do paciente com transtorno mental, as condições objetivas que as famílias possuem para o exercício do protagonismo, as condições objetivas que o CAPS encontra para o fomento desse protagonismo e, por fim, como esses atores compreendem e atuam na luta por avanços na Política de Saúde Mental no município de Toledo/PR.

Para construir essas análises fez-se necessário olhar para a Política de Saúde Mental e para o “lugar” que a família ocupa nessa política. Constatou-se, assim, que o processo de Reforma Psiquiátrica avançou consideravelmente ao propor a (re)inserção familiar e comunitária do sujeito em sofrimento psíquico. Nesse contexto, os CAPS foram adquirindo papel estratégico na articulação do território e no tecimento de redes, tornando-se um serviço de base comunitária central para os atendimentos em saúde mental. Para tanto, a Política de Saúde Mental vem avançando consideravelmente na criação de CAPS, por outro lado, encontra entraves na instauração de CAPS 24 horas e na articulação de uma rede de saúde mental que dê maior sustentação, principalmente no atendimento de urgências e de emergências, em especial na garantia de leitos psiquiátricos em hospital geral.

Analisar a atual conjuntura da Política de Saúde Mental deu subsídios para pensar as condições objetivas do CAPS estudado e a estruturação dessa política no município de Toledo. Além disso, foi a partir dessa construção que se fez possível compreender o “lugar” ocupado pela família na Política de Saúde Mental e as funções a ela delegadas/assumidas no processo de Reforma Psiquiátrica para, a partir daí, sustentar uma concepção de protagonismo familiar. Constrói-se, então, a ideia de uma ação protagonista da família que envolva o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico; a busca por conhecimento em relação à Política de Saúde Mental e ao transtorno mental; a família como usuária dos serviços de saúde mental, participante ativa do cotidiano desses serviços e a família como avaliadora dos serviços que acessa, sujeito político atuante na luta por avanços no processo de Reforma Psiquiátrica e na Política de Saúde Mental.

Nesse sentido, destaca-se que a família foi cada vez mais ocupando papel de destaque na legislação e principalmente nas Conferências de Saúde Mental, afinal, o envolvimento

familiar nos CAPS é fundamental, tanto para galgar avanços no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico quanto para a orientação e o amparo familiar para o exercício de sua função protetiva; já que, para que a família possa ser sujeito ativo e ter uma ação protagonista frente ao tratamento de seu familiar adoecido, também precisa ser amparada e acessar aos seus direitos.

Afinal, as condições objetivas e subjetivas, nas quais se inserem as famílias pesquisadas, influenciam largamente suas possibilidades de exercício do protagonismo. Uma das questões identificadas que interfere na ação protagonista da família é a relação do cuidador e do paciente com o trabalho. O contexto socioeconômico das famílias desse CAPS de Toledo/PR demonstra que os usuários, em sua maioria, apresentam baixa renda e baixa escolaridade; além disso, a prática do cuidado, em alguns momentos, leva o cuidador ou a abandonar seu trabalho ou a buscar trabalhos informais de baixa remuneração. Essa situação incide sobre a condição socioeconômica familiar, já fragilizada pelo processo de reestruturação produtiva e de flexibilização das relações de trabalho. Ademais, quando o familiar cuidador necessita acumular as funções de trabalhador e de cuidador, esse acaba por encarar o cuidado como um sobretrabalho, desgastando-se física e psicologicamente. Esse contexto dificulta o acesso da família a melhores condições de moradia, ao tempo dedicado à educação e ao lazer, às possibilidades de acesso à saúde e medicação, entre outros, que representam barreiras para a família ser contingente e ter maiores condições para ação protagonista.

A condição de acesso do sujeito em sofrimento psíquico ao trabalho formal também é dificultosa, apesar de mais da metade dos pacientes do CAPS se encontrarem em idade produtiva, o que demonstra fragilidades no processo de (re)inserção produtiva do sujeito em sofrimento psíquico. Nesse contexto, uma das estratégias utilizadas pelas famílias é o uso do benefício previdenciário, ou do BPC, como um dispositivo auxiliar na renda, valendo-se, por vezes, da interdição do paciente como um mecanismo perverso para acesso ao direito, o que implica a restrição dos direitos civis desse sujeito e no reforço à sua condição de incapaz e demonstra que o grupo familiar também pode se configurar como um espaço de violação de direitos.

As dificuldades da família em se tornar protagonista na (re)inserção social do sujeito em sofrimento foi identificada, principalmente, em relação à gestão dos benefícios previdenciários e às possibilidades de escolha desses sujeito no ambiente familiar em que, em alguns casos, ao paciente é negado o direito de eleger atividades cotidianas, como o que vestir ou comer, o que restringe suas possibilidades de autonomia.

Frente às dificuldades apresentadas, é fundamental o incentivo para a construção de cooperativas que promovam a inserção no trabalho e a geração de renda não apenas para o sujeito em sofrimento psíquico, mas também para os seus familiares, afinal, se o foco das políticas sociais é a família, essa deve ser envolvida, em sua totalidade, nas atividades ofertadas pelos serviços, e não apenas o indivíduo identificado como “problema”. As oficinas do CAPS, que hoje são direcionadas aos pacientes, iniciam esse processo, mas ainda há muito o que construir para que esses sujeitos possam ter um espaço onde produzam de acordo com suas singularidades e exercitem sua autonomia, não apenas na gestão dos recursos financeiros, mas principalmente nas escolhas e nas formas de gerir a sua existência.

O desafio para família se fazer protagonista perante à função de inclusão do sujeito em sofrimento psíquico, não é transpassado apenas pelos limites relacionados ao universo do trabalho, mas também o rompimento com o estigma e com a exclusão que envolvem o transtorno mental. As vivências de preconceito ficaram evidentes nas falas de todos os participantes da pesquisa, sendo vivenciado dentro do próprio núcleo familiar e na sociedade de modo geral. Além disso, até o momento, o CAPS enfrenta limites para a realização de um trabalho mais próximo à comunidade, para esclarecimento e desmistificação da “loucura”, sendo necessário avanços substanciais nesse sentido.

A família vivencia ainda a culpabilização pelas questões que envolvem o sofrimento psíquico, seja no seu espaço relacional (família e comunidade), ou por algumas políticas sociais que deveriam ser suporte para o exercício da função protetiva familiar. Por outro lado, não foi identificado no CAPS pesquisado esse processo de culpabilização, sendo esse serviço percebido pela maioria das famílias entrevistadas como referência e suporte para o cuidado cotidiano. A partir das entrevistas com os trabalhadores de saúde mental, percebe-se que esses compreendem os limites objetivos e subjetivos que as famílias enfrentam para uma ação protagonista dentro do CAPS, apesar de esperarem mais desses sujeitos. Muitas vezes, o sofrimento subjetivo ocupa espaço central no discurso dos familiares, em virtude das angústias vivenciadas na prática do cuidado, do aumento dos conflitos familiares, dos sentimentos de estresse e frustração perante à doença, do adoecimento do cuidador e, até mesmo, suscita sentimentos de incapacidade para um maior envolvimento e protagonismo junto ao CAPS.

Além dos limites vivenciados pelas famílias, as possibilidades de os CAPS atuarem de forma mais intensiva, propiciando espaços para que as famílias possam exercer seu protagonismo, são restritas frente às condições objetivas do serviço. Em contrapartida, os

espaços ofertados são pouco ocupados, o que também demonstra um empecilho na articulação entre CAPS e família, no exercício desse protagonismo.

Dentre os limites observados no CAPS estudado, pode-se citar: a falta de recursos para compra de materiais, buscando muitas vezes na comunidade e no voluntariado aquilo que o setor público não dá conta de prover; a falta de recursos humanos para um atendimento mais amplo, não apenas dos usuários mas de seus familiares e da comunidade, acolhendo a família como usuária do serviço e trabalhando com a sociedade no rompimento do estigma associado ao sofrimento psíquico; e a falta de um espaço adequado para o atendimento, que comporte fisicamente o público atendido e facilite seu acesso ao CAPS. Aparece, ainda, como uma fragilidade em relação ao CAPS, a rotatividade de seus funcionários, o que acaba prejudicando a constância das ações e a vinculação dos usuários. Por outro lado, o serviço ainda consegue sustentar um espaço onde esses trabalhadores possam aprofundar seus conhecimentos e discutir sua práxis, por meio da disponibilidade de um período na semana para estudos e reunião de equipe, o que se torna uma potencialidade do serviço e a possibilidade de um lugar para abertura de discussões relacionadas às funções da família e do CAPS no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico.

Identificou-se que, nesse CAPS de Toledo/PR, as atividades oferecidas estão, em sua grande maioria, destinadas ao sujeito em sofrimento psíquico, o que demonstra que, apesar das políticas sociais apregoarem que a política deve estar voltada para o atendimento familiar, ainda se atua com foco no individual, sendo a família um espaço que facilita o acesso do indivíduo ao serviço, mas que ainda não consegue ser trabalhada em sua totalidade. As atividades que são direcionadas para a família são o atendimento individual e a visita domiciliar, quando identificada a necessidade, e as reuniões de familiares, abertas para todas as famílias que fazem parte do serviço.

Perante a essa situação, os trabalhadores do serviço esperam que a política lhes dê maiores condições para o atendimento familiar, tanto no que tange a um maior esclarecimento na legislação federal do “lugar” ocupado pela família na Política de Saúde Mental quanto ao acesso das condições objetivas necessárias para a oferta de atendimento que possibilite um maior protagonismo da família. Dentre as atividades ofertadas para a família, a reunião de familiares se configura como o principal espaço de troca, de orientações e de acolhida desses sujeitos, apresentando-se tanto como um lugar para família informar a condição do sujeito em sofrimento psíquico como um espaço para se sentirem acolhidas em suas demandas, de modo que possam se apoiarem mutuamente e compartilharem saberes em relação ao cuidado de seu familiar enfermo.

Percebeu-se, ao longo da pesquisa, que as famílias que estão mais envolvidas com o CAPS (as que fazem parte do regime semi-intensivo e intensivo), protagonizando o espaço das reuniões e atendimentos, sentem-se amparadas pelo serviço. Em contrapartida, as famílias do regime não-intensivo, que frequentam o serviço para consulta médica, não se sentem seguras e orientadas para o cuidado de seu familiar. Conclui-se, assim, que é necessária a construção de estratégias conjuntas, entre CAPS e família, que deem conta de expandir os espaços de atendimento familiar, ampliando a inserção desses sujeitos como usuários do serviço, que necessitam de apoio e de sustentação para o exercício do protagonismo e de sua função protetiva. Esse caminho precisa ser construído coletivamente, pensando em estratégias que fortaleçam o serviço, ao mesmo tempo em que busque alternativas para envolver mais ativamente as famílias, já que essas não vem ocupando os espaços a ela destinados.

Apesar de não ter sido observada uma maior participação da família no serviço, de acordo com os trabalhadores de saúde mental, quando procurada, ela se mostra contingente em relação ao cuidado de seu familiar enfermo e às demandas e orientações do CAPS. Nesse sentido, o serviço compreende a família como um recurso, como um espaço de cuidado e de convivência para o usuário. Ela também é vista como parceira do CAPS, ator imprescindível para a reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico, e como ator político, capaz de promover avanços na Política de Saúde Mental do município e no CAPS.

Já as famílias compreendem sua função no CAPS como um recurso, tanto para o CAPS quanto para o paciente, tendo dificuldades em apontar outras formas de inserção. Além disso, o que essas famílias buscam no serviço, como forma de compartilhar a responsabilidade pelo tratamento do paciente com o CAPS e de se sentir acolhida em suas demandas, em muito está relacionado ao seu regime de atendimento. Assim, é necessário que o serviço estenda seu olhar para as famílias do regime não-intensivo, que, nessa pesquisa, explicitaram não se sentirem amparadas pelo CAPS para o exercício de sua função protetiva.

Portanto, o CAPS enfrenta dificuldades em estender seu atendimento para além do sujeito em sofrimento psíquico, identificando-se poucos espaços onde a família possa estar inserida. Por outro lado, a família não ocupa os espaços ofertados pelo CAPS, compreendendo seu protagonismo mais como um recurso para o serviço e para o paciente, no sentido de cuidado e de acolhimento.

Diante disso, percebe-se que as famílias do serviço vêm enfrentando desafios para se colocar como protagonista no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, o que suscita outras questões como: qual o suporte da rede para que esse protagonismo seja fortalecido? Como esses sujeitos podem se articular para que a Reforma Psiquiátrica avance perante o

contexto em que estão inseridas? Como a família pode ser protagonista no processo político, já que não consegue encará-lo para além do cuidado doméstico de seu familiar enfermo?

Ao longo da pesquisa, constatou-se que as famílias não conseguem nomear os seus direitos em relação à Política de Saúde Mental e elencam seus deveres no cuidado e na proteção de seu familiar, percebendo os direitos dos usuários, mas não se incluindo nesse processo. Além disso, o conhecimento restrito em relação à Política de Saúde Mental e aos seus objetivos refletem na forma como essas famílias compreendem o processo de Reforma Psiquiátrica, ou seja, pautados em uma postura contrarreformista.

A falta de uma RAPS que dê maior sustentação principalmente nos momentos de crise, com reserva de leitos psiquiátricos em hospital geral próximo a essas famílias, associados a falta de articulação da rede de proteção social, faz com que muitas famílias adotem uma postura contrarreformista, atuando em defesa dos hospitais psiquiátricos como único recurso possível para atendimento do sujeito em sofrimento psíquico. Perante a essa conjuntura, o CAPS passa a ser a figura central e, em alguns momentos, quase a única no atendimento do sujeito em sofrimento psíquico e suas famílias, repercutindo na diminuição das possibilidades de reinserção social desses sujeitos e decaindo em um “capscentrismo”.

Nesse processo, os familiares envolvidos com a APFF do CAPS buscam garantir a efetivação dos seus direitos, como a reserva de leitos psiquiátricos em hospital geral e melhorias na estrutura física e em termos de materiais para o CAPS, por meio da articulação política. Todavia, o retorno que receberam até o momento são promessas, sem resultados efetivos, o que acaba esmorecendo sua luta frente às várias negativas que enfrentam.

A APFF encontra ainda dificuldades de articulação e de apoio dos seus membros. A maioria das famílias participa com a contribuição mensal, mas, poucos são os que se envolvem no protagonismo político. As reuniões são espaçadas e os associados, até o momento, têm como ação o diálogo e a busca de apoio com os representantes políticos, não conseguindo desenvolver outras atividades. Além do mais, poucos são os sujeitos em sofrimento psíquico e trabalhadores de saúde mental envolvidos com a APFF, o que demonstra a necessidade de ação protagonista não apenas dos familiares. Por fim, percebeu-se ainda, junto a essas famílias, uma tendência em buscar suprir as faltas do Estado na garantia e na efetivação de direitos por meio da APFF, considerando como objetivos da associação angariar fundos para suprir a falta de recursos destinados ao CAPS pelo Estado.

Frente a essa conjuntura, é fundamental o apoio do Ministério Público que, pela fala dos participantes da pesquisa, vem sendo um parceiro pouco atuante, além disso, a representação da APFF junto ao Conselho Municipal de Saúde também é um passo

importante na articulação política e na luta por seus direitos e para os avanços da Reforma Psiquiátrica.

Por fim, não se pretende, com essa pesquisa, incorrer no erro de culpabilizar a família, que já encontra-se tão fragilizada pelas dificuldades de acesso aos seus direitos e a melhores condições sociais, econômicas e culturais. Sobre essas famílias incidem determinantes econômicos (como a baixa renda e a dificuldades de acesso ao trabalho), culturais (como a baixa escolaridade e o difícil acesso a atividades culturais e de lazer) e sociais (como o estigma e o preconceito relacionado ao sofrimento psíquico e às condições de precarização e de flexibilização do trabalho impostas pela sociedade capitalista). Nesse contexto, as famílias exercem seu protagonismo em relação ao sujeito em sofrimento psíquico dentro das suas possibilidades, ou seja, direcionado mais para um cuidado desse sujeito no âmbito doméstico, do que por uma luta para garantia de direitos, ou à dedicação a um espaço de estudo da política ou de envolvimento no serviço como usuários, que necessitam ser amparados e orientados para o exercício da sua função protetiva.

Por outro lado, também não cabe aqui proceder uma culpabilização dos trabalhadores de saúde mental, esses também sofrem com a retração do Estado, com a falta de recursos, com as dificuldades colocadas para articulação de uma rede de proteção social e com os limites objetivos para um exercício profissional mais ativo em relação a essas famílias. Todavia, fica aqui registrado que, além do protagonismo da família, é necessário olhar para o protagonismo dos trabalhadores de saúde mental, dos serviços de saúde e das demais políticas sociais da rede de atendimento, do Ministério Público, dos Conselhos de Direitos, ou seja, dos atores que devem se articular, cobrar em conjunto com essas famílias os avanços necessários para a Reforma Psiquiátrica e se engajar nessa luta.

Como vem sendo apontado nos debates em relação à Reforma Psiquiátrica, é necessário incentivar as organizações de usuários, de trabalhadores e de familiares na luta por seus direitos e para sua ação protagonista, todavia, o que foi constatado é que sem sustentação e apoio essas associações pouco conseguem avançar e os envolvidos esmorecem no meio da caminhada, o que favorece, muitas vezes, as posturas contrarreformistas apontadas ao longo dessa dissertação e o desamparo da família frente a uma rede não estruturada, repercutindo diretamente nas possibilidades de reinserção social do sujeito em sofrimento psíquico. Nesse sentido, essa dissertação desvela algumas nuances da realidade da Política de Saúde Mental no município de Toledo/PR, a partir de um olhar para o protagonismo da família. Por outro lado, deixa em aberto questões que necessitam ser melhor exploradas em outras pesquisas, como o processo de estruturação da RAPS, a articulação entre os serviços da rede de proteção

social, o protagonismo dos demais atores envolvidos com a Política de Saúde Mental, entre tantas outras questões que emergem a partir de uma pesquisa.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil nos anos de 1990 e seu impacto no âmbito da família. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2010. p. 61-78.
- ALVES, P. A. L. **Vida social de usuários de um CAPS: a reconstrução de subjetividades**. 2011. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.
- AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. 3. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BEHRING, E. B.; BOSCHETTI, I. Política Social e método. In: _____. **Política Social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 205-226.
- _____. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BRASIL. **Constituição Federal (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988a.
- _____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988b.
- _____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União – Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 nov. 2015.
- _____. **Lei Orgânica da Assistência Social n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1993.
- _____. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- _____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS: o Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Lei Federal n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Brasília: 2006.

_____. **A banalização da interdição judicial no Brasil**: relatórios. Brasília: Câmara dos Deputados, Comissão de Direitos Humanos e Minorias, Coordenação de Publicações, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental – 2004 a 2010**. Edição XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental - Intersectorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU nº 247, de 26-12-2011, Seção 1, págs. 230/232. Brasília, 2011b.

_____. **Portaria GM/MS n. 131, de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental em Dados - 10**. Ano VII, nº 10. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Informativo Eletrônico. Brasília, 2012b. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/mentaldados10.pdf>> Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. **Portaria GM/MS n. 148, de 31 de janeiro de 2012**. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília: 2012c.

_____. **Resolução CNS n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 6583/2013**. Dispõe sobre o Estatuto da Família e dá outras providências. Brasília: 2013b. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1159761&filename=PL+6583/2013>. Acesso em: 01 dez. 2015.

_____. **Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento**: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA como lugares de atenção psicossocial nos territórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. **Portaria GM/MS n. 94, de 14 de janeiro de 2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei, no âmbito do SUS. Brasília, 2014a.

_____. **Legislação da Saúde Mental**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/802-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/11-saude-mental/12319-legislacao-saude-mental>>. Acesso em: 17 set. 2014.

_____. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)**. Portal do Governo Brasileiro: Portal da Saúde. Brasília, 2015a. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. **Observatório “Crack, é possível vencer”**. Portal do Governo Brasileiro. [S.l.], 2015b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES**. [S.l.], 2015c. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0405>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BRAZ, R. M. A família e os grupos de ajuda e suporte mútuos em saúde mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Manual ajuda e suporte mútuos em saúde mental**: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. p.149-168.

CARVALHO, M. do C. B. O lugar da família na política social. In: CARVALHO, M. do C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995. p.15-22.

_____. A priorização da família na agenda da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2008. p. 93-108.

_____. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família**: redes, laços e políticas públicas. 5. ed. PUC São Paulo: Cortez Editora, 2010. p. 267-274.

CARVALHO, I. M. M. de; ALMEIDA, P. H. de. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n.2, p.109-122, jun. 2003.

CAMPOS, R. O; BACCARI, I. P. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, vol. 16, p. 2051-2058, 2011.

CENTRO CULTURAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Publicações**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/pub_tesesdissertacoes.php>. Acesso em: 12 set. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de Ética do Assistente Social**. 1993. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Conselho Federal de Psicologia – Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ – CRP/PR. A estrutura no modelo substitutivo ao hospitalocêntrico. **Contato**, Curitiba, ano 12, n. 71, p. 22-28, set/out. 2011.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ – CISCOPAR. **Estatuto Social da CISCOPAR**. Toledo: 23 jan. 2014. Disponível em: <<http://www.ciscopar.com.br/Siteciscopar/Portal/Arquivos/estatuto5.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

COSTA, D. F. C. da; PAULON, S. M. Participação Social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 572-582, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2015.

COSTA NETO, P. L. O. **Estatística**. São Paulo: Ed. Edgar Blucher Ltda, 1977.

CRACK. **Dicionário Michaelis**. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=crack>>. Acesso em: 25 nov. 2015.

DELGADO, P. G. A força criativa da solidariedade e da busca de autonomia. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Manual ajuda e suporte mútuos em saúde mental**: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. p. 10-11

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

DIMENSTEIN, M. et al. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, vol 2, Número Temático, p. 95 – 127, 1. sem. 2012.

DUARTE, R. A. **[Re]tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental.** 2008. 175 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações sociais). Universidade Estadual de Minas Gerais: Divinópolis, 2008.

ENGELS, F. A família (caps. III). In: _____. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado.** São Paulo: Cantauró, 2002. p. 27-85.

III ENCONTRO NACIONAL DE ENTIDADES DE USUÁRIOS E FAMILIARES DA LUTA ANTIMANICOMIAL. Carta de Direitos dos Usuários e Familiares. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental:** para os participantes de grupos. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. p. 69-71.

ESCOREL, S.; ESCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005. p. 59-81.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Cebes, 2008. p. 385-434.

ESPERANZA, G. Medicalizar a vida. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea.** São Paulo: Via Lettera, 2011. p. 13-22.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. Atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP,** São Paulo, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FONSECA, M. T. N. M. Famílias e políticas públicas: subsídios para a formulação e gestão das políticas com e para famílias. **Pesquisas e práticas psicossociais,** v. 1, n. 2, São João del-Rei, p. 1-13, dez. 2006.

GAZETA DE TOLEDO. **Aprovada unidade de acolhimento do CAPSAD III em Toledo.** Toledo, 15 jun. 2014. Disponível em: <http://www.gazetatoledo.com.br/NOTICIA/5333/APROVADA_UNIDADE_DE_ACOLHI_MENTO_DO_CAPS_AD_III_EM_TOLEDO#.VYAkTlorh-w>. Acesso em: 20 abr. 2015.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, T. B. **O processo de valorização da família na política de saúde mental: beneficiária ou refém no contexto das mudanças estruturais contemporâneas.** Disponível em: <<http://www.mpce.mp.br/esmp/publicacoes/Edital-n-03-2012/Artigos/Tarcisa-Bezerra-Gomes.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2015.

HERMANN, A. **Motivos do fechamento do Hospital Filadélfia são apresentados à administração municipal rondonense.** Marechal Cândido Rondon, 2012. Disponível em: <<http://www.mcr.pr.gov.br/noticias/3516>>. Acesso em: 19 set. 2015.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 297-305, Jan./Fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000100036&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jan. 2015.

HORKHEIMER, M.; ADORNO, T. W. Família. In: _____ (Orgs.). **Temas básicos da sociologia**. São Paulo: Cultrix, Editora da Universidade de São Paulo, 1973. p. 132-150.

IAMAMOTO, M. V. Capital fetiche, *questão social* e Serviço Social. In: IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2014. p. 105-208.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico de 2010**. [S.l.], 2010. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/pt/>>. Acesso em: 20 jul. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. [S.l.], 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua/>. Acesso em: 20 jan. 2016.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno estatístico: município do Toledo**. IPARDES: fev. 2016. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85900>>. Acesso em: 20 fev. 2016.

IMPEACHMENT. Def. 1 pol. **Dicionário Michaelis**. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/ingles/definicao/ingles-portugues/impeachment%20_458025.html>. Acesso em: 25 nov. 2015.

JUCA, V. J. L.; NUNES, M. O.; BARRETO, S. G. Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p.173-182, fev. 2009. 2009.

KANTORSKY, L. P. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 1-9, Jan-abr. 2009.

_____. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 43, supl. 1, p. 29-35, ago. 2009.

_____. et al. Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1481-1487, Dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2015.

LANE, S. T. M. A psicologia social e uma nova concepção de homem para a psicologia. In: LANE, S. T. M., CODO, W. (Org). **Psicologia social: o homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2012. p. 10-20.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 105-116, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2015.

MALKI, Y. Voracidade, consumismo e frieza: a contribuição do esfacelamento da família para a impossibilidade de formação do Sujeito. **FACOM** (Revista da Faculdade de Comunicação da FAAP), n. 17, p. 27-34, 1. Semestre de 2007.

MAFTUM, M. A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná**. 2004. 200 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escolas de Enfermagem de São Paulo e Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia Alemã**. 2. ed. Trad. Luis Claudio de Castro e Costa. Martins Fontes: São Paulo, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDONÇA, T. C. P. de. As oficinas na saúde mental: relato de uma experiência na internação. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 4, p. 626-635, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2015.

MIOTO, R. C. T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 43-59.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1998.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43 Supl. 1, p.8-15, 2009.

NETTO, J. P. Cinco notas a propósito da “questão social”. **Temporalis**, Brasília, ano II, n. 3, p. 41-51, jan./jul. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA – WONCA. Sete boas razões para integrar a saúde mental nos cuidados primários. In: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA – WONCA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Portugal: Coordenação Nacional para Saúde Mental, out. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_primarios.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

PARANÁ. **Lei Estadual no 11.189/PR, de 9 de novembro de 1995**. Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de

cuidados com transtornos mentais. Curitiba, 1995.

_____. **Decreto no 9405, de 06 de março de 2015.** Institui o Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental – CISMEEP. Curitiba: 2015. Disponível em: <<http://www.legislacao.pr.gov.br/legislacao/pesquisarAto.do?action=exibir&codAto=136852&codItemAto=829240#829240>>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. **A rede de atenção à saúde mental no Paraná.** Secretaria de Saúde, Coordenação Estadual de Saúde Mental: abr. 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_-_NDS/Apresentacoes/2014/2_RO_CIB/5.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2015.

PAULA, K. V. S.; WADI, Y. M. **A saúde mental no município de Toledo – PR: a criação do Departamento de Saúde Mental e a instituição de programas e serviços de atenção psicossocial.** Disponível em: <<http://www.eaic.uel.br/artigos/CD/3653.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

PEREIRA, A. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Orgs.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos.** São Paulo: Cortez, 2006. p. 25-42.

QUEIROZ, M. S.; DELAMUTA, L. A. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do “Cândido Ferreira” em Campinas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, n. 8, p. 3603-3612, 2011.

ROCHA, S. V. et al. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 80-85, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2015.

ROSA, L. C. dos S. O cotidiano, as tensões e as repercussões do provimento de cuidado doméstico ao portador de transtorno mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 66, p. 28-37, 2004.

_____. 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.

_____; MELO, T. M. F. S. Inserções do assistente social em saúde mental: em foco o trabalho com as famílias. **Revista Serviço Social e Saúde**, UNICAMP Campinas, v. VII-VIII, n. 7-8, p. 75-106, dez. 2009.

_____. Política pública brasileira em saúde mental: cenários e atores no contexto neoliberal. In: **JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS**. 4., 2009, São Luís/MA. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIV/OLD/eixos_OLD/12.%20Impasses%20e%20Desafios%20das%20Políticas%20de%20Seguridades%20Social/POLÍTICA%20PÚBLICA%20BRASILEIRA%20DE%20SAÚDE%20MENTAL%20CENARIOS%20E%20ATORE.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2016.

_____. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica brasileira. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Manual ajuda e suporte mútuos em saúde mental**: para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. p. 134-148.

SAMPAIO, J. J. C. et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica- um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4685-4694, 2011.

SANTOS, É. G. dos; SIQUEIRA, M. M. de. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 jan. 2016.

SANTOS, N. R. dos. SUS: 25 anos profícuos de resistência e avanços possíveis. In: ROZZOTTO, M. L. F., COSTA, A. M. (Orgs.). **25 anos do direito universal à saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2014. p. 246-269.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.42, n.1, São Paulo: 2008. p. 127-134. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/69671?locale=pt_BR>: Acesso em: 07 abr. 2015.

SENNETT, R. Como o novo capitalismo ataca o caráter pessoal (Cap. 1). In: _____. **A corrosão do caráter**: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Tradução de Marcos Santarrita. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. p.13-33.

SITCOVSKY, M. Dez anos de governo do Partido dos Trabalhadores: pós-neoliberalismo, neodesenvolvimentismo, transferência de renda e hegemonia. In: **Praia Vermelha**: estudos de política e teoria social. v. 23, n.1. Rio de Janeiro: UFRJ. Escola de Serviço Social. Coordenação de Pós-graduação, p. 117-140, jan./jun 2013.

TOLEDO. **Sistema de Legislação Municipal**. Toledo, 2014. Disponível em: <http://www.toledo.pr.gov.br/sapl/generico/norma_juridica_pesquisar_proc?incluir=0&lst_tip_norma=&txt_numero=224&txt_ano=2006&lst_assunto_norma=&dt_norma=&dt_norma2=&dt_public=&dt_public2=&txt_assunto=&rd_ordenacao=1>. Acesso em: 12 nov. 2014.

_____. **Portal do município de Toledo- PR**. Toledo, 2015. Disponível em: <<https://www.toledo.pr.gov.br>>. Acesso em: 28 dez. 2015.

_____. **Lei nº 1.800, de 14 de julho de 1997**. Dispõe sobre a estrutura e atribuições dos órgãos da administração direta do Poder Executivo do Município de Toledo. Toledo, Publicado no Jornal do Oeste em 15 de julho de 1997. Disponível em: <http://www.toledo.pr.gov.br/sapl/consultas/norma_juridica/norma_juridica_mostrar_proc?cod_norma=1763>. Acesso em: 06 mar. 2015.

_____. **Lei “R” n. 77, de 1 de agosto de 2013.** Dispõe sobre o Plano Plurianual do Município do Toledo, para o período de 2014 a 2017. Toledo, Publicado no Jornal do Oeste, nº 8299, em 03 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.toledo.pr.gov.br>>. Acesso em: 24 maio 2015.

_____. **Lei “R” n. 152, de 27 de dezembro de 2010.** Dispõe sobre a gratuidade dos serviços de transporte coletivo urbano para pessoas com deficiência e com transtornos mentais severos e persistentes. Toledo, Publicado em Órgão Oficial Eletrônico do Município, n. 171, de 28 de dez. 2010. Disponível em: <http://www.toledo.pr.gov.br/sapl/sapl_documentos/norma_juridica/700_texto_integral>. Acesso em: 01 jun. 2016.

TRINDADE, J. D. de L. **História social dos Direitos Humanos.** 3. ed. São Paulo: Peirópolis, 2011.

VASCONCELOS, E. M. **Do hospício à comunidade:** mudança sim; negligência não. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

_____. Breve periodização do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente. In: _____. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000. p. 19-33.

_____. **Desafios políticos atuais para o movimento antimanicomial no Brasil.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/midia/pdfs/reflexao_atual_conjunt_sm_0511.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 4, n. 8, Rio de Janeiro, p. 57–67, jan./jun. 2012.

VASCONCELOS, E. M.; RODRIGUES, J. Quadro atual da organização e agenda política dos usuários e familiares em saúde mental no Brasil. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Manual ajuda e suporte mútuos em saúde mental:** para facilitadores, trabalhadores e profissionais de saúde e saúde mental. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ; Brasília: Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde, 2013. p. 107-115.

VIANA, A. L. D.; LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, A. L. D.; ELIAS, P. E.; IBAÑEZ, N. (Orgs.). **Proteção social:** dilemas e desafios. São Paulo: Hucitec, 2005. p. 15-57.

VIEIRA, E. **Os direitos e a política social.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

VILHENA, J; ROSA, C. M. A clínica psicanalítica nos espaços abertos do CAPS. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Filosofia e Ciências Humanas - Instituto de Psicologia. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 63, n. 33, 2011. p. 130-147 Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/741/631>>. Acesso em: 20 maio 2015.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: caminhos da assistência e da Reforma Psiquiátrica no Estado do Paraná. v. 1, n. 1. **Revista Tempo e Argumento**, Florianópolis, p. 68–98, jan./jun. 2009.

_____; CASAGRANDE, A. D. B. Assistência Psiquiátrica no Estado do Paraná: um mapa dos hospitais especializados. In: **Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais**, 11, 2011, Salvador. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1314387019_ARQUIVO_Texto_Yonissa-Attiliana_CONLAB_.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2015.

YAZBEK, M. C. **Sistema de Proteção Social brasileiro**: modelo, dilemas e desafios. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/eventos/assistencia-social/seminario-internacional-bpc/sobre-o-evento/apresentacoes/arquivos/Maria%20Carmelita%20Yazbek%20-%20Protecao%20Social.pdf/download>>. Acesso em: 14 maio 2014.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Roteiro de coleta de dados socioeconômicos dos prontuários dos usuários

<p>Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE</p> <p>Programa de Pós Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Serviço Social, nível de mestrado</p> <p>Pesquisador responsável: Ana Carolina Becker Nisiide</p> <p>Objetivo geral da pesquisa: Compreender como se configura o protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica.</p> <p>Instrumento de coleta de dados: pesquisa documental</p>	
<p>Data da coleta:</p> <p>___/___/_____</p>	<p>Número da coleta:</p> <p>_____</p>

Identificar no prontuário:	Dados coletados
Idade do usuário (Categorizados em intervalos de 10 anos)	
Sexo do usuário (Masculino e Feminino)	
CID e patologia do usuário (Categorias conforme o CID 10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde)	
Regime de Atendimento (Não intensivo, semi-intensivo ou intensivo)	
Religião do usuário (Católica, evangélica, espírita, ateu, outros)	
Cor de pele do usuário (Pardo, branco, preto)	
Escolaridade do usuário (Analfabeto, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Ensino Superior)	
Estado civil do usuário (Solteiro, casado, união estável, divorciado, viúvo)	
Quanto tempo frequenta o serviço (Categorizar em intervalos anuais)	·
Arranjo familiar (Número de pessoas que compõem a família e quem são eles, como pais, companheiro(a), filhos(as), entre outros)	
Escolaridade dos membros da família (Analfabeto, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Ensino Superior)	·
Bairro de residência da família (Zona urbana e rural de Toledo/PR)	
Vínculo empregatício familiar (Atividade realizada pelos membros da família)	
Renda familiar (Categorizar em intervalos de R\$ 500,00)	

APÊNDICE II

Roteiro de observação dirigida nas reuniões do grupo de família (5 reuniões)

<p>Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE</p> <p>Programa de Pós Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Serviço Social, nível de mestrado</p> <p>Pesquisador responsável: Ana Carolina Becker Nisiide</p> <p>Objetivo geral da pesquisa: Compreender como se configura o protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica.</p> <p>Instrumento de coleta de dados: observação</p>		
Data da observação:	Horário da observação:	Número da observação:
___/___/_____	_____	_____

Questões norteadoras	Descrição da observação
Atividades observadas	
Quais dias e horários da reunião	
Que membros da família participam.	
Como são “acolhidos” pelo serviço	
Que espaço físico ocupam	
Que atividades desenvolvem	
Atmosfera ou clima social da reunião	
Como se dá a tomada de decisões no grupo	
Outras questões observadas	

APÊNDICE III

Roteiro de observação dirigida das reuniões da Associação do CAPS (1 reunião)

<p>Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE</p> <p>Programa de Pós Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Serviço Social, nível de mestrado</p> <p>Pesquisador responsável: Ana Carolina Becker Nisiide</p> <p>Objetivo geral da pesquisa: Compreender como se configura o protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica.</p> <p>Instrumento de coleta de dados: observação</p>		
Data da observação:	Horário da observação:	Número da observação:
__/__/____	_____	_____

Questões norteadoras	Descrição da observação
Atividades observadas	
Quando ocorre.	
Onde ocorre.	
Quem participa.	
Atmosfera ou clima social da reunião.	
Que atividades desenvolvem.	
Qual a interação do CAPS com a Associação.	
Como se dá a tomada de decisões.	
Outras questões observadas.	

APÊNDICE IV

Roteiro de observação dirigida de atividades realizadas na instituição (3 visitas)

<p>Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE</p> <p>Programa de Pós Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Serviço Social, nível de mestrado</p> <p>Pesquisador responsável: Ana Carolina Becker Nisiide</p> <p>Objetivo geral da pesquisa: Compreender como se configura o protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica.</p> <p>Instrumento de coleta de dados: observação</p>		
<p>Data da observação:</p> <p>__/__/____</p>	<p>Horário da observação:</p> <p>_____</p>	<p>Número da observação:</p> <p>_____</p>

Questões norteadoras	Descrição da observação
Atividades observadas.	
Quando a família vai ao serviço.	
Quando o serviço requer a presença da família.	
Como o serviço se organiza para receber a família (estrutura física, programas relativos ao tratamento ou inespecíficos como de lazer).	
Que membros da família vão ao CAPS.	
Como são “acolhidos” pelo serviço	
Que espaço físico ocupam.	
Que atividades desempenham durante o tempo de permanência na instituição.	
Outras questões observadas.	

APÊNDICE V

Roteiro de entrevista semiestruturada com familiares dos usuários do CAPS do município de Toledo/PR

<p>Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE</p> <p>Programa de Pós Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Serviço Social, nível de mestrado</p> <p>Pesquisador responsável: Ana Carolina Becker Nisiide</p> <p>Objetivo geral da pesquisa: Compreender como se configura o protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica.</p> <p>Instrumento de coleta de dados: entrevista semiestruturada</p>	
<p>Data da entrevista:</p> <p>___/___/_____</p>	<p>Número da entrevista</p> <p>_____</p>

1) um grupo que precisa de assistência e cuidados.

1. Como acessa o serviço? Quando? Por que?
2. Quais atividades que o CAPS oferta para família? Qual horário? Você participa? Como? Porque?
3. Quais os reflexos objetivos do transtorno mental na função protetiva familiar (econômica, acesso a políticas sociais, acesso e condições de trabalho...)?
4. Quais os reflexos subjetivos do transtorno mental na função protetiva familiar (sobrecarga familiar, relacionamento, vida social...)?
5. Quais os reflexos objetivos da relação estabelecida entre família e CAPS (orientação, esclarecimentos sobre o processo saúde-doença, relação com a rede...)?
6. Quais os reflexos subjetivos da relação estabelecida entre família e CAPS (assistência, segurança, trocas afetivas...)?

2) como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; como provedora de cuidados.

7. Como você avalia seu protagonismo no serviço?
8. Que responsabilidades passou a assumir com e/ou devido o paciente? Que responsabilidades são compartilhadas com o serviço público?

9. O que você compreende como suas responsabilidades em relação ao seu familiar?

10. O que você compreende como responsabilidades do CAPS em relação ao seu familiar?

3) como avaliadora dos serviços.

11. Como você avalia as atividades ofertadas pelo CAPS para a família (visita domiciliar, grupos, atendimento individual...)? O que espera deste serviço?

12. Como você avalia as atividades ofertadas pelo CAPS para o paciente (visita domiciliar, grupos, atendimento individual, oficinas...)? O que espera deste serviço?

4) como sujeito político.

13. Você participa da Associação de Familiares? Por quê?

14. Você participa de alguma outra instituição relacionada a política de saúde mental?

15. O que você compreende como objetivos da Associação? O que buscar neste espaço?

16. Estes objetivos estão sendo alcançados? Com quais estratégias?

17. Quais os objetivos da política de saúde mental? Que direitos são garantidos para usuários e familiares?

18. O que você compreende por Reforma Psiquiátrica? Como poderia ser o protagonismo familiar neste processo?

19. O que você compreender por protagonismo familiar na política de saúde mental? Você se sente protagonista? Por quê?

APÊNDICE VI

Roteiro de entrevista semiestruturada com funcionários do CAPS do município de Toledo/PR

<p>Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE</p> <p>Programa de Pós Graduação <i>Stricto Sensu</i> em Serviço Social, nível de mestrado</p> <p>Pesquisador responsável: Ana Carolina Becker Nisiide</p> <p>Objetivo geral da pesquisa: Compreender como se configura o protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica.</p> <p>Instrumento de coleta de dados: entrevista semiestruturada</p>	
<p>Data da entrevista:</p> <p>___/___/_____</p>	<p>Número da entrevista</p> <p>_____</p>

1. Qual a função familiar expressa na política de saúde mental?
2. O que você compreende por Reforma Psiquiátrica? Como poderia ser o protagonismo familiar neste processo?
3. O CAPS realiza ações de fortalecimento de vínculos? Quais? Quando?
4. Você acha que a política contempla satisfatoriamente a inserção familiar?
5. O que você compreende como função da família em relação ao serviço e ao paciente? Essa função se concretiza? Por quê?
6. A família também pode ser violadora de direitos? Se sim, em que momento isso ocorre?
7. O que você compreende como funções do CAPS em relação ao atendimento dos usuários?
8. Quais atividades são ofertadas para família e como a família se envolve nessas atividades?
9. Como avalia a relação da família com o serviço?
10. Como deve se dar o envolvimento da família no CAPS? Ela está envolvida no serviço? De que forma?
11. Quais as condições objetivas para a oferta do serviço (recursos financeiros, estrutura física, plano de cargos e salários, formação profissional etc.)?

12. Como se dá a relação com a rede e o acesso da família e do paciente nas demais políticas setoriais?

13. Qual o envolvimento do serviço com a Associação de Familiares?

14. Quais os objetivos dessa associação? Eles estão sendo alcançados?

15. O que você compreende por protagonismo familiar na política de saúde mental?

Você percebe a família como protagonista? Por quê?

APÊNDICE VII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO FAMILIAR DE USUÁRIO DO CAPS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR

Título do Projeto: O protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial de Toledo/PR.
Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato: Ana Carolina Becker
Nisiide. Contato: (45) 99801001 e (45) 32524525

Convidamos _____ a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de compreender como ocorre o protagonismo das famílias no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a partir do que está colocado na política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica e quais as condições para que esse protagonismo ocorra. Para isso será realizada uma entrevista com sua pessoa e com seu consentimento ela será gravada e posteriormente transcrita.

Durante a execução do projeto, poderão haver riscos como em toda pesquisa que envolva seres humanos, que podem ser diretos ou indiretos, imediatos ou tardios. Poderão envolver riscos como constrangimentos, desconforto e modificações nas emoções como estresse ou culpa. Buscando prevenir ou diminuir os riscos, o(a) Senhor(a) terá suas respostas tratadas de forma anônima e confidencial, não sendo divulgado seu nome em qualquer fase da pesquisa e as informações fornecidas serão utilizadas somente para fins científicos. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Além disto, sua participação é voluntária podendo recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento retirando seu consentimento, conforme preconizado pela Resolução nº 466/2013 e suas complementares.

Respeitando a dignidade humana dos sujeitos da pesquisa, o pesquisador também estará embasado no Código de Ética profissional do assistente social Lei nº 8.662/93 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 neste trabalho.

Esta pesquisa também se propõe a trazer benefícios diretos ou indiretos para a instituição, funcionários, usuários e familiares dos usuários dos CAPS de Toledo-PR e indiretamente para política social de saúde mental, como a possibilidade de refletir sobre o lugar da família na política de saúde mental e no serviço além dos benefícios acadêmicos ampliando o

conhecimento disponível na área pesquisada e contribuindo para o debate em relação à temática especificada.

O(a) Senhor(a) não terá nenhum custo para participar desta pesquisa ou quaisquer compensações financeiras

Este termo será entregue em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) Senhor(a) e outra com o pesquisador. Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento. O telefone do Comitê de Ética é (045) 3220 3272 caso o(a) Senhor(a) necessite de maiores informações.

Caso ocorra algum imprevisto durante a execução do projeto, haverá a ligação para o 192 solicitando o atendimento do SAMU.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto.**

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, Ana Carolina Becker Nisiide, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Toledo, _____ de _____ de 20____.

Ana Carolina Becker Nisiide

APÊNDICE VIII

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO FUNCIONÁRIO DO CAPS DO MUNICÍPIO DE TOLEDO/PR

Título do Projeto: O protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial de Toledo/PR.
Pesquisador responsável e colaboradores com telefones de contato: Ana Carolina Becker
Nisiide. Contato: (45) 99801001 e (45) 32524525

Convidamos _____ a participar de nossa pesquisa que tem o objetivo de compreender como se configura o protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), conforme o preconizado pela política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica e quais as condições objetivas para que isto ocorra. Para isso será realizada uma entrevista com sua pessoa e com seu consentimento ela será gravada e posteriormente transcrita.

Durante a execução do projeto, poderão haver riscos como em toda pesquisa que envolva seres humanos, que podem ser diretos ou indiretos, imediatos ou tardios. Poderão envolver riscos como constrangimentos, desconforto e modificações nas emoções como estresse ou culpa. Buscando prevenir ou diminuir os riscos, o(a) Senhor(a) terá suas respostas tratadas de forma anônima e confidencial, não sendo divulgado seu nome em qualquer fase da pesquisa e as informações fornecidas serão utilizadas somente para fins científicos. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Além disso, sua participação é voluntária podendo recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento retirando seu consentimento, conforme preconizado pela Resolução nº 466/2013 e suas complementares.

Respeitando a dignidade humana dos sujeitos da pesquisa, o pesquisador também estará embasado no Código de Ética profissional do assistente social Lei nº 8.662/93 que dentre outras normativas, em seu Art. 2, prevê o direito de realização de estudos e pesquisas desde que resguardados os direitos de participação dos indivíduos ou grupos envolvidos neste trabalho.

Esta pesquisa também se propõe a trazer benefícios diretos ou indiretos para a instituição, funcionários, usuários e familiares dos usuários dos CAPS de Toledo-PR e indiretamente para política social de saúde mental, como a possibilidade de refletir sobre o lugar da família na política de saúde mental e no serviço além dos benefícios acadêmicos ampliando o

conhecimento disponível na área pesquisada e contribuindo para o debate em relação a temática especificada.

O(a) Senhor(a) não terá nenhum custo para participar desta pesquisa ou quaisquer compensações financeiras

Este termo será entregue em duas vias, sendo que uma ficará com o(a) Senhor(a) e outra com o pesquisador. Para algum questionamento, dúvida ou relato de algum acontecimento os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento. O telefone do Comitê de Ética é (045) 3220 3272 caso o(a) Senhor(a) necessite de maiores informações.

Caso ocorra algum imprevisto durante a execução do projeto, haverá a ligação para o 192 solicitando o atendimento do SAMU.

Declaro estar ciente do exposto e **desejo participar do projeto.**

Nome do sujeito de pesquisa ou responsável: _____

Assinatura: _____

Eu, Ana Carolina Becker Nisiide, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Toledo, _____ de _____ de 20____.

Ana Carolina Becker Nisiide

ANEXO

ANEXO I

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Toledo/PR.

Pesquisador: ANA CAROLINA BECKER NISIIDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44937015.0.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.152.383

Data da Relatoria: 16/07/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto aponta que, frente às constantes ameaças de retrocesso e precarização da política de saúde mental na conjuntura neoliberal, somadas ao redirecionamento da política que passa a privilegiar os serviços de base territorial e as várias funções que a família vai assumindo no cuidado com o paciente, questiona-se como se configura o protagonismo familiar no CAPSII de Toledo/PR. Valendo-se da pesquisa bibliográfica, documental, de entrevista semi-estruturada e de observações dirigidas, será possível compreender como a família do portador de transtorno mental está inserida na política de saúde mental, especialmente nos cotidiano dos serviços oferecidos nos Centros de

Atenção Psicossocial; assim, bucar-se, neste estudo, desvelar o lugar que a família ocupa em tal política e as funções que ela assume ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica, a fim de se compreender se, de fato, e em que medida a família protagoniza o processo de tratamento do paciente com sofrimento psíquico, junto CAPS II de Toledo.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como se configura o protagonismo familiar no Centro de Atenção Psicossocial II do município de Toledo/PR, conforme o preconizado pela política de saúde mental após a Reforma Psiquiátrica.

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/



Continuação do Parecer: 1.152.383

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão presentes e em conformidade com o preconizado pela Resolução 466/12

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Demonstra ser importante para a compreensão da realidade a ser pesquisada e para os envolvidos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão todos presentes e em conformidade com a Resolução 466/12

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado. O projeto não necessita adequações.

CASCADEL, 16 de Julho de 2015

Assinado por:

**João Fernando Christofolletti
(Coordenador)**

Endereço: UNIVERSITARIA

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Município: CASCADEL

CEP: 85.819-110

Telefone: (45)3220-3272

E-mail: cep.prppg@unioeste.br