

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

LUCIMAR APARECIDA GARCIA CONEGLIAN

**ALÉM DA REMISSÃO DOS SINTOMAS? REFORMA PSIQUIÁTRICA E
CAPS NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS – PR**

PONTA GROSSA

2011

LUCIMAR APARECIDA GARCIA CONEGLIAN

**ALÉM DA REMISSÃO DOS SINTOMAS? REFORMA PSIQUIÁTRICA E
CAPS NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS – PR**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre no Programa de Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. José Augusto Leandro

Co-orientador: Prof. Dr. Constantino de Oliveira Júnior

PONTA GROSSA

2011

C747a Coneglian, Lucimar Aparecida Garcia
Além da remissão dos sintomas? Reforma psiquiátrica e CAPS na
Região dos Campos Gerais – PR / Lucimar Aparecida Garcia
Coneglian.
Ponta Grossa, 2011.
151f.
Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas – Área de
Concentração : Cidadania e Políticas Públicas), Universidade
Estadual de Ponta Grossa.
Orientador: Prof Dr. José Augusto Leandro
Co-orientador : Prof. Dr. Constantino de Oliveira Júnior
1.Reforma psiquiátrica. 2. CAPS. 3. Família cuidador. 4.
Profissionais de Saúde. 5. Campos Gerais. I. Leandro, José Augusto.
II. Oliveira Júnior, Constantino de. III. T.

CDD: 616.89

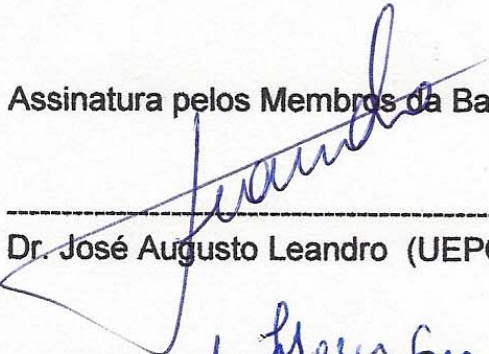
TERMO DE APROVAÇÃO

LUCIMAR APARECIDA GARCIA CONEGLIAN

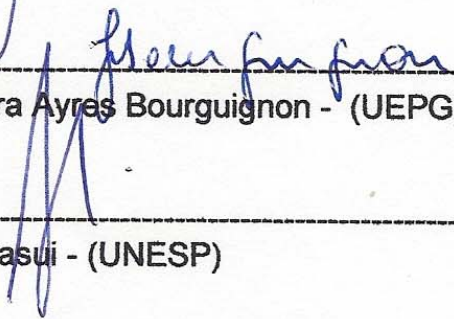
**"ALÉM DA REMISSÃO DOS SINTOMAS? REFORMA PSIQUIÁTRICA E CAPS
NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS - PR"**

**Dissertação aprovada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-
Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de
Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de
Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:**

Assinatura pelos Membros da Banca:



Dr. José Augusto Leandro (UEPG) – Presidente



Dra. Jussara Ayres Bourguignon - (UEPG)

Dr. Silvio Yasui - (UNESP)

Dra. Divanir Eulália N. Munhoz - (UEPG) - Suplente

Dedico à minha amorosa filha Carolina. E também para Bri e Kiya.

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento especial para meu orientador, Prof. Dr. José Augusto Leandro. Impossível dimensionar o quanto de conhecimento ele me proporcionou e instigou a buscar nesses dois anos de convívio. O desejo é de continuidade. Que outros bons encontros aconteçam e novos projetos sejam construídos.

Agradeço também à Secretária de Saúde de Castro, Maria Lídia Kravutschke que, pela crença na relevância da pesquisa, oportunizou que parte do meu tempo, originalmente destinado ao trabalho no CAPS, fosse direcionado para o estudo que ora apresento. Em especial, agradeço também à Lucila Ferreira, Coordenadora do CAPS de Castro, que compreendeu e viabilizou minhas férias e licenças inesperadas.

Pela atenção e interesse dedicados a mim e a essa pesquisa, um agradecimento especial para os coordenadores e profissionais dos CAPS de Arapoti, Campo Largo, Castro, Lapa, Ponta Grossa, Rio Negro e Telêmaco Borba, que dividiram comigo uma parcela do seu cotidiano de trabalho.

Obrigada para as famílias entrevistadas, pelo deferimento que me trataram, e por disponibilizarem seu tempo, compartilhando generosamente suas vivências e emoções.

Também agradeço à professora Dra. Jussara Ayres Bourguignon e ao professor Dr. Silvio Yasui, pelas oportunas contribuições por ocasião da qualificação, que somaram sobremaneira na construção final dessa dissertação.

Um muito obrigado para Mara Bavoso, que fez a revisão gramatical deste texto. E para Patrícia Gomes, pela dedicação e cuidado na transcrição das entrevistas.

E por fim, mas não menos agradecida, um obrigado afetuoso para minha família, especialmente para minha mãe Iracelis, meu irmão Sandro e minha filha Carolina, pela crença incondicional em mim depositada, e pelo conforto que me proporcionaram em alguns momentos cruciais na efetivação desse projeto.

Logo nos primeiros dias de atendimento do CAPS de Castro, local onde trabalho, uma 'usuária' do serviço, assistindo o filme Shrek, fez o seguinte comentário: "*Até o burro (referindo-se ao personagem Burro Falante) pode cantar e dançar. Eu, quando canto e danço, me internam no Franco da Rocha!*" Passaram-se 5 anos, e ela, neste período, não mais foi internada em hospital psiquiátrico. Mas, me parece, não ser internado não basta para os 'usuários' dos serviços de saúde mental e não deve bastar também para os profissionais que atuam nessa área.

A gente não quer só comida

A gente quer comida

Diversão e arte.

(Arnaldo Antunes / Marcelo Fromer / Sérgio Britto)

RESUMO

Essa dissertação registra a pesquisa desenvolvida nos CAPS da região dos Campos Gerais das cidades paranaenses de Arapoti, Campo Largo, Castro, Lapa, Ponta Grossa, Rio Negro e Telêmaco Borba. A opção metodológica foi a de selecionar casos exitosos de pessoas em sofrimento psíquico que fazem tratamento nestas instituições. Também estão contemplados os critérios de sucesso no tratamento identificados pelos profissionais que atuam nos CAPS dos Campos Gerais e os elementos do êxito contidos no discurso dos cuidadores, em relação ao se familiar que frequenta a instituição. Faz parte da pesquisa de campo o registro do perfil institucional, do perfil dos trabalhadores e do perfil dos 'usuários' dos CAPS pesquisados. Os trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais definiram os critérios que consideraram relevantes para identificar as experiências exitosas, sendo que eles também indicaram os casos de sucesso, selecionados para as entrevistas com os familiares-cuidadores. A partir das entrevistas com os cuidadores foram discutidos alguns elementos que podem estar relacionadas ao êxito no tratamento. Através da análise dos dados coletados, foi possível perceber que a questão do êxito no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico está permeada por contradições, onde os constructos da Reforma Psiquiátrica brasileira coexistem com os preceitos da psiquiatria biomédica.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma Psiquiátrica, CAPS, Familiar cuidador, Profissionais de Saúde, Campos Gerais.

ABSTRACT

This thesis records the research developed in CAPS in the region of Campos Gerais in the cities Arapoti, Campo Largo, Castro, Lapa, Ponta Grossa, Rio Negro and Telêmaco Borba, of Paraná State. The method chosen was to select successful cases of psychological distress in people who take care in these institutions. Also covered are the success criteria identified by professionals working in the Campos Gerais CAPS and the elements of success contained in the discourse of family caregivers. It is part of the field research the record of institutional profile, the profile of workers and the profile of 'users' CAPS surveyed. CAPS workers in the Campos Gerais area defined the criteria they considered relevant to identify successful experiences, and they also indicated the success stories, selected for the interviews with family members, caregivers. From the interviews with the caregivers were discussed some elements that may be related to successful treatment. Through analysis of data collected, it is noted that the question of success in treating psychological distress of the person is permeated by contradictions, where the constructs of the Brazilian Psychiatric Reform coexist with the principles of biomedical psychiatry.

KEYWORDS: Psychiatric Reform, CAPS, Family Caregiver, Health Professionals, Campos Gerais.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 -	Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência e internação por diagnóstico do CID 10: Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante; Transtornos do humor (afetivos); Transtornos neuróticos e relacionados com o stress e somatoforme; Retardo mental; Outros transtornos mentais e comportamentais.....	53
GRÁFICO 2 -	Percentual de profissionais distribuídos por categorias que trabalham nos CAPS da região dos Campos Gerais – 2010.....	73
MAPA 1 -	Os Campos Gerais do Paraná segundo sua definição original.....	163
GRÁFICO 3 -	Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência. Diagnóstico CID 10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas.....	165

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Perfil dos municípios com CAPS da região dos Campos Gerais.....	48
TABELA 2 -	Ano de implantação dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	50
TABELA 3 -	Implantação de CAPS I e CAPS II no Brasil de 2002 a 2009.....	51
TABELA 4 -	Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência e internação por diagnóstico do CID 10: Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante; Transtornos do humor (afetivos); Transtornos neuróticos e relacionados com o stress e somatoforme; Retardo mental; Outros transtornos mentais e comportamentais.....	52
TABELA 5 -	Distribuição dos sujeitos por sexo nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	56
TABELA 6 -	Distribuição dos sujeitos por ano de inserção no serviço nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	57
TABELA 7 -	Distribuição dos sujeitos por escolaridade nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	59
TABELA 8 -	Distribuição dos sujeitos por faixa etária nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	60
TABELA 9 -	Renda familiar dos ‘usuários’ dos CAPS de Castro – 2010.....	62
TABELA 10 -	Distribuição dos sujeitos por diagnóstico nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	63
TABELA 11 -	Distribuição dos profissionais por grupo de assistência e carga horária nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	74
TABELA 12 -	Formação acadêmica dos profissionais nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	75
TABELA 13 -	Distribuição por sexo dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	76
TABELA 14 -	Distribuição por idade dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	76
TABELA 15 -	Qualificação acadêmica dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	77
TABELA 16 -	Distribuição por tempo de atuação dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	78
TABELA 17 -	Capacitação específica para trabalhar no CAPS dos profissionais	

	dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	78
TABELA 18 -	Instituição promotora da capacitação para os trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	79
TABELA 19 -	Atividades que os profissionais desenvolvem com as famílias dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	80
TABELA 20 -	Família como obstáculo para o êxito do tratamento, segundo indicação dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	84
TABELA 21 -	Fatores relacionados à família citados como obstáculo ao tratamento pelos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	85
TABELA 22 -	Critérios citados pelos profissionais que os levaram a considerar casos de sucesso no tratamento dos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	89
TABELA 23 -	Distribuição por vínculo do cuidador nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	103
TABELA 24 -	Distribuição dos cuidadores por sexo nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	106
TABELA 25 -	Perfil dos cuidadores dos CAPS dos Campos Gerais entrevistados – 2010.....	108
TABELA 26 -	Diagnóstico referido pelo familiar cuidador e o diagnóstico psiquiátrico registrado no prontuário do usuário do CAPS – 2010.....	121
TABELA 27 -	Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência. Diagnóstico CID 10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas.....	165
TABELA 28 -	Distribuição dos sujeitos por principais diagnósticos nos CAPS dos Campos Gerais – 2010.....	167
TABELA 29 -	Distribuição dos sujeitos por diagnósticos pertencentes ao agrupamento do CID 10 de F20 – F29 – Esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e delirantes – 2010.....	168
TABELA 30 -	Distribuição dos sujeitos por diagnósticos pertencentes ao agrupamento do CID 10 de F30 – F39: Transtornos do humor.....	169

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REFORMA PSQUIÁTRICA.....	28
1.1 TRATAMENTO PARA A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	28
1.2 O MOVIMENTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA E SEUS ATORES.....	36
CAPÍTULO 2 CAPS NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS.....	43
2.1 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARANÁ.....	43
2.2 A REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS.....	46
2.3 A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS.....	50
2.4 PERFIL DOS 'USUÁRIOS' DOS CAPS DA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS.....	55
CAPÍTULO 3 ALÉM DA REMISSÃO DOS SINTOMAS? CASOS EXITOSOS SEGUNDO A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	66
3.1 ÊXITO EM SAÚDE MENTAL.....	66
3.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CAPS DOS CAMPOS GERAIS.....	72
3.3 CASOS DE SUCESSO E OS CRITÉRIOS IDENTIFICADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CAPS DOS CAMPOS GERAIS.....	88
CAPÍTULO 4 ALÉM DA REMISSÃO DOS SINTOMAS? CASOS EXITOSOS NA RELAÇÃO FAMÍLIA/CUIDADO/PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	97
4.1 RELAÇÃO FAMÍLIA, PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO TRATAMENTO.....	97
4.2 QUEM SÃO OS CUIDADORES DOS CAPS DOS CAMPOS GERAIS?.....	102
4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES ENTREVISTADOS....	107

4.4	O QUE FALAM OS FAMILIARES.....	110
4.4.1	Triangulação família/'usuário'/CAPS e a formação de rede.....	111
4.4.2	Compreensão do sofrimento psíquico e dinâmica de cuidado.....	121
4.4.3	Afetividade e resiliência.....	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS		137
REFERÊNCIAS		141
ANEXO A	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	152
ANEXO B	Questionário institucional.....	155
ANEXO C	Questionário para os trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais.....	157
ANEXO D	Roteiro de entrevista com famílias.....	159
ANEXO E	Mapa da região dos Campos Gerais, segundo Dicionário Histórico Geográfico dos Campos Gerais.....	162
ANEXO F	Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência. Diagnóstico CID 10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas.....	164
ANEXO G	Distribuição dos 'usuários' dos CAPS dos Campos Gerais por principais hipóteses diagnósticas.....	166

INTRODUÇÃO

Não delirar, não alucinar, não surtar. Estes são os critérios de avaliação comumente tidos como indicativos de êxito no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico. Esta premissa biomédica motivou a construção desta pesquisa. Afinal, o que é sucesso na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica, uma vez que esta buscou romper com os paradigmas clássicos das ciências mentais?

Ao considerar que a vida não é apenas algo da esfera biológica, os êxitos no tratamento da pessoa com transtorno mental podem remeter a outras questões além da remissão dos sintomas? A preocupação clássica das disciplinas que trabalham com saúde mental está focalizada na psicopatologia classificatória e na remissão dos sintomas. A Reforma Psiquiátrica buscou romper com essa lógica do saber instituído e coloca o sujeito no centro da ciência, entendendo que “a psiquiatria colocou o doente entre parênteses para ocupar-se do estudo da doença, tendo assim construído um objeto fictício, pois não existe a doença sem o sujeito de sua experiência.” (AMARANTE, 1995, p. 493). A Reforma Psiquiátrica reforçou a concepção de que se deve olhar a pessoa em sofrimento psíquico e entendê-la na vida cotidiana, em seu contexto histórico.

Vários foram os tratamentos oferecidos às pessoas em sofrimento psíquico, mas, principalmente a partir do século XVIII (o século da grande internação, segundo Foucault, 1978), o tratamento médico se ateve às internações em instituições de exclusão como manicômios e hospitais psiquiátricos. Ao longo de 250 anos a instituição asilar foi sinônimo de tratamento e a única opção para pessoas com transtorno mental. No caso do Brasil, não apenas hospitais públicos, mas principalmente hospitais do setor privado absorviam a grande maioria destes leitos.

Paulin e Turato (2004) registram que no período de 1945/50, no Brasil, existia um predomínio de leitos psiquiátricos em hospitais públicos, totalizando mais de 80%. Já em 1981, os hospitais psiquiátricos privados representavam mais de 70% dos leitos disponíveis, numa clara inversão. Porém, essa inversão da assistência, do setor público para o privado, não altera a terapêutica utilizada que confirmava a concepção biológica da doença e seu status médico referendado pela

psiquiatria: choque cardiazolítico, psicocirurgia, insulinoaterapia e a eletroconvulsoterapia¹.

Nessa época, a política de tratamento estava orientada para a compra de serviços dos hospitais psiquiátricos privados, absorvendo grande parte do orçamento destinado à saúde mental, transformando saúde em um rendoso comércio. “Os empresários do setor privado viam na psiquiatria uma área de serviço de fácil montagem, sem necessidade de tecnologia sofisticada ou pessoal qualificado.” (PAULIN; TURATO, 2004, p. 244).

A manutenção do tratamento exclusivamente via internação passou a ter um interesse pautado pela busca do lucro. O comércio vinculado aos hospitais psiquiátricos privados, somado aos interesses comerciais da indústria farmacêutica fortaleceram a concepção exclusivamente biológica da doença, desqualificando outros componentes do tratamento, sobretudo os relacionados aos aspectos socioculturais do universo dos sujeitos em sofrimento psíquico.

A exclusão resultante do internamento hospitalar prolongado tornou, muitas vezes, a pessoa com transtorno mental um ser ‘invisível’ para a sua própria família e para a sociedade. E é no contraponto desta invisibilidade e desqualificação desses sujeitos que a Reforma Psiquiátrica constitui seus princípios, resgatando-os como pessoas/cidadãos em sofrimento psíquico. Conforme lembra Cavalcante (2003, p. 209), com a Reforma Psiquiátrica, o enfoque não é mais a cura, a reparação, mas a produção de vida.

Segundo Tenório (2002, p. 27), a Reforma Psiquiátrica tem como “marca distintiva o reclame da cidadania do louco”, dando ênfase aos direitos da pessoa em sofrimento psíquico. E acrescenta que “a importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é, sobretudo, um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si.”

Amarante (1998) pactua deste entendimento e enfatiza que a Reforma Psiquiátrica brasileira foi concebida a partir da Psiquiatria Democrática Italiana², de

¹ Psicocirurgia é um tratamento cirúrgico preconizado para o portador de transtorno mental nos anos de 1930 e choque cardiazolítico, insulinoaterapia e eletroconvulsoterapia são tratamentos que se utilizam de meios químicos (ingestão de medicação) e físicos (choques elétricos).

²“O grande mérito do movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), fundado em Bolonha, em 1973 (Psichiatria Democratica, 1974), pode ser referido à possibilidade de denúncia civil das práticas simbólicas e concretas de violência institucional e, acima de tudo, a não restrição destas denúncias a um problema dos ‘técnicos de saúde mental’. A possibilidade da ampliação do movimento da PDI e

Franco Basaglia, que criticava a relação de interdependência entre a psiquiatria e a justiça; que questionava a origem dos internos em hospitais psiquiátricos, que eram constituídos, em sua maioria, de pobres e também questionava aspectos relacionados com a concepção da não neutralidade da ciência.

O rompimento trazido pela Reforma Psiquiátrica com a prática do asilamento significou o rompimento com a concepção biologicista. Lancetti e Amarante (2006, p. 616) destacam que “falar em saúde mental significa falar de uma grande área de conhecimento e de ações que se caracterizam por seu caráter amplamente inter e transdisciplinar e intersetorial.” Efetivar formas de tratamento não asilares para a pessoa em sofrimento psíquico restituiu-lhe o direito a um tratamento pautado por questões concernentes com a complexidade humana, e não restritas ao campo moral ou econômico, buscando refazer o pertencimento desse sujeito na pluralidade do viver.

A desinstitucionalização pode ser entendida como uma progressiva ‘devolução à comunidade’ da responsabilidade com relação às pessoas em sofrimento psíquico. A desinstitucionalização é também indicativa de que a concepção de tratamento perpassa por olhar a pessoa com transtorno mental em sua humanidade e como sujeito de desejos e necessidades. Por fim, a desinstitucionalização também indica uma crença na inclusão e na capacidade da família no cuidado de seu ente em sofrimento psíquico.

Como uma das estratégias de sistematização dos preceitos da Reforma Psiquiátrica surgiu os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS – que são serviços abertos de atendimento para pessoas em sofrimento psíquico. Os CAPS são normatizados pelo Ministério da Saúde e caracterizam-se como “um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.” (BRASIL, 2004, p.13). Nestas unidades de atendimento, esta pesquisa procurou entender como os serviços, ali existentes, vêm articulando a relação família/pessoa em sofrimento psíquico.

seu alcance permitem, além da propriedade ou competência médico-psiquiátrica-psicológica, alianças com forças sindicais, políticas e sociais. A PDI traz ao cenário político mais amplo a revelação da impossibilidade de transformar a assistência sem reinventar o território das relações entre cidadania e justiça.” (AMARANTE, 1998, p.48).

O objetivo inicial foi estudar, a partir dos CAPS, a relação de cuidado que os familiares-cuidadores de pessoas com transtorno mental têm com seus entes em sofrimento, verificando esta relação em sua articulação com o ideário da Reforma Psiquiátrica. Como encaminhar a pesquisa do ponto de vista metodológico, uma vez que diversos caminhos podem ser trilhados ao se estudar a relação família-cuidado? Quais famílias deveriam ser estudadas?

A inspiração metodológica se deu a partir da leitura do livro *Pessoas Muito Especiais – a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família*, de Fátima Gonçalves Cavalcante (2003). Nele, a autora, de uma forma inovadora, olhou para o objeto “deficiência” de maneira muito diferente do que correntemente os pesquisadores costumam olhá-lo. Usualmente, o deficiente é visto pelo que lhe falta, prevalecendo o olhar da parte sobre o todo. No livro em questão, Cavalcante (2003) apresentou histórias de sucesso das famílias que conseguiram enxergar para além da deficiência de seus entes. Todo o livro de Cavalcante (2003) apresenta como foco a interação da família com o filho especial e, no percurso empreendido, a autora selecionou histórias de sucesso, privilegiando o estudo de famílias que “optaram por ver vida onde majoritariamente só se vê perturbação.” (CAVALCANTE, 2003, p. 21).

Assim como em Cavalcante (2003), nesta pesquisa a opção também foi a de escolher casos exitosos, nos quais o transtorno mental foi e está sendo ressignificado como fazendo parte do cotidiano de cuidados das famílias pesquisadas.

Nessa dissertação, o leitor vai se deparar ora com a palavra êxito, ora com a palavra sucesso. No decorrer do texto, ela será usada indistintamente. Certamente existe risco nessa opção, uma vez que não há tradição das Ciências Sociais, em geral, e das Ciências Humanas em Saúde, em particular, no uso dessa terminologia. O termo sucesso tem sido utilizado em estudos das Ciências Sociais Aplicadas, especialmente da Administração (RUSSO e SBRAGIA, 2007; TOLEDO et al., 2008; FREJ e ALENCAR, 2010) e tem sido apropriado nos últimos anos pela área de educação (SAAVEDRA, 2004; ALMEIDA et al., 2006; POCINHO, 2010). No primeiro caso para destacar êxito em diversos aspectos da gestão empresarial e, no segundo, sobretudo para a avaliação de trajetórias escolares.

Cavalcante (2003, p. 22) destaca o “sentido desgastado e pouco legitimado do termo na comunidade científica que o associa ao viés ideológico empregado para

nominar carreiras de poder e de riqueza.” A autora é provocativa ao sugerir a pertinência do termo para análise de determinadas famílias de pessoas especiais e que tiveram um olhar diferenciado sobre eles, abraçando seus entes deficientes na medida em que conseguiram olhá-los para além das limitações que apresentavam: “Por que não usá-lo para falar de outro tipo de poder e de riqueza, aparentemente menos brilhante, porém muito mais profundo, uma vez que brota das próprias raízes da vida?”. Cavalcante complementa referindo que ousou “e não gostaria de pedir desculpas a meus pares, na medida em que busco quebrar também os ‘estereótipos intelectuais’ que costumam ver os ‘estragos’ da pretensa ‘anormalidade’ para medi-los e remediá-los dentro da lógica da medicalização apenas de forma funcional, como se ‘de perto alguém fosse normal’ – parafraseando Caetano Veloso.” (CAVALCANTE, 2003, p. 22).

Ao considerar pertinentes os apontamentos de Cavalcante (2003), vale destacar que falar de sucesso na temática da saúde mental remete para a concepção de vida. A vida não é apenas biológica: órgão em funcionamento e em equilíbrio. Morin (1990) aponta para a complexidade da vida, que articula diferentes saberes que não estão estanques. Olhar a pessoa em sofrimento psíquico apenas por um viés, por exemplo, o do biológico, é fragmentar o sujeito e dimensionar apenas um aspecto da sua existência. Tomando por base a noção de intercomunicabilidade, em que as partes estão inscritas no todo e o todo está presente em cada ínfima parte, desta feita, no que se refere à saúde mental, o êxito não pode ser resumido à ausência de surto, numa concepção biologicista e estreita da vida. O êxito nessa área, portanto, é algo complexo, pois está atrelado às inúmeras possibilidades do viver, do habitar o mundo, numa perspectiva que deve ser entendida a partir dos limites e possibilidade de cada um.

Sucesso, aqui, está sendo considerado como algo movente, qualidade essa inclusa na origem da palavra: sucesso vem do Latim *SUCCESSUS*, “resultado, avanço”, de *SUCCEDERE*, “vir logo depois de”, formado por *SUB*, aqui significando “depois, o seguinte”, mais *CEDERE*, “ir, mover-se, deslocar-se”. Com o tempo, adquiriu a conotação de “resultado positivo, muito favorável”. *Sucedâneo*. “que, ou aquele que sucede a outrem”. (CUNHA, 1998; DEPARTAMENTO DE DICIONÁRIOS DA PORTO EDITORA, 2001; CONSULTÓRIO ETIMOLÓGICO, sem ano). Dessa maneira, sucesso implica movimento. Não é algo estático, ou seja, não se concebe sucesso como permanente, perene. Situações intermitentes, que numa análise

aparente poderiam negatizar o sucesso, aqui estão sendo vistas como constitutivas do processo. Nesse sentido, a crise ou surto, podem se caracterizar como partícipes do tratamento, não o descaracterizando como exitoso.

Tomando por base a concepção de vida cotidiana, segundo Heller (2008), e de Reabilitação Psicossocial, a partir de Saraceno (1996), este trabalho registra histórias exitosas nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - dos Campos Gerais, pela ótica dos trabalhadores dos CAPS e também, aborda, se o sucesso é percebido pelos familiares em sua relação de cuidado com seu ente em sofrimento psíquico.

A delimitação das experiências exitosas aconteceu pela indicação dos profissionais de saúde. A eles foi pedido, além da indicação dos casos de sucesso, também a explicitação dos critérios que consideraram relevantes para a escolha dos mesmos. Uma vez cumprida essa etapa, optou-se também por ir a campo para entrevistar os familiares-cuidadores das pessoas em sofrimento psíquico, familiares esses, anteriormente caracterizados como casos de sucesso pelos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais. Foi necessário transcender o olhar dos profissionais de saúde para verificar, afinal, quem são os familiares dos sujeitos-alvo da Reforma Psiquiátrica, uma vez que as famílias das pessoas em sofrimento psíquico também são sujeitos protagonistas desse movimento.

O objetivo, então, foi o de verificar, a partir da fala dos cuidadores, quais elementos estariam, no discurso deles, relacionados a um possível êxito no tratamento de seu familiar. A ótica do sucesso a partir dos profissionais está pautada por conhecimentos acadêmicos que, provavelmente, não fazem parte do universo dos cuidadores. Estaria o sucesso também sendo sentido pelos familiares? E em caso positivo, quais componentes desse êxito são possíveis de identificar a partir de suas falas? Assim, considerou-se relevante ir a campo para compreender melhor a relação de cuidado família-pessoa com transtorno mental e identificar quais os mecanismos podem estar contribuindo para o sucesso no cotidiano das famílias e das pessoas em sofrimento psíquico.

Mas qual é o entendimento de família adotada nesta pesquisa? A concepção de família nuclear burguesa não mais é compatível com as mudanças ocorridas nas últimas décadas do século passado e que continuam adentrando pelo século XXI. No que diz respeito à família da pessoa em sofrimento psíquico, referenda-se, nesta pesquisa, o concebido por Lancetti e Amarante (2006, p. 632), que apontam para a

necessidade de abandonar a idéia de família desestruturada. “O que interessa conhecer é como a família está estruturada.” Também de maneira oportuna, Amazonas et al. (2003), apontam para a necessidade de olhar as famílias, tais quais elas se apresentam, e não como o pesquisador desejaria que elas se constituíssem.

Para este trabalho concebe-se família como socialmente construída e que traz por tarefas a articulação das relações entre seus membros e a localização dos sujeitos no conjunto social. Para a demógrafa Elza Berquó (1998, p. 414): “a família é, acima de tudo, a instituição a que é atribuída a responsabilidade por tentar superar os problemas da passagem do tempo tanto para o indivíduo como para a população.” Da psicanálise, acrescenta-se a importância da família em dar continência aos seus membros na medida da elaboração de seus traumas, permitindo a aceitação do filho através da revisão das suas expectativas e desejos.

Prado (2000), concordando com Recamier (1988), sinaliza que compete à família fazer face à angústia e ao luto fundamental³. Angústia que está presente desde o nascimento, tendo em vista a pressão das pulsões internas e luto referindo-se ao processo de individuação, de separação psicológica da mãe e que vai pautar futuras formas de se relacionar e interpretar as experiências que fará parte da sua existência.

Sem reduzir o transtorno mental como algo circunscrito ao ambiente familiar, alguns autores sugerem existir uma marca familiar na sua etiologia. Toma-se por base Prado (2000), que falando da psicose, enfatiza que “há sempre uma inscrição familiar em sua manifestação”. Neste aspecto, acrescenta-se a noção de ‘mito familiar’, como uma representação a partir do desejo e da interpretação específica de dada realidade. “A transmissão do mito familiar é marcada por segredos, por não-ditos, pelo tabu, processos que correspondem ao que não pode ser pensado... o mito pode se manter oculto por uma ou duas gerações, sempre havendo algo de sua existência que transpira para a geração seguinte.” (CAVALCANTE, 2003, p. 29).

Observamos que as famílias com pelo menos um membro psicótico apresentam uma dinâmica particular, composta de defesas específicas que implicam mecanismos psicóticos atuantes em seus vários membros, daí pensarmos em uma circunstância psicótica. Tanto

³ “É evidente que a família representa um papel fundamental na consecução dessas tarefas básicas. Ela suficientemente saudável apresenta condições de ajudar seus membros a superar, cada um por si e todos juntos, essas duas dimensões da angústia e do luto fundamental, não se livrando deles, mas elaborando-os. Já com expressivo potencial patológico, todos se empenham com afinco em evitar a todo custo o vivido da angústia e do sofrimento do luto. Isto é particularmente notável nas famílias com pelo menos um membro identificado como psicótico.” (PRADO, p. 19).

Dolto (1971a, 1971 b, 1982) quanto Mannoni (1965, 1966, 1967, 1970) chamaram a atenção para o sintoma como estando no lugar do não-dito é para o fato da criança, com seu sintoma, ser ela própria sintoma de dificuldades mais amplas, que podem remontar não apenas aos pais, mas aos avós e até mesmo aos bisavós. Etimologicamente, a palavra sintoma vem do grego, *synptoma*, e significa **coincidência, acidente, acontecimento**. Entendemos haver então, na circunstância familiar, uma conjugação entre aquilo que não pode ser dito, a nosso ver, aquilo que não pode ser pensado, e o sintoma do paciente identificado: há uma coincidência de acontecimentos, intrapsíquicos, interpssíquicos e transpsíquicos, como um acúmulo de não-resoluções que se atualizam em ato e expressam uma falha na capacidade de devaneio e na possibilidade de pensar pensamentos. (PRADO, 2000, p. 16).

Assim, o mito familiar é sentido, mas nunca revelado. É uma informação que está inscrita nas relações familiares, mas que não está disponibilizada publicamente entre seus membros.

Vale o cuidado de não reduzir uma questão tão complexa como a do transtorno mental a uma problemática intra-familiar, em um processo de culpabilização da família. Trata-se de uma questão que abarca aspectos históricos, sociais, culturais, psíquicos e biológicos. Não se pode reduzir o sofrimento psíquico ao indivíduo, à família ou ao biológico.

Em pesquisa que se debruçou sobre famílias pobres, Sarti (2009, p. 52-53) refere que:

A família não é apenas o elo afetivo mais forte dos pobres, o núcleo da sua sobrevivência material e espiritual, o instrumento através do qual viabilizam seu modo de vida, mas é o próprio substrato de sua identidade social. Em poucas palavras, a família é uma questão ontológica para os pobres. Sua importância não é funcional, seu valor não é meramente instrumental, mas se refere à sua identidade de ser social e constitui a referência simbólica que estrutura sua explicação do mundo.

Assim como em Sarti (2009), as famílias aqui pesquisadas também podem ser consideradas pertencentes aos segmentos mais empobrecidos da sociedade. Ao concordar com a autora, que concebe a família como substrato da “identidade social”, esta adquire uma configuração especialmente significativa no tratamento das pessoas em sofrimento mental.

O tratamento asilar não se interessou pela família da pessoa com transtorno mental ou à instrumentalização desta para que estivesse mais preparada para o cotidiano de existência e de cuidado com seu familiar em sofrimento psíquico. Assim, para a família do período asilar apresentou-se várias dificuldades, tais como: o pouco entendimento do que é o sofrimento psíquico, o abandono social, a

discriminação vivenciada, a dificuldade de acesso a serviços eficientes, as dificuldades econômicas, entre tantas outras.

Definidos os objetivos e os sujeitos a serem pesquisados, foi necessário delimitar o espaço/região onde seria realizado esse estudo. Partindo da preocupação em transcender o olhar sobre O CAPS de Castro, uma vez que é local de trabalho desta pesquisadora, optou-se pela delimitação da pesquisa nos CAPS da região dos Campos Gerais⁴. Dessa feita, buscou-se minimizar possíveis vícios do olhar e, ao mesmo tempo, buscou-se ampliar esse olhar para uma região que, guardadas as diferenças de tamanho de seus municípios, possuem semelhanças em sua formação histórico-social. Dos vinte e quatro municípios que fazem parte da região dos Campos Gerais, sete possuem CAPS transtorno mental em funcionamento e foram pesquisados. São eles: Arapoti, Campo Largo, Castro, Lapa, Ponta Grossa, Rio Negro e Telêmaco Borba.

Pensar a Reforma Psiquiátrica é pensar diferentes situações em diferentes ambientes; se por um lado é possível afirmar que determinados aspectos filosóficos e doutrinários desta podem ser vistos de maneira relativamente uniforme para todo o Brasil, por outro lado, é possível afirmar que a efetivação desses aspectos não é algo singular. Pelo contrário, sendo a Reforma Psiquiátrica um processo em construção, ela é plural na assistência e o seu estágio será sempre relacionado às características sociais, políticas, econômicas e culturais do território onde está sendo implementada. Portanto, a opção de ampliar o território da pesquisa objetivou, também, captar especificidades e similaridades da reforma psiquiátrica em diferentes espaços que possuem traços culturais comuns.

A pesquisa empírica⁵ envolveu diferentes procedimentos de coletas de informações e, em alguns casos, foi necessário ampliar a base dos registros documentais dessas informações. Assim é que, para todos os sete CAPS investigados, foram pesquisados os prontuários dos seus frequentadores. Nesses prontuários foram coletadas variáveis que permitiram delinear um perfil da clientela ali assistida, a saber: sexo, ano de inserção no serviço, escolaridade, faixa etária, hipótese diagnóstica, vínculo e sexo do cuidador. A pretensão inicial era a de coletar outras informações como a renda familiar, profissão e configuração familiar, intenção

⁴ Esta região será explicitada mais adiante, no Capítulo 2.

⁵ Todos os passos dessa pesquisa foram avaliados e aprovados pelo COEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, em novembro de 2009, incluindo o uso do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (ANEXO A).

esta inviabilizada, já que os registros, nos prontuários das instituições, não estavam completos.

Também foram coletadas informações na base DATASUS, com o intuito de verificar o número de internações que os municípios envolvidos na pesquisa fizeram nos últimos dez anos, considerando o período anterior e posterior à inauguração dos serviços substitutivos à internação psiquiátrica, neste caso, os CAPS dos Campos Gerais.

Outro procedimento de pesquisa que gerou base documental foi o questionário, sendo aplicado dois: um Questionário Institucional (ANEXO B), para as chefias dos CAPS, visando captar o perfil institucional e outro para os trabalhadores (ANEXO C) que atuam diretamente nos CAPS.

No questionário institucional foi pesquisado aspectos da estruturação funcional e do trabalho dos CAPS, especialmente no que se relaciona às atividades com as famílias das pessoas em sofrimento psíquico que estão fazendo acompanhamento nesses serviços.

Vários foram os objetivos do questionário com os profissionais: caracterizar o perfil desses profissionais; verificar qual o trabalho que desenvolvem com as famílias; registrar a visão que eles têm acerca da participação da família no tratamento dos sujeitos assistidos por estas instituições; que fizessem a indicação das histórias de sucesso no tratamento dos sujeitos que frequentam as instituições onde trabalham; e por fim, que referissem os critérios que definiram como indicadores de êxito.

A partir dos questionários respondidos pelos profissionais, chegou-se a um número de aproximadamente 40 pessoas em sofrimento psíquico que fazem, ou fizeram tratamento nesses serviços e que foram referendadas pelos profissionais como casos exitosos. Com essas histórias de sucesso em mão, foi realizada uma discussão com as equipes⁶ sobre os casos citados pelos profissionais, ocasião em que a pesquisadora acrescentou outros três critérios para refinar a escolha de dois casos a serem entrevistados em cada um dos CAPS:

1. Familiar de pessoa com transtorno mental severo, de longa duração, com

⁶ Em dois CAPS não foi possível a discussão dos casos citados com a equipe da unidade, restringindo-se o contato entre a pesquisadora e Coordenação do serviço para a escolha dos cuidadores a serem entrevistados.

histórico de várias internações psiquiátricas anteriores, indicando dificuldade de estabilização do quadro patológico.

2. Familiar que acompanha a pessoa com transtorno mental há pelo menos dois anos, fato que facilita informações sobre a história de relações entre familiar/pessoa com transtorno mental.
3. Familiar de 'usuário' em tratamento no Caps há mais de dois anos.

A partir da reflexão com as equipes dos CAPS, foi feita a escolha de 14 dentre os quase 40 casos citados - dois para cada um dos CAPS dos Campos Gerais - para posterior realização da entrevista com os cuidadores.

De posse de um roteiro (ANEXO D), com o único propósito de direcionar as informações coletadas, foram realizadas as catorze entrevistas. "As entrevistas semi-estruturadas são conduzidas com base numa estrutura solta, a qual consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o entrevistado podem divergir a fim de prosseguir com uma idéia ou uma resposta em maiores detalhes" (BRITTEN, 2005, p. 22).

Na entrevista semi-estruturada o pesquisador tem um guia que usa como base da entrevista, mas considerando a flexibilidade deste instrumento, permite o acesso a informações além das previamente listadas. Considerando os aspectos éticos vinculados à pesquisa, o cuidado do pesquisador se pautou na Resolução 196/96, que entende "que o ser humano nunca poderá ser considerado como 'objeto' de pesquisa, mas sim que ele é titular de direitos, sobretudo o da autonomia, dono de suas ações e decisões." (HOSSNE, 2006, p. 95).

A observação também se constituiu em um instrumento de investigação, na perspectiva de que "observar, na pesquisa qualitativa, significa 'examinar' com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, com o objetivo de descrevê-lo." (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 62). Com dinâmica mais flexível, e sem caráter obrigatório em todas as etapas, em certos momentos da pesquisa foi lançado mão de anotações das observações para posterior contribuição nas reflexões desta dissertação.

A pesquisa empírica envolveu diferentes sujeitos e diferentes instrumentos. Ao pensar metodologicamente esta pesquisa, foi considerada a preocupação com as diversas facetas que são constitutivas dos sujeitos investigados. Na complexidade

da existência humana, vale a tentativa de abarcar o maior número possível de variáveis que possam estar relacionadas ao objeto pesquisado.

Para apresentar os resultados da pesquisa, este trabalho foi dividido em quatro capítulos.

No primeiro capítulo – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA – há uma breve configuração histórica do tratamento oferecido às pessoas com transtorno mental. Esse capítulo teve por função introduzir o leitor no conhecimento de aspectos históricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil e dos atores que participaram desse processo. Também teve por objetivo o de fazer um enquadramento epistemológico das bases da Reforma Psiquiátrica, que, para Yasui (2010, p. 77),

trata-se não apenas de um novo olhar para o mesmo objeto, mas de uma ruptura epistemológica que descortina um campo complexo de dimensões do real e nos instiga a produzir conhecimento sobre as relações possíveis de serem feitas, construídas, tecidas. Produção de novos conceitos para novos problemas e objetos.

O Capítulo 2 – CAPS NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS – inicia com uma breve apresentação da região dos Campos Gerais, *locus* desta pesquisa, especialmente sobre a história da assistência psiquiátrica e à demarcação socioeconômica da região. Segue o texto com dados sobre os sete CAPS que estão localizados nas cidades de Arapoti, Campo Largo, Castro, Lapa, Ponta Grossa, Rio Negro e Telêmaco Borba. Na sequência do capítulo, há dados referentes às pessoas em sofrimento psíquico que frequentam tais serviços. Com esses dados foi possível definir o perfil das pessoas com transtorno mental que freqüentam os CAPS dos Campos Gerais.

No Capítulo 3 – ALÉM DA REMISSÃO DOS SINTOMAS? CASOS EXITOSOS NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS – o objetivo principal foi o de discutir sobre os critérios definidos como sucesso pelos trabalhadores dos CAPS. Para tal intento, o capítulo inicia com a apresentação do perfil dos trabalhadores no interesse de responder a questão: quem são os trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais? Segue com a apresentação dos critérios referidos pelos profissionais como indicativos de sucesso. Este capítulo carrega informações preciosas sobre a concepção dos profissionais dos CAPS quanto ao seu entendimento do que seja melhoria do quadro psiquiátrico da pessoa em sofrimento psíquico.

No último Capítulo – ALÉM DA REMISSÃO DOS SINTOMAS? CASOS EXITOSOS NA RELAÇÃO FAMÍLIA/CUIDADO/PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO – o texto inicia com apontamentos sobre a configuração na história do tratamento psiquiátrico, especialmente da relação dos serviços de saúde com as famílias das pessoas em sofrimento psíquico. São apresentados e caracterizados os 14 familiares-cuidadores das pessoas com transtorno mental acompanhadas nos CAPS dos Campos Gerais. Por fim, suas falas são analisadas e interpretadas

Um total de mil quilômetros foi percorrido em duas ocasiões: a primeira vez para apresentar a proposta de pesquisa e receber autorização das instituições, na segunda vez, para a coleta dos dados. Sete instituições, trinta e sete trabalhadores, mil duzentos e doze usuários e quatorze famílias. Os dados pesquisados formaram um conjunto significativo de informações, mas mais significativo ainda foi verificar a disponibilidade e interesse dos coordenadores dos CAPS, dos trabalhadores e dos familiares em contribuir com esta pesquisa.

Nos CAPS dos Campos Gerais visitados – casas adaptadas a partir de ambientes originalmente planejados para absorver o cotidiano de uma grande família – há sinais inequívocos de que a Reforma Psiquiátrica mudou aspectos essenciais na relação loucura-sociedade: em nenhum deles foi observado a existência de muros altos como os muros-fortalezas dos antigos hospícios; tampouco foi observado a existência de portas com trancas especiais que, em espaços asilares de algumas décadas atrás sinalizavam , ali, o aprisionamento de algum ‘louco agressivo’.

O desafio, na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica, diz respeito não apenas ao rompimento com as portas fechadas e com os muros altos. O desafio diz respeito, essencialmente, com o rompimento de uma visão biologizante que ainda parece assombrar a concretização dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Mudou-se o espaço arquitetônico, mas o desafio permanece. Que é o de prestar ações em saúde mental para pessoas: pessoas que desejam e que convivem com outras pessoas e que devem ser vistas, inclusive por determinação de lei⁷, como tal.

Ainda que o primeiro CAPS no Brasil tenha sido inaugurado em março de 1987 na cidade de São Paulo, ainda que já se vão mais de 20 anos, é possível

⁷A Lei Nº 10.216, de 2001 registra que é direito da pessoa com transtorno mental ser “tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.” (BRASIL, 2001).

considerar que a Reforma Psiquiátrica na região dos Campos Gerais carrega a marca da novidade. Ela está ali presente há menos de cinco anos.

Seguindo a lógica da novidade, este trabalho pretende acrescentar algumas questões ao debate da Reforma Psiquiátrica na região dos Campos Gerais, principalmente no que se refere ao aspecto do entendimento do sucesso no tratamento, nestes novos espaços não asilares.

1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

No interesse de contextualizar a política de tratamento em saúde mental, atualmente existente no país, este capítulo inicial está estruturado com a apresentação de um breve relato sobre aspectos da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil e os atores a ela ligados.

1.1 TRATAMENTO PARA A PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO: ASPECTOS HISTÓRICOS

O entendimento que se tem dos sintomas psiquiátricos é definidor do tipo de tratamento oferecido para pessoas em sofrimento psíquico. Visto sob óticas morais, jurídicas, econômicas, culturais, entre outras, os sintomas mentais saem da seara médica e são explicados sob diferentes olhares a cada tempo histórico. Portanto cada contexto histórico apresentou um entendimento do sofrimento psíquico, compreendendo-o e classificando-o a partir de seus elementos socioculturais.

A considerar que a maneira como são explicados os sintomas mentais indicam as prescrições de tratamento, é possível afirmar que a pessoa com transtorno mental já teve a psicocirurgia, o asilamento e até mesmo a fogueira, como tratamento, em diferentes tempos históricos. Segundo Ceccarelli (2005), na Grécia pré-socrática o transtorno mental era entendido como um castigo dos deuses e, na Idade Média, a loucura era vista sob o ponto de vista religioso, como uma possessão demoníaca, disto resultando até mesmo o encaminhamento de pessoas em sofrimento psíquico para serem queimadas nas fogueiras da Inquisição.

É nos séculos XV e XVI que o estudo da medicina começa a se contrapor ao discurso religioso. Somente com Pinel, em 1801, a partir da publicação do Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental é que a loucura ganha seu status médico de forma definitiva. Com Pinel, a loucura passa a ter uma vestimenta de doença, a psiquiatria passa ser considerada uma especialidade da medicina e o manicômio um local de tratamento especializado.

O status de doença alcançado pela loucura não eliminou a construção moral e de normalidade que impregnou os tratamentos⁸ instituídos a partir de então. A questão se complexifica quando a área não é apenas biológica, mas também psíquica e social, pois o que dizer do comportamento. Existe comportamento normal? Existe um modelo no qual podemos comparar e definir o que transgride a norma? “A se acreditar em Seutônio ou Plutarco, a maioria dos Césares foram loucos, no sentido atual do termo, mas não foram assim vistos pelos romanos, que, muito pelo contrário, os consideravam deuses.” (ORNELLAS, 1997, p. 85).

A questão da ‘conduta normal’ perpassa, portanto, por conceitos socioculturais que organizam um padrão de ‘equilíbrio’ do que é o esperado nos sujeitos. Ao longo do século XIX o hospital psiquiátrico passou a ser validado como um local de contenção do sujeito transgressor. Especificamente no Brasil, Boarini (2006, p. 36) aponta que o triunfo da instituição asilar foi “ironicamente exposto por Machado de Assis (1839-1908) em sua obra intitulada ‘O Alienista’, e por Lima Barreto (1881-1922), que na própria pele sente as agruras de viver em um hospital psiquiátrico e as retratou em sua obra intitulada ‘Cemitério dos vivos’.”

Com efeito, Machado de Assis trouxe Simão Bacamarte, um médico psiquiatra que enveredou pelo caminho da classificação dos sintomas, se emaranhando em dificuldades na separação do ‘normal’ e do ‘anormal’. O protagonista da história ‘resolveu’ a problemática que encontrou se autodiagnosticando louco e prescrevendo o próprio asilamento. Lima Barreto fez uma análise do sistema do tratamento psiquiátrico asilar do início do século XX. Escrito no período em que esteve internado no Hospício Nacional de Alienados, na Urca, Cemitério dos Vivos é uma obra com características autobiográficas já que o

⁸ Considerando a ressalva das limitações da ciência de cada momento histórico, vale lembrar que o status de doença alcançado não significou que o tratamento dado à pessoa com transtorno mental tivesse sido o equivalente ao de outras patologias. “O asilo constitui um instrumento de uniformização moral e de denúncia social. A segregação deve operar sínteses morais, uma continuidade ética entre o mundo da loucura e o da razão. No asilo – um domínio uniforme de legislação - apagam-se as alienações, através do silêncio, da ausência de espectadores; sem luta, sem dominação, só silêncio e ausência de uma linguagem diante do delírio; sem interlocutores, a loucura ver-se-á a si mesma, ‘libertada das correntes, mas aprisionada a si mesma’, loucura que é chamada a julgar-se para compreender, o que leva Foucault a afirmar que o asilo de Pinel é um microcosmo judiciário, em que a encenação da justiça é parte do tratamento.” (ORNELLAS, 1997, p.106).

autor foi internado duas vezes no manicômio, com diagnóstico de alcoolismo crônico, associado a delírios e alucinações.

Amarante (1998) chama de trajetória higienista o período compreendido entre a constituição da medicina mental no Brasil (meados do século XIX) e a Segunda Grande Guerra, e se refere a este período desta forma: “diz respeito ao aparecimento e desdobramento de um projeto de medicalização social, no qual a psiquiatria surge como um instrumento tecnocientífico de poder...” (AMARANTE, 1998, p. 88).

Integrou este projeto de medicalização social, a associação tratamento/exclusão e loucura/periculosidade

O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa distanciar-se para produzir saber e discurso. A ligação intrínseca entre sociedade/sujeito que enlouquece é artificialmente separada e adjetivada com qualidades morais de periculosidade e marginalidade. Assim, institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapeutização, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir-lhe dimensões de razão e de equilíbrio. Desta forma, a relação que se estabelece entre o sujeito que cura e o objeto de intervenção, subtrai a totalidade subjetiva e histórico-social a uma leitura classificatória do limite dado pelo saber médico. Uma codificação dos comportamentos é justificada pelo saber competente, multiplicado no imaginário social da modernidade. É a passagem de uma visão trágica da loucura – perfeitamente integrada no universo social do renascimento – para uma visão crítica, produtora de redução, exclusão e morte social. (AMARANTE, 1998, p. 46).

Birman e Costa (1994) apontam que o início do questionamento do modelo asilar se dá no período posterior à segunda guerra.

Nesta nova conjuntura, não era mais possível assistir-se passivamente ao deteriorante espetáculo asilar: não era mais possível aceitar uma situação em que um conjunto de homens, passíveis de atividade, pudessem estar espantosamente estragados nos hospícios. Passou-se a enxergar como um grande absurdo este montante de desperdício da força de trabalho. As Comunidades Terapêuticas surgiam do impacto causado pelas novas condições de vida. (BIRMAN; COSTA, 1994, p.3).

A considerar Birman e Costa (1994), no campo da psiquiatria localizado no pós guerra, dois momentos distintos de redimensionamento teórico podem ser registrados: o primeiro com a crítica à estrutura asilar, visto “que um conjunto de sintomas, anteriormente atribuídos à natureza essencial da psicose esquizofrênica, não passava de subprodutos do espaço asilar” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 46). Enquadram-se nesse momento dois movimentos, a saber: Comunidade Terapêutica Inglesa e Psicoterapia Institucional Francesa. Eles caracterizavam-se pelas críticas

ao modelo cronificador dos hospitais psiquiátricos, mas não propunham seu desmonte, e sim a humanização desses espaços.

Transformar o espaço hospitalar em terapêutica, corresponde a encará-lo como uma réplica, restrita e experimental, do espaço social extra-asilar, transformando-o no lugar privilegiado onde um aprendizado vai ocorrer, onde o paciente será recuperado para a vida social e familiar: espaço de pedagogia social. As normas e os limites que devem regular e delinear a vida dos pacientes no interior do hospital são uma síntese das regras da vida social mais ampla, que devem ser internalizados pelos pacientes, e a cura estaria relacionada com esta possibilidade de reeducação. Cabe sublinhar que estas mudanças asilares, no sentido de uma pedagogia normativa, não é algo externo ao tratamento que se daria de outra forma, mas é a essência da prática curativa. A possibilidade de cura relaciona-se com a perspectiva de entrar neste novo arranjo asilar. As situações hospitalares tornam-se um modelo, simultaneamente real e simbólico, que desenhavam as linhas reais e virtuais dos comportamentos permitidos e interditos, que erige um modelo de homem adulto. (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 47).

Assim, na lógica dos pressupostos da 'pedagogia social', no sentido de reeducação da pessoa em sofrimento mental, está presente também concepções como a de desajustamento e doença, e, por conseguinte, de ajustamento e cura.

Mas a viabilização do tratamento nos moldes propostos por esse modelo ficou desinteressante pelos fatores econômicos envolvidos: "o alto custo que representa, pela ampliação da equipe psiquiátrica, encarecendo os custos do tratamento, e na medida que organizados como alternativa do velho hospício, interessa pouco aos órgãos assistenciais do Estado." (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 48).

O segundo período que redireciona aspectos da teoria e da prática da psiquiatria foi a Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária norte-americana. Seus constructos assinalavam para o deslocamento do espaço de ação psiquiátrica, do hospital para a comunidade. Segundo Amarante (1998, p. 36), "a psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental."

Pelos conceitos presentes na Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, foi definido que as ações na área envolveriam a prevenção primária (explicada como intervenções relacionadas à etiologia da doença), prevenção secundária (que constituem ações vinculadas a um diagnóstico e intervenção precoce, mas já constituindo um momento em que a doença está instalada) e a prevenção terciária (associada à adaptação do sujeito pós-tratamento). Nesta perspectiva, a prevenção

primária aparece como uma estratégia de normatização da moral. Segundo Birman e Costa (1994, p. 50), “trata-se de esquadriñar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a Psiquiatria é a promotora do Bem-Estar.”

Nesse contexto, o conceito de crise torna-se importante visto que é indicativo de desequilíbrio.

A crise torna-se o grande momento do desajustamento, a fissura no sistema adaptativo do indivíduo. Transforma-se em signo de intervenção, para reequilibrar o indivíduo, promovendo a sua saúde mental, já que foi empiricamente observado que nas pessoas que adoeceram mentalmente, os primeiros indícios de suas modificações ocorreram em momentos de crise”. “A crise não é absolutamente sinônimo de doença mental, mas neste contexto de idéias que privilegia a questão do Normal e do Anormal num enfoque adaptativo, a crise pode conduzir à enfermidade. (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 50).

A considerar Amarante (1988, p. 37)

O preventivismo americano vem produzir um imaginário de salvação, não apenas para os problemas e precariedades da assistência psiquiátrica americana, mas para os próprios problemas americanos. A partir de uma certa redução de conceitos entre doença mental e distúrbio emocional (que caracteriza o que Caplan define como a crise), instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, se doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. Desta forma, urge a identificação de pessoas potencialmente doentes, de candidatos à enfermidade, de suscetíveis ao mal. De acordo com os pressupostos constituídos, considerando que os doentes somente procuravam o serviço de saúde ou o médico quando estavam doentes, é preciso sair às ruas, entrar nas casas e penetrar nos guetos, para conhecer os hábitos, identificar os vícios, e mapear aqueles que, por suas vidas desregradas, por suas ancestralidades, por suas constitucionais, venham a ser “suspeitos”, conforme expressão utilizada pelo próprio Caplan.

Assim, nesse sentido, o do preventivo, muitos sujeitos foram categorizados com ‘desviantes sociais’: os negros, os pobres, os hippies, os dependentes químicos, que

deu origem a um pernicioso equívoco psiquiátrico. Inicialmente, os psiquiatras assimilaram o “desvio social”, produto da inadaptação política e econômica dos indivíduos, ao comportamento eventualmente desviante dos doentes mentais. Através de um “deslizamento conceitual” produzido sobre as noções de “adaptação-desadaptação”, confundiu-se “desvio social” com “doença mental” e passou-se a acreditar que os métodos sociológicos de prevenção da divergência social poderiam tornar-se métodos de prevenção da doença mental.” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 55).

A partir disso, Amarante (1998, p. 41) se refere ao preventivismo como significando “um novo projeto de medicalização da ordem social.”

Para Amarante (2007, p. 41), que dividiu os movimentos do pós-guerra em “dois grupos mais um”, caracteriza esse ‘um’ como outros dois movimentos europeus da década de 60, que não se encaixam nos dois grupos acima descritos, visto que “o termo reforma parece inadequado” para defini-los. Os dois grandes movimentos a que esse autor se refere foram: um na Inglaterra, chamado de Antipsiquiatria⁹, questionador do conceito de doença mental e que considerava o discurso do louco como uma denúncia à problemática familiar vivida. E o outro é o movimento italiano, protagonizado por Franco Basaglia, que “vem matizada por cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento ‘político’: traz a *polis* e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam.” (AMARANTE, 1998, p. 47).

A adesão da Reforma Psiquiátrica brasileira ao modelo de Basaglia trouxe consequências na forma como evoluiu. Olhar o sofrimento psíquico a partir do viés social, tendo como núcleo duro do movimento a questão da cidadania e dos direitos humanos foram consequências desta opção pelos ideais do pensador italiano.

Quase que simultâneo ao Movimento Psiquiatria Democrático Italiano, cujo início está registrado no ano de 1973 (AMARANTE, 1998, p. 50), no Brasil o estopim da Reforma Psiquiátrica acontece com uma denúncia¹⁰ de três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II (Rio de Janeiro) em 1978. Esse ato tem inúmeras repercussões, entre eles o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que é considerado por Amarante (1998), ator e sujeito político fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica brasileira, já que este Movimento

⁹ “A Antipsiquiatria surge na década de 60, na Inglaterra, em meio aos movimentos *underground* da contracultura (psicodelismo, misticismo, pacifismo, movimento *hippie*), com um grupo de psiquiatras-dentre os quais destacam-se Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson -, muitos com longa experiência em psiquiatria clínica e psicanálise... As discussões ocorrem em torno da esquizofrenia, como conceito paradigmático da cientificidade psiquiátrica, tendo em vista que é no tratamento dessa patologia que o fracasso é maior, da mesma forma que é com a esquizofrenia que é mais flagrante a função tutelar da instituição psiquiátrica.” (AMARANTE, 1998, p. 42). Tem como expoentes Thomas Szasz nos Estados Unidos e Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson na Inglaterra, com algumas diferenças entre a vertente americana e a inglesa.

¹⁰ Três médicos bolsistas registram no livro de ocorrências do plantão do pronto-socorro as irregularidades que aconteceram, atitude esta que teve um efeito dominó “por mobilizar profissionais de outras unidades e recebe o apoio imediato do Movimento de Renovação Médica (REME).” (AMARANTE, 1998, p. 52).

apresentou como características a denuncia da violência nos hospitais psiquiátricos, a privatização dos serviços hospitalares e o modelo centrado na hospitalização.

Inúmeras ações e movimentos são iniciados a partir do MTSM. Em 1987 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (Rio de Janeiro) e neste mesmo período inicia-se, na cidade de Santos, a intervenção em um hospital psiquiátrico, local de maus tratos aos pacientes, com repercussão nacional. Foram implantados nesta cidade NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) que funcionavam 24 horas, residências terapêuticas para egressos de hospitais psiquiátricos, mostrando que a Reforma Psiquiátrica era possível e exequível.

Em 1989, Paulo Delgado, Deputado Federal pelo PT/MG dá entrada no Congresso Nacional do projeto de lei que regulamenta os direitos das pessoas com transtorno mental e propõe a extinção gradativa de leitos psiquiátricos, lei¹¹ esta que foi sancionada somente doze anos depois, em 2001, com alterações no texto original¹².

Pela via normativa, a partir de 1991, o Brasil expediu regulamentos para viabilizar a reestruturação da assistência psiquiátrica e, em especial, o Estado do Paraná antecipando a legislação nacional, em 1995, aprovou a Lei Estadual nº 11.189 que dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados para pessoas com transtornos mentais.

As duas últimas décadas do século XX foram fundamentais na estruturação das bases para a reorganização da assistência em saúde mental no país. É possível afirmar que a partir dos primeiros anos do séc. XXI a Reforma Psiquiátrica passou a acelerar-se e com alguns saltos significativos do ponto de vista político.

Desde a Portaria nº 336/GM¹³, de 19 de fevereiro de 2002 até o ano de 2006 foram inaugurados mil CAPS no Brasil, indicando um efetivo empenho para a inversão do modelo hospitalocêntrico. A considerar os dados do Ministério da

¹¹ Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

¹² Luzio e Yasui (2010, p. 22) destacam que “a mudança não foi apenas semântica, mas de essência. Transformada em um texto tímido, a lei aprovada mantém a estrutura hospitalar existente, regulando as internações psiquiátricas, e apenas acena para uma proposta de mudança do modelo assistencial.”

¹³ A Portaria nº 336/GM redefine e amplia a abrangência dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) buscando modelo alternativo a internação psiquiátrica, com assistência voltada para estratégias preventivas à cronificação da doença mental. Define modalidades de atendimento diferenciados por capacidade e tipo de atendimento: CAPS I, CAPSII, CAPSIII, CAPSad – álcool e drogas e CAPSi-infantil.

Saúde, até junho de 2010, o Brasil tinha em funcionamento 1541 CAPS, nas modalidades de CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPS ad e CAPSi¹⁴ (BRASIL, 2010, p. 5).

Mas o modelo de tratamento não se restringe à criação de CAPS. Outras ações também integram a política de saúde mental, como a de extinção de leitos em hospitais psiquiátricos, a implantação de residências terapêuticas, a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o matriciamento aos serviços básicos de saúde e outras estratégias que somadas, crê-se, levam a uma atenção mais humanizada e organizada a partir de critérios técnicos e não pautada na mercantilização da doença.

A inversão gradativa do modelo hospitalocêntrico fica claro quando se analisam os gastos na área de saúde mental do Ministério da Saúde: em 1997, 93,14% do total de gastos estavam destinados à rede hospitalar, enquanto que somente 6,86% eram investidos em ações extra-hospitalares (BRASIL, 2005, p. 8). Esses números se modificam e em 2009, 67,71% totalizam os gastos extra-hospitalares em saúde mental e 32,29% os gastos hospitalares (BRASIL, 2010, p. 22). “Os recursos federais empregados nas ações extra-hospitalares ultrapassaram o investimento nas ações hospitalares a partir do ano de 2006.” (BRASIL, 2010, p.22).

Amarante (1995) reforça que a desinstitucionalização proposta de Reforma Psiquiátrica não deve ser confundida com desospitalização:

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um

¹⁴ Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS - têm por objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos ‘usuários’ pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Está dividido nas modalidades de CAPS I, II e III, que se diferenciam pela capacidade de atendimento. CAPS I e II não apresentam diferenças no tipo de atendimento que fazem, tão somente foram pensados para atender cidades entre 20 a 70 mil habitantes e 70 a 200 mil habitantes, respectivamente. CAPSad (CAPS álcool e drogas) e CAPSi (CAPS infantil) são previstos para municípios acima de 200 mil habitantes, assim como os CAPS III, que tem funcionamento também noturno. Nesse sentido, a normativa dos CAPS é regida pela lógica populacional (BRASIL, 2005).

tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativeiro. Sendo uma questão de base ética, o futuro da reforma psiquiátrica não está apenas no sucesso terapêutico-assistencial das novas tecnologias de cuidado ou dos novos serviços, mas na escolha da sociedade brasileira, da forma como vai lidar com os seus diferentes, com suas minorias, com os sujeitos em desvantagem social. (AMARANTE, 1995, p. 494).

Com a Reforma Psiquiátrica, o enfoque do tratamento deixa de ser a exclusão e a cura, mas a produção de vida individual e social para esses sujeitos. A Reforma Psiquiátrica, portanto, constrói um campo de possibilidades do existir de cada uma das pessoas em sofrimento psíquico.

1.2 O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA E SEUS ATORES

Segundo Gohn (1997, p. 247) “movimento social refere-se à ação dos homens na história” e se trata de uma práxis que inclui o pensar e a ação. A autora diferencia luta social de luta de classes, referindo-se que a categoria classe não dá conta de explicar todas as dimensões e fenômenos da vida social. Para isso desenvolveu-se a categoria dos atores sociais. A dimensão subjetiva dos movimentos é uma questão importante e que está relacionada ao sistema de valores dos grupos sociais. Sendo assim, é possível falar em movimento social quando se explicita a questão da Reforma Psiquiátrica.

O Grupo de Estudos sobre Construção Democrática (1998/1999) aponta que as décadas de 1970/80 constituem-se como um marco na história das organizações civis no Brasil, com vários setores se organizando contra a ditadura, tendo como suporte teórico a teologia da libertação, o marxismo renovado e o novo sindicalismo. Neste momento, sociedade civil era igual a este “campo de atores que se organizavam coletivamente” (p. 17) e exerciam papel de denúncia à violação dos direitos humanos.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira surge neste contexto e traz por objetivo o de contrapor a lógica do tratamento pautado pela exclusão e pelos maus-tratos, elegendo três eixos de abordagem: a cidadania, a reabilitação psicossocial e os serviços substitutivos.

Amarante (1999) aponta quatro dimensões no processo da Reforma Psiquiátrica: a dimensão epistemológica ou teórico-conceitual, que diz respeito a

novas modalidades de pensar teoricamente a prática; a dimensão técnico-assistencial visto que a forma de cuidar é a tônica do movimento; a dimensão jurídico-político¹⁵ e a dimensão sociocultural que procura mudanças na forma como é visto o louco e a loucura (AMARANTE, p. 1999, 50).

Na década de 1980, no Brasil, inúmeras articulações de lutas sociais, frutos de uma insatisfação geral, surgiram e reforçaram movimentos cuja principal bandeira era a da cidadania. Como resultado, várias leis foram criadas para garantir direitos sociais. “Os movimentos sociais, populares ou não, expressaram a construção de um novo paradigma de ação social, fundado no desejo de se ter uma sociedade diferente, sem discriminações, exclusões ou segmentações” (GOHN, 2003, p. 203).

A Constituição de 1988, chamada de ‘Constituição cidadã’ apresentou inúmeros canais de participação popular, como: plebiscito, referendo, iniciativa popular de lei, tribunais populares, conselhos e outros canais institucionais de participação popular. Estes canais foram usados também na área da saúde mental:

... a Reforma Psiquiátrica se construiu mediante a articulação dos novos serviços com outros segmentos dos movimentos sociais, tais como as associações de usuários e familiares, ONGs, sindicatos, etc. Essa estratégia estabeleceu uma diferença, principalmente nos anos noventa, entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária: por um lado, ocupou espaços no aparelho estatal e por outro manteve uma identidade de movimento social, por meio do Movimento da Luta Antimanicomial e das associações de usuários. Nutrindo-se das cotidianas questões que surgiam no embate da construção da transformação da assistência, a Reforma Psiquiátrica se atualizava, também, com as questões sociais de seu tempo histórico (LUZIO; YASUI, 2010, p. 19).

A diversidade de sujeitos envolvidos¹⁶ não fragmentou o movimento cujos conflitos giravam em torno da dicotomia antimanicomialistas e manicomialistas.

¹⁵ Yasui (2010, p. 21) sugere “uma pequena alteração, renomeando a dimensão jurídico-político como dimensão política. A ênfase no termo ‘político’ visa a destacar exatamente as tensões e conflitos decorrentes das ações que provocam e interrogam a relação entre Estado e sociedade, e que produzem resultados nem sempre ideais, por vezes negociados, como, por exemplo, todo o processo envolvido até a aprovação da lei 10.216. Ações encarnadas em protagonistas que objetivam uma mudança para o lugar social da loucura, para a diferença. Trata-se, enfim, de uma luta política para uma transformação social.”

¹⁶ Vários atores envolvidos estão enumerados, como “... o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, por se constituírem em um sujeito político privilegiado na conceituação, divulgação, mobilização e implantação de práticas transformadoras, na fundação de uma reflexão profunda e crítica ao modelo da psiquiatria, fazendo surgir, desta forma, uma nova política de saúde mental; a Associação Brasileira de Psiquiatria, por esta entidade estar preocupada com aspectos de aprimoramento científico no campo da psiquiatria; o setor privado, representado pela Federação Brasileira dos Hospitais, que disputa verbas da previdência social; a indústria farmacêutica, que divulga a ideologia do medicamento como recurso fundamental, senão único, no tratamento dos transtornos mentais; as associações de usuários e familiares, que deixam de ser objeto de intervenção psiquiátrica para tornarem-se agentes de transformação da realidade”. (LÜCHMANN; RODRIGUES, 2007, p. 404). Luzio e Yasui (2010, p. 18) consideram que os gestores de saúde

Segundo Tenório (2002), a partir da segunda metade dos anos de 1970, a marca distintiva do movimento da Reforma Psiquiátrica diz respeito a não mais reivindicar a humanização dos hospitais psiquiátricos, e sim o questionamento da validade do tratamento asilar. O reclame da cidadania do louco passou a ser a tônica das mudanças na área da saúde mental, com ênfase aos direitos das pessoas com transtorno mental.

Tomando por base Amarante (1998), o surgimento do movimento de 'usuários'¹⁷ e familiares está vinculado às visitas de Franco Basaglia ao Brasil e também com a movimentação gerada pelas Conferências de Saúde Mental. Uma das primeiras associações de familiares e 'usuários' de que se tem registro, surgiu em Barbacena¹⁸, na sequência de uma visita de Basaglia aos manicômios daquela cidade.

Ainda o autor aponta diferenças entre o movimento de familiares de pessoas com transtorno mental e de 'usuários', assim denominados por tratar-se efetivamente dos sujeitos que fazem uso dos serviços de saúde mental. "Enquanto os movimentos de familiares adotam uma ideologia do determinismo biológico das doenças, possibilitando um processo de medicalização do problema, os movimentos de usuários tendem a assumir posições mais radicais e estruturais, combatendo as internações compulsórias, as práticas violentas da psiquiatria e adotando a defesa das teorias não-biológicas para a explicação das doenças mentais..." (AMARANTE, 1998, p. 118).

Em 1979, foi fundada no Rio de Janeiro a Sosintra, uma associação que se iniciou somente com familiares e depois (final dos anos 80) abriu para a participação de 'usuários' e simpatizantes. Seu foco pautou-se na insuficiência da assistência à

também se constituíram atores no processo de construção da Reforma Psiquiátrica. "Tal processo colocou em cena milhares de gestores municipais de saúde que passaram a se constituir, por vontade própria, ou compulsoriamente, por força da função que exerciam, em atores fundamentais no campo da saúde."

¹⁷ Amarante (2007) acerca do termo usuário refere que: "O termo 'usuário' foi introduzido pela legislação do SUS (leis n. 8.080/90 e 8.142/90), às quais já me referi, no sentido de destacar o protagonismo do que anteriormente era apenas um 'paciente'. A expressão acabou adotada com sentido bastante singular no campo da saúde mental e atenção psicossocial, na medida em que significava um deslocamento no sentido do lugar social das pessoas em sofrimento psíquico. Atualmente o termo vem sendo criticado pelo fato de ainda manter uma relação do sujeito com o sistema de saúde. Por esse motivo sempre o utilizarei entre parênteses. Esse é um importante indício do movimento permanente de reflexão e construção no campo da reforma psiquiátrica" (AMARANTE, 2007, p. 82-83). Seguindo o indicativo de Amarante (2007), nesse texto, também será usado aspas no termo 'usuário'.

¹⁸ Na cidade de Barbacena, Minas Gerais, foi inaugurado o Museu da Loucura em agosto de 1996, contendo objetos, documentos e fotografias historiando o tratamento psiquiátrico estabelecido em Minas Gerais desde 1900, quando foi criada a Assistência aos Alienados naquele estado.

pessoa com transtorno mental e por isso, a busca da solução a partir da participação dos próprios familiares na melhoria dessa assistência. Organizou-se como um grupo de ajuda mútua, “no qual as questões de cada um dos seus integrantes são discutidas e partilhadas, tornando-se, assim, um importante espaço de exercício de solidariedade” (AMARANTE, 1998, p. 119). Esta associação¹⁹ aproveitou os debates nacionais em torno da assistência a saúde, nos anos 80, como a das Ações Integradas de Saúde – AIS e participou de comissões e conselhos de comunidade.

Este cenário permitiu inferir que a participação de familiares e ‘usuários’ se caracterizou como um fator importante na mudança de paradigma de assistência mental no Brasil. Vários atores se organizaram de diferentes maneiras e sob distintas óticas teóricas e políticas. Mas neste embate ficou a impressão de que a polaridade não constituiu o fundamental do movimento. E não impediu os avanços observados nos últimos anos, tanto na redução de leitos psiquiátricos quanto na implementação dos serviços substitutivos, como o dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), duas propostas que contam com adesão unânime dos diferentes atores antimanicomialistas.

Amarante (1998) destaca a importância das Conferências para a participação e fortalecimento das associações de familiares e ‘usuários’. A I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) foi precedida de dois eventos preparatórios, no Rio de Janeiro: o I Encontro Estadual de Saúde Mental (1986) e a I Conferência Estadual de Saúde Mental (1987), sendo que em ambas a Sossintra teve relevante papel na organização.

Concomitante, neste mesmo ano de 1987, ocorreu o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP contando com a participação de associações de ‘usuários’ e familiares.

Com a participação de novas associações, passa a se constituir em um movimento mais amplo, na medida em que não apenas trabalhadores, mas outros atores se incorporam à luta pela transformação das políticas e práticas psiquiátricas. Esse momento marca uma

¹⁹ “Muitas outras associações de usuários e familiares têm sido criadas desde então, exemplo da Associação Loucos pela vida, de usuários, familiares e operadores do hospital do Juqueri em Franco da Rocha/SP; da Associação Franco Basaglia/SP, que reúne usuários, familiares e operadores do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira (CAPS); da Associação Franco Rotelli, de usuários, familiares e técnicos do sistema de saúde mental do município de Santos/SP; da Associação Cabeça Feita, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ; da Associação Cabeça Firme, do Hospital Estadual Psiquiátrico (Jurujuba), de Niterói/RJ; da ADDOM, de usuários e familiares de São Gonçalo/RJ, ou do Instituto Franco Basaglia/RJ, de técnicos em saúde mental, para citar alguns.” (AMARANTE, 1998, p. 120).

renovação teórica e política do MTSM, através de um processo de distanciamento do movimento em relação ao Estado e de aproximação com as entidades de usuários e familiares que passaram a participar das discussões.” (LÜCHMANN, 2007, p.402).

Neste segundo encontro do MTSM, foi redigido o que ficou conhecido como Manifesto de Bauru, que se constitui no documento fundador do movimento antimanicomial (MANIFESTO DE BAURU, 1987).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental aconteceu em dezembro de 1992. Teve uma organização mais ampla do que a primeira, visto ser precedida de etapas municipais, regionais e estaduais. A Conferência teve uma participação de quinhentos delegados eleitos nas etapas estaduais, com composição paritária: metade de ‘usuários’ e sociedade civil e a outra metade de gestores e prestadores de serviço. Três foram os temas em pauta: crise, democracia e reforma psiquiátrica; modelos de atenção em saúde mental; direitos e cidadania.

Em Santos acontece o III Encontro Nacional dos Usuários e Familiares da Luta Antimanicomial, que deve ser lembrada por ter produzido uma Carta de Direito dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental que entre outras questões refere que “a atenção em saúde mental não deve ser realizada em manicômios, mas em serviços abertos, e o menos restrito possível, tais como: hospitais gerais, centros e núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência e cooperativa, grupos de trabalho e microempresas, hospitais dia-e-noite, lares e pensões abrigados, associações comunitárias, grupos de auto-ajuda, oficinas abrigadas etc.” (CARTA DE DIREITO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 1993).

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001) destacam a diferença no cenário sócio-político da I e da II Conferência. Estes autores lembram que, nesta última, existiram diferentes experiências de atenção substitutivas ao modelo de internação psiquiátrica que estavam acontecendo no país. Também já estavam em tramitação leis estaduais em Câmaras de Deputados. “Ou seja, estava em curso um processo de transformação da saúde mental no campo teórico, no campo assistencial, no campo jurídico e no campo cultural.” (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001, p. 17).

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu ano de 2010, contou com ampla e efetiva participação de familiares e ‘usuários’. Na programação oficial, um dos eixos temáticos debateu a Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e fortalecimento dos movimentos sociais. Para isso foi prevista mesa

redonda e vários painéis com a temática da participação de 'usuários' e familiares, sendo que esses tiveram intensa participação nas reflexões sobre os caminhos para a consolidação da Rede de Atenção.

A abordagem dada pela mídia acerca do Movimento da Reforma Psiquiátrica desvenda a maneira como a sociedade civil estava recebendo este movimento, que contou com ampla cobertura jornalística.

...vencer a barreira da invisibilidade é o primeiro passo para tomar parte do fórum de debate cívico constituído pela mídia. Somente dessa forma os atores e seus discursos adquirem 'existência pública', para além de seu meio local e de suas comunidades compartilhadas. Contudo, a mera oportunidade de expressão não concede qualquer poder de convencimento ao que é dito. Para ser minimamente eficiente no processo de deliberação, um interlocutor precisa ter a capacidade de iniciar um diálogo público sobre um dado assunto, de tal maneira que ele receba séria consideração dos outros. (MAIA, 2006, p. 161).

Maia (2006) cita uma pesquisa realizada em 1999 em dois jornais de circulação nacional ((Folha de São Paulo e Jornal do Brasil) e em uma revista semanal (Veja), objetivando fazer um levantamento sobre a cobertura jornalística no período de 1987 a 1997, relativa aos debates e controvérsias em torno da extinção dos manicômios. Nos primeiros três anos identificou acentuadas denúncias sobre a situação desumana com que eram tratadas as pessoas com transtorno mental nos hospitais psiquiátricos, levando a um consenso pelos direitos destes sujeitos ao mesmo tempo em que fomentava dúvidas sobre a extinção dos manicômios. Proprietários de hospitais psiquiátricos se opuseram à extinção dos mesmos argumentando retrocesso no tratamento, na medida em que tais doentes seriam devolvidos aos seus familiares.

As famílias também argumentavam inabilidade no trato de seus familiares em sofrimento psíquico. Como resposta a estes familiares "foram elaborados cursos educativos com o intuito de facilitar a relação da família com os pacientes. Também foram propostos planos públicos destinados a garantir aos doentes mentais necessitados que deixassem os hospitais psiquiátricos, política de abrigo através de uma pensão e subsídio para aquisição de casa própria." (MAIA, 2006, p.167).

Maia (2006) assinala que para se manter 'responsivo' (*accountable*), o movimento necessitou mostrar à população que as propostas que defendiam eram exequíveis. Neste sentido vários projetos de assistência diária para as pessoas com transtorno mental eram divulgados, demonstrando ser possível o tratamento sem a internação/exclusão. Também produções televisivas e de rádio foram criadas, como

a TV Pinel no Rio de Janeiro, a rádio Tam-tam da cidade de Santos - São Paulo - e a rádio Som Pedro, de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. “Diante de adversidades, os proprietários de clínicas progressivamente retiraram-se da cena pública e interromperam a comunicação pública. Obviamente, políticas que não podem resistir ao escrutínio público precisam ser mantidas em segredo, e a retórica da abertura ou as simulações de transparência trazem os riscos de serem contraditas pelos outros.” (MAIA, 2006, p. 170).

Fato é que sem a ativa participação da sociedade civil, com seus diferentes atores e enfoques, o avanço da Reforma Psiquiátrica brasileira não ocorreria nos moldes que se presencia hoje e, possivelmente, não na velocidade que se observou e se observa. A intensa presença de trabalhadores e profissionais da área permitiu que os avanços fossem pautados por aspectos técnicos possíveis e teoricamente coerentes. O convencimento da mídia e seu consequente apoio a este movimento aconteceram na medida em que os serviços substitutivos à internação psiquiátrica mostraram-se alternativas viáveis. Segundo Maia (2006, p. 169) “uma vez que os grupos cívicos adquirem competências comunicativas gerais e conhecimento para processar problemas criticamente, eles estarão em uma posição de fazer bom uso de qualquer programa da mídia que encontrem.”

A adesão dos ‘usuários’ e de seus familiares no movimento corroborou o caráter da eficiência da Reforma Psiquiátrica. Além disso, foi possível apresentar sujeitos que pensam e demonstram estarem inconformados com o estigma de moralidade que culturalmente é colado em seus sintomas, que os tornou seres julgados e não tratados. Para além de seu sofrimento psíquico, os ditos loucos apresentam-se como pessoas de desejos e de saberes: cidadãos que se esforçam para receber tratamento humanizado e clinicamente eficiente. E na medida em que se apresentam como pessoas que buscam ser vistas na sua integralidade, a sociedade não pode mais ignorar as suas existências.

No próximo capítulo, será apresentada a região dos Campos Gerais, *locus* dessa pesquisa, assim como alguns dados referentes à trajetória da assistência psiquiátrica na região. É objeto desse capítulo, também, a apresentação das pessoas em sofrimento psíquico que frequentam os CAPS dos Campos Gerais.

2 CAPS NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS

Conhecer como estão estruturados os CAPS e como se organizam, qual é o perfil da população que ali é atendida, entre outras, são questões importantes para a compreensão do objeto de estudo.

Para tal intento, este capítulo inicia com um breve histórico da Reforma Psiquiátrica no Paraná. Segue o texto com a apresentação da região dos Campos Gerais, *locus* dessa pesquisa, e com os dados sobre a implantação dos serviços de CAPS nesta região. O capítulo prossegue com o detalhamento do perfil da população que é atendida pelos CAPS dos Campos Gerais.

Esta apresentação será feita partindo de alguns recursos oriundos do método quantitativo. Sobre metodologia quantitativa, Cervi (2009, p. 135) refere que: “A pesquisa social quantitativa pode ser definida como uma das formas de representação de fenômenos significativos da sociedade, a partir de um conjunto de técnicas que permite medir e contar os padrões e relações entre as características do objeto da pesquisa.”

Os números que serão apresentados na sequência não têm significado sem uma avaliação que os explique e facilite a compreensão do objeto aqui pesquisado. Trazer alguns números sobre os serviços oferecidos pelos CAPS Transtorno Mental I e II localizados na região dos Campos Gerais é uma maneira de fazer uma fotografia do cenário que se apresenta, visto que informações numéricas podem ser facilitadoras nas reflexões teóricas da pesquisa. Vale destacar que esta fotografia está localizada em um espaço e momento específico, estando sujeita aos constantes movimentos do tempo. Portanto, os números que serão apresentados aqui são, de alguma forma, retrato estático do período em que foram coletados os dados: de 04/02/2010 a 16/06/2010.

2.1 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO ESTADO DO PARANÁ

Segundo Wadi (2009, p. 77), “a assistência psiquiátrica no Estado do Paraná, dos seus primórdios no início do século XX até a década de 1980, foi marcada pelos compassos e descompassos do processo mais amplo de

institucionalização da loucura no Brasil, referenciada em grande parte pelo paradigma manicomial, bem como por uma legislação pertinente, como ocorreu em grande parte do nosso país.”

O primeiro hospital psiquiátrico do Paraná foi o Hospício Nossa Senhora da Luz, inaugurado em 1903, em Curitiba. Ligado à Santa Casa de Misericórdia, tinha características de tratamento regido pela lógica da caridade. O segundo hospital foi o Sanatório Bom Retiro, inaugurado em 1945, indicando um vazio histórico de quase 40 anos entre o aparecimento do primeiro e do segundo hospital psiquiátrico no estado.

O Hospital Colônia Adauto Botelho, 1954, foi o primeiro hospital psiquiátrico público do estado, e apenas 12 anos após sua inauguração já tinha registro de super lotação (WADI, 2009, p. 81). Considerando os poucos hospitais psiquiátricos públicos, no Paraná, as décadas de 1960/70 e início dos anos 80 foram marcados por intensiva contratação de leitos psiquiátricos em hospitais privados, seguindo a lógica existente no país. “Em 1995, documento da Secretaria Estadual de Saúde, atesta a existência de 22 hospitais particulares credenciados pelo Sistema Único de Saúde. Estes respondiam por 93% do total de 4.819 leitos psiquiátricos existentes no estado na época.” (WADI, 2009, p. 84).

No ano de 1967 foi inaugurado na cidade de Ponta Grossa, o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, sendo que para aquele período, foi considerado um avanço para o tratamento das pessoas com transtorno mental. Quase dez anos antes, em 1958, chamou a atenção do Dr. Candido Mello Netto, médico psiquiatra chegado na cidade naquele ano, o grande número de pessoas com transtorno mental que estavam ‘asiladas’ na cadeia pública da cidade. “A situação, o aspecto do local, a higiene das mulheres e principalmente o cheiro que dali exalava me impediram de qualquer aproximação e me desencadeou reação emética tão enérgica, nunca antes experimentada, até mesmo quando acompanhava trabalhos de exumação.” (CÂNDIDO NETO et al., 1995, apud LENDZION, 2007, p. 22).

No período compreendido entre a chegada desse psiquiatra à cidade e a inauguração do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha - 1958 a 1967 - a assistência psiquiátrica foi prestada através de uma unidade psiquiátrica dentro do Hospital São Lucas, um hospital geral. “A cidade passou a ser pioneira, no Estado do Paraná, ao possuir uma Unidade Psiquiátrica junto ao hospital geral” (LENDZION, 2007, p. 22),

em um processo que, atualmente, é preconizado pela Reforma Psiquiátrica como ideal²⁰.

No que concerne ao tratamento extra-hospitalar, Wadi (2009, p. 81) aponta que “ainda na década de 1940, em 02 de maio de 1944, foi fundado na cidade de Curitiba o primeiro ambulatório voltado ao atendimento psiquiátrico no estado.” Somente 20 anos depois, foram abertos serviços similares em outros municípios paranaenses: Maringá, Londrina, Cornélio Procopio, Irati e Apucarana. Mas é nos primeiros anos da década de 1990 que a lógica de tratamento concebida pela Reforma Psiquiátrica tem início no estado. Em 1995 foi formulada a “Política de Saúde Mental para o Estado do Paraná” cujo conteúdo dava ênfase para a necessidade de ações de atenção básica em saúde mental, com integração com a comunidade.

A considerar WADI (2009), o movimento da Reforma Psiquiátrica inicia, no Paraná, na década de 90:

Em 29 de março de 1995, foi constituído no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, o “Grupo de Trabalho de Saúde Mental”, com o intuito de discutir e elaborar propostas básicas para a área de saúde mental. Composto pelo então Secretário de Estado da Saúde e por representantes de diversas entidades, como a Diretoria de Vigilância e Pesquisa / Departamento de Programas Especiais / Saúde Mental, Hospital Colônia Adauto Botelho, Centro Psiquiátrico Metropolitano, entre outros, o grupo levantou inicialmente a situação em que se encontrava no estado, na época, a assistência em saúde mental:

1 – A área de Saúde Mental apresenta situação caótica, desorganizada, sem rumo, desintegrada, prevalentemente de orientação hospitalocêntrica.

2 – Não tem sido considerada a promoção da Saúde Mental bem como a assistência integral ao paciente nos diversos níveis de atendimento. 3 – Ressalta-se a indefinição de papéis, atribuições dos profissionais e dos serviços, pois não há referência, não havendo fluxos adequados e sistemas de referências.

4 – A demanda é reprimida uma vez que há dificuldades no acesso para atendimento ambulatorial e acompanhamento aos egressos do hospital psiquiátrico.

5 – O baixo valor da remuneração pelo sistema, da consulta ambulatorial e a falta de medicamentos agravam esta situação.

6 – Com relação à assistência hospitalar, levantou-se sobre as limitações das AIHs e as dificuldades geradas principalmente pela falta de critérios definidos para a sua distribuição. Outro problema se refere ao número significativo de pacientes vindos de outros estados e que utilizam as AIHs do Paraná.

7 – Os estudos epidemiológicos também não tem sido prioridade (PARANÁ, 1995 apud WADI, 2009, p. 87-88).

Partindo desse diagnóstico inicial, foram elencadas algumas propostas que objetivaram substituir o modelo hospitalocêntrico por serviços extra-hospitalares como ambulatórios, hospital-dia e hospital-noite, lares abrigados, centros de

²⁰ A modernidade da assistência psiquiátrica no Brasil preconiza o atendimento hospitalar psiquiátrico através da disponibilização de leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

convivência, centros de atenção psicossocial, entre outros. Três anos após, em 1998, foi realizada, pela Secretaria Estadual de Saúde, uma avaliação do processo, a partir do proposto em 1995, e foi constatando que alguns avanços necessários para a substituição do modelo não foram efetivadas, como a criação de serviços extra-hospitalares.

Mas WADI (2009) destaca a existência de alguns avanços nesse período: promulgação da Lei Estadual nº. 11.189/1995 que normatiza aspectos relacionados a internações em hospitais psiquiátricos; também a promulgação, em Curitiba, da Lei Municipal nº 9.000/96, acompanhando os princípios da lei estadual; em 1993, criação de um Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS, em Curitiba; e no ano de 1996, em Londrina, a instituição do Núcleo de Apoio Psicossocial Conviver.

A Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, no ano de 2002, registrou os primeiros CAPS habilitados no Estado, somando 14 serviços nas diferentes modalidades de atendimento: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad e CAPSi. Os municípios que primeiramente instalaram esses serviços foram: Cambé (1 unidade); Cascavel (1 unidade); Curitiba (5 unidades); Francisco Beltrão (1 unidade); Foz do Iguaçu (1 unidade); Londrina (2 unidades); Maringá (1 unidade); Paranavaí (1 unidade) e Pato Branco (1 unidade). (PARANÁ, 2008).

Até a data de junho de 2010, na área de saúde mental no estado do Paraná, consta com os seguintes serviços cadastrados: 89 CAPS (BRASIL, 2010, p. 5), 22 Residências Terapêuticas com 138 moradores (BRASIL, 2010, p. 11), 185 pessoas beneficiadas com o Programa de Volta para Casa (BRASIL, 2010, p. 12), 54 Ambulatórios de Saúde Mental (BRASIL, 2010, p. 14), 2 Centros de Convivência e Cultura (BRASIL, 2010, p. 15), 11 Hospitais Gerais com 152 leitos psiquiátricos SUS (BRASIL, 2010, p. 20), 17 iniciativas de inclusão social pelo trabalho. (BRASIL, 2010, p. 21).

A seguir, serão apresentados os municípios que fazem parte da região dos Campos Gerais, registrando algumas características sócio-econômicas, e após, a apresentação dos serviços de CAPS localizados nestas cidades.

2.2 A REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS

Definir o que seja Campos Gerais não é uma tarefa que implique objetividade. Variam as definições²¹ de como se configura esta região. Vale destacar um alerta contido no *Dicionário Histórico e Geográfico dos Campos Gerais*, que problematiza a região (ANEXO E) afirmando que esta não possui “uma definição única e permanente”, pois “tem sido modificada, atendendo a necessidades e conveniências de uma identificação regional dentro de um estado com marcante dinâmica territorial nas últimas décadas.” (DICIONÁRIO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DOS CAMPOS GERAIS, sem ano, sem página).

A apropriação da noção da região adotada por esta pesquisa não se apegou apenas aos critérios físicos do que seja Campos Gerais, no que refere aos aspectos fitogeográficos e geomorfológicos. Importou, sobretudo, os aspectos referentes a uma identidade histórica e cultural que “remonta ao século XVIII, quando, graças aos ricos pastos naturais, abundância de invernadas com boa água e relevo suave, foi rota do tropeirismo do sul do Brasil, com o deslocamento de tropas de muares e gado de abate provenientes do Rio Grande do Sul com destino aos mercados de São Paulo e Minas Gerais.” (DICIONÁRIO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DOS CAMPOS GERAIS, sem ano, sem página).

O critério aqui adotado refere-se à geografia, mas, sobretudo aos aspectos históricos, vistos que alguns municípios possuem semelhanças no que diz respeito às suas características socioculturais. Assim, é possível dizer que os municípios de Castro, Telêmaco Borba, Rio Negro, Campo Largo, Ponta Grossa e Lapa possuem sua formação histórica ligada às lides agro-pastoris, com raízes no tropeirismo. Ainda, vale registrar que espaços onde se situam os municípios acima mencionados possuíam, sobretudo a partir do início do século XIX²², traços que os relacionavam fortemente ao sistema escravista brasileiro (PEREIRA, 1997). Castro e Lapa, municípios mais antigos e sedes de comarca, por exemplo, já em meados dos oitocentos possuíam fazendas com grandes plantéis de escravos para os padrões do Paraná naquele momento, sendo que algumas delas atingiam escravaria acima de 40 cativos. (OLIVEIRA, 2010).

²¹ A título de ilustração, outras definições existem para delimitar esta região, a exemplo da Associação dos Municípios dos Campos Gerais - AMCG, cujos critérios preponderantes são os econômicos e políticos.

²² Alguns deles não eram, no início do século XIX, municípios do ponto de vista administrativo e judiciário, e sim, distritos sob jurisdição de alguma comarca.

Por sua formação histórica ligada ao tropeirismo e ao sistema escravista - Pereira (1997) chega a afirmar que no Paraná do século XIX o recorte senhor x escravo é mais nítido somente nos Campos Gerais – autores consideram a região conservadora do ponto de vista político. Com isso querem dizer que, de alguma forma a elite fazendeira, com apoio de camadas médias urbanas, também conservadoras, foi perpetuando-se no poder ao longo do tempo. Exemplo disso pode ser observado em artigo de Chaves (1999) que apontou o forte papel desempenhado pelos integralistas na cidade de Ponta Grossa, por exemplo, que nas eleições municipais de 1935 elegeram quatro das oito cadeiras da Câmara Municipal. Ainda em 1955, Plínio Salgado, fundador da Ação Integralista Brasileira (AIB) foi o candidato a presidente da república mais votado na cidade de Ponta Grossa (SVARÇA; CIDADE, 1989)

Dos vinte e quatro municípios que integram a região dos Campos Gerais, sete possuem CAPS Transtorno Mental de porte I e II, objeto de estudo desta pesquisa, a saber: Arapoti, Campo Largo, Castro, Lapa, Ponta Grossa, Rio Negro e Telêmaco Borba. Os serviços de Campo Largo e Ponta Grossa enquadram-se na categoria de CAPS II e os demais em CAPS I.

A tabela abaixo, criada a partir de dados do Ipardes e IBGE (2000, 2007, 2008 e 2010)²³, traz informações e índices com o objetivo de auxiliar na reflexão sobre cada um dos municípios pesquisados.

TABELA 1- Perfil dos municípios com CAPS da região dos Campos Gerais

	Arapoti	Campo Largo	Castro	Lapa	Ponta Grossa	Rio Negro	Telêmaco Borba
População censitária 2010	25.856	112.486	67.082	44.936	311.697	31.261	69.878
Índice de Desenvolvimento Humano - IDH-M 2000	0,761	0,774	0,736	0,754	0,804	0,801	0,767
Ranking no estado de IDH-M 2000	125º	78º	221º	147º	18º	21º	97º
Grau de Urbanização 2007	72,33%	83,34%	72,36%	59,62%	97,90%	77,88%	96,58%

²³ Esses dados, por município, estão apresentados segundo disponibilizados pelo IBGE e Ipardes, e não foi possível o registro das informações no mesmo ano, como era intenção original.

	Arapoti	Campo Largo	Castro	Lapa	Ponta Grossa	Rio Negro	Telêmaco Borba
Coeficiente de Mortalidade Infantil 2008	29,85 mil NV	11,73 mil NV	15,27 mil NV	21,07 mil NV	12,48 mil NV	17,11 mil NV	15,97 mil NV
Taxa de pobreza 2000	30,13%	15,91%	32,47%	31,54%	18,55%	19,22%	21,60%
Taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais 2000	11%	6,80%	12,50%	8,60%	5,70%	5,10%	10,50%

Fonte: Ipardes e IBGE - 2000/2007/2008/2010 – Elaborado por Lucimar Coneglian

Observa-se predomínio urbano, sendo que os municípios de Castro, Lapa, Rio Negro e Arapoti ainda possuem parte significativa de sua população vivendo na região rural. Diferentemente de Ponta Grossa e Telêmaco Borba que apresentam dados próximos aos 100% de sua população vivendo na área urbana.

Tomando por base informações do Ipardes, o Coeficiente de Mortalidade Infantil no Paraná diminuiu de 16,8 em 2002 para 14,5 por mil nascidos vivos em 2005. Pela tabela acima, os municípios de Arapoti e Lapa apresentam índices bem acima da média paranaense. Contudo, no Brasil, o Coeficiente de Mortalidade Infantil em 2008 foi de 23,3 óbitos de menores de 1 ano para cada mil nascidos vivos, indicando que os municípios pesquisados apresentam média próxima ou abaixo da nacional, excetuando o município de Arapoti.

A taxa de analfabetismo em Arapoti e Castro são as maiores do grupo (11% e 12,5% respectivamente), o mesmo ocorrendo com a Taxa de Pobreza, visto que ambas as cidades contam com mais de 30% de seus habitantes enquadrados nesta categoria.

Ainda com relação às Taxas de Pobreza é possível dividir as cidades em dois grupos: as que possuem taxas entre 15 e 21% (Campo Largo, Ponta Grossa, Rio Negro e Telêmaco Borba) e as que possuem taxas de pobreza por volta dos 30% (Arapoti, Castro e Lapa). Nos últimos anos, vários programas sociais estão presentes nas políticas públicas no Brasil, com implicações no cotidiano de vida dos pobres.

Quanto aos impactos dos programas de renda mínima, há autores que vêem esse tipo de proteção social como “fantasias” (DEMO, 2005), cuja função seria tapar a boca do pobre, evitando a “redistribuição” da renda. Em contraposição a esses argumentos, Euzéby (2004, p. 44) demonstra com dados empíricos que os programas de renda mínima são eficazes, especialmente no que tange à redução da pobreza. Na Dinamarca, a taxa da pobreza

(porcentagem de pobres entre a população fixada em 60% da média nacional), era de 29% antes dos benefícios sociais e passou para 8% depois deles (1997). (ZIMMERMANN; SILVA, 2008, p. 3)

O Índice de Desenvolvimento Humano demonstra a diversidade do grupo pesquisado. As cidades apresentam posição no ranking do estado do Paraná que as classificam entre a 18ª posição (Ponta Grossa), até a 221ª, índice de Castro. Municípios com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo, entre 0,500 e 0,799 são considerados de médio desenvolvimento humano e IDH maior que 0,800 têm desenvolvimento humano considerado alto. Por este parâmetro, todos os municípios da região pesquisada enquadram-se entre médio e alto desenvolvimento humano.

2.3 A IMPLANTAÇÃO DOS CAPS NA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS

A implantação dos serviços substitutivos à internação psiquiátrica, na Região dos Campos Gerais, tem seu início²⁴, no final do ano de 2005 e no decorrer do ano de 2006.

TABELA 2 - Ano de implantação dos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Inauguração
Arapoti	Dezembro de 2006
Campo Largo	Fevereiro de 2006
Castro	Dezembro de 2005
Lapa	Junho de 2006
Ponta Grossa	Outubro de 2006
Rio Negro	Maio de 2006
Telêmaco Borba	Outubro de 2006

Fonte: Questionário institucional – Elaborado por Lucimar Coneglian

A se considerar que a Portaria que criou a modalidade de CAPS é datada de 1992²⁵, a princípio pode-se ter a impressão que a região dos Campos Gerais

²⁴ O primeiro CAPS no Brasil foi inaugurado em 1987, na cidade de São Paulo: CAPS Luis da Rocha Cerqueira ou CAPS Itapeva. (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

²⁵ A Portaria/SNAS Nº 224 de 29 de janeiro de 1992 normatizou o atendimento em saúde mental na rede SUS e fez indicativo de serviços de saúde mental, entre eles os NAPS/CAPS – Núcleos/Centros de Atenção em Saúde Mental. A Portaria 336/02 complementou para essa Portaria.

apresenta uma lentidão na adoção destes serviços. A Tabela abaixo, construída a partir dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde por ocasião da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010), demonstra o crescimento ano a ano destes serviços:

TABELA 3 - Implantação de CAPS I e CAPS II no Brasil de 2002 a 2009

	CAPS I	Crescimento em relação ao ano anterior	CAPS II	Crescimento em relação ao ano anterior
2002	145		186	
2003	173	19%	209	12%
2004	217	25%	237	13%
2005	279	29%	269	14%
2006	437	57%	322	20%
2007	526	20%	346	7%
2008	618	17%	382	10%
2009	686	11%	400	5%

Fonte: BRASIL (2010) – Elaborado por Lucimar Coneglian

Esses dados mostram que entre os anos de 2005 e 2006 ocorreu um aumento de 57% no número de CAPS I abertos no Brasil, passando de 279 no ano de 2005 para 437 em 2006. Com os CAPS II ocorreu um aumento de 269 unidades para 322 em 2006, com aumento de 20%. Este período foi o de maior crescimento, o que sugere ter relação com a aprovação da Portaria/GM Nº1935²⁶, modificada posteriormente pela Portaria 245/GM de 17 de fevereiro de 2005, que estabeleceu incentivo financeiro para a implantação dos serviços de CAPS.

Com relação ao tratamento da pessoa em sofrimento psíquico, historicamente a região dos Campos Gerais não fez diferente do restante das regiões brasileiras. O tratamento foi pautado pela internação em hospitais psiquiátricos da região.

Os municípios de Arapoti, Telêmaco Borba, Castro e Ponta Grossa utilizaram quase que unicamente o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, fechado em novembro de 2004, com endereço na cidade de Ponta Grossa. Por seu turno, os municípios da Lapa, Rio Negro e Campo Largo, pela proximidade geográfica com Curitiba, optavam pela internação nos hospitais psiquiátricos da capital.

²⁶ Esta portaria, aprovada em setembro de 2004, destinou pela primeira vez incentivo financeiro antecipado, isto é, antes do início do funcionamento, para municípios que estão em processo de implantação de Centros de Atenção Psicossocial. O incentivo é de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para cada CAPS I em fase de implantação e de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais) para CAPS II.

A próxima tabela foi construída coletando o número de internações psiquiátricas de pessoas residentes nos municípios dos Campos Gerais e que tiveram por motivo da internação, os diferentes diagnósticos psiquiátricos.

TABELA 4 – Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência e internação por diagnóstico do CID 10: Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante; Transtornos do humor (afetivos); Transtornos neuróticos e relacionados com o stress e somatoforme; Retardo mental; Outros transtornos mentais e comportamentais

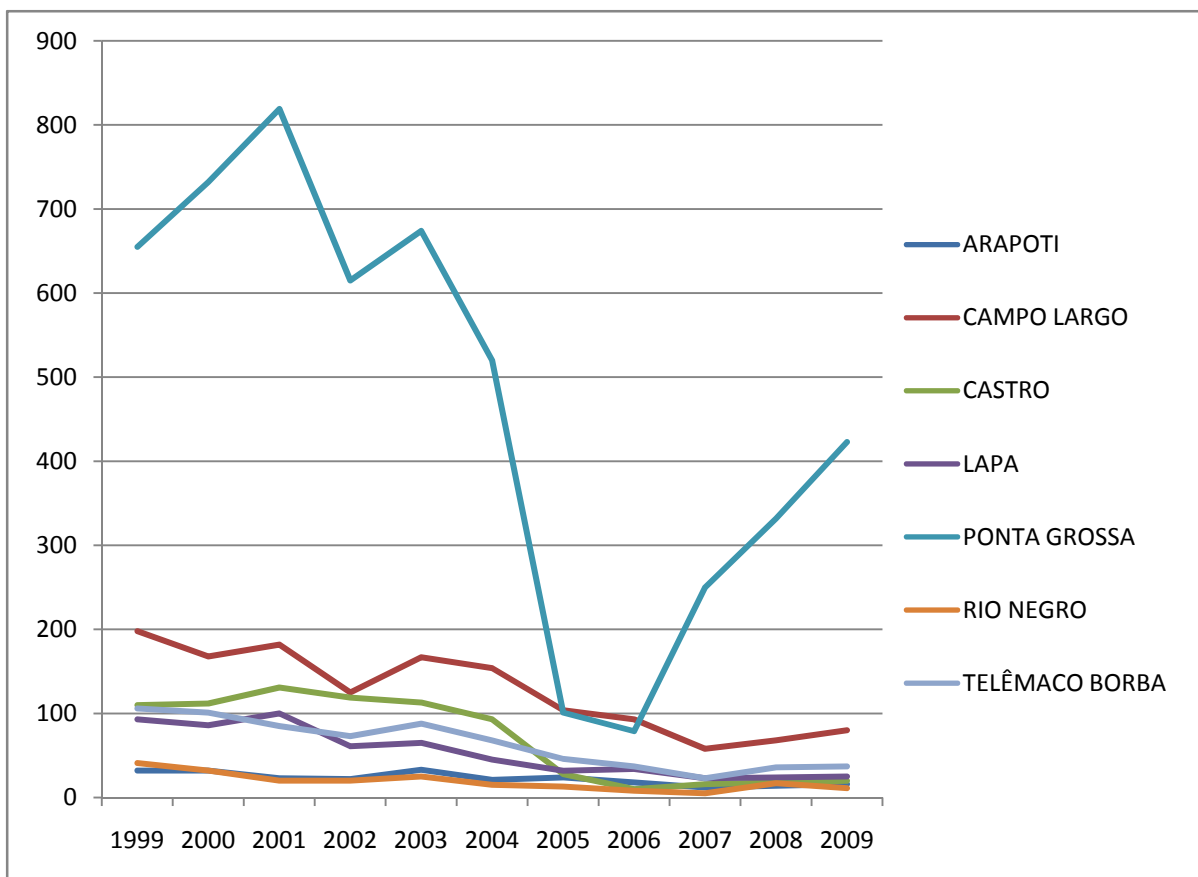
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Arapoti	32	32	23	22	33	21	24	18	12	14	16
Campo Largo	198	168	182	125	167	154	104	93	58	68	80
Castro	110	112	131	119	113	93	28	10	16	18	20
Lapa	93	86	100	61	65	45	32	34	23	24	25
Ponta Grossa	655	732	819	615	674	520	101	79	250	332	423
Rio Negro	41	32	20	20	25	15	13	8	5	17	11
Telêmaco Borba	106	101	85	73	88	68	46	37	23	36	37

Fonte: Datasus – Elaborado por Lucimar Coneglian

Ao analisar os dados apresentados pela Tabela acima, percebe-se uma importante redução no número de internações psiquiátricas/ano nos municípios pesquisados.

Os mesmos dados, agora retratados em gráfico, visualmente confirmam a diminuição no número de internações psiquiátricas.

GRÁFICO 1 - Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência e internação por diagnóstico do CID 10: Esquizofrenia, transtorno esquizotípico e delirante; Transtornos do humor (afetivos); Transtornos neuróticos e relacionados com o stress e somatoforme; Retardo mental; Outros transtornos mentais e comportamentais



Fonte: Datasus – Elaborado por Lucimar Coneglian

Interpretar essa redução no número de internações psiquiátricas de pessoas residentes nos municípios pesquisados exige cuidado. Observa-se a redução se acentuando a partir dos anos de 2005 e 2006. Duas variáveis se apresentavam nesse período: uma se refere à implantação dos serviços dos CAPS, a considerar o ano de 2006 como marco na inauguração desses serviços. Outra é o fechamento do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, na cidade de Ponta Grossa, que foi referência para parte das cidades da região pesquisada, que encerrou suas atividades no final do ano de 2004, mas que vinha já há algum tempo com atendimento reduzido.

Quando a causa da internação diz respeito aos Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso de Álcool e aos Transtornos Mentais e Comportamentais devido ao uso Substâncias Psicoativas, é possível observar também a redução no número de internações na maioria dos municípios pesquisados. Esses dados estão sistematizados e apresentados no ANEXO F.²⁷

²⁷ Como é passível de observação, o registro do número de internações psiquiátricas, por município, foi feita em separado: uma tabela com os diagnósticos de Esquizofrenia e outros (Tabela 4, Gráfico 1)

A complexidade da temática saúde mental exige pensar as questões da internação psiquiátrica sob diferentes prismas. Por um lado, parece que existe uma configuração de redução no número das internações, mas por outro lado, é temerário restringir a interpretação a um ou outro motivo, exclusivamente.

Os dados também indicam certo aumento no número de internações nos anos de 2008 e 2009. Variação estatística insignificante ou uma tendência ao aumento no número de internações? O município de Ponta Grossa apresenta um aumento significativo de internações psiquiátricas, com uma curva ascendente nos últimos três anos. Isso remete a uma questão importante: Ponta Grossa é um município que tem população censitária, para 2010, de aproximadamente 311 mil habitantes e conta com um CAPS II e um CAPS ad, mesmo número de serviços que a cidade de Campo Largo, que tem população censitária, 2010, de 112 mil habitantes (vide Tabela 1). Para o Ministério da Saúde, o CAPS atende um número determinado de habitantes: “O cálculo do indicador CAPS/100.000 hab. considera que o CAPSi dá resposta efetiva a 50.000 habitantes, o CAPS III, a 150.000 habitantes, e que os CAPS II, CAPSi e CAPSad dão cobertura a 100.000 habitantes” (BRASIL, 2010, p. 5). Diante deste dado, Ponta Grossa poderia comportar 3 CAPS II (ou 2 CAPS III), além dos CAPSad, mas a realidade ali é outra e há uma evidente defasagem, hoje, entre a demanda e a capacidade de atendimento do serviço.

Claro é que a redução no número de internações psiquiátricas não pode ser um dado exclusivo de resolutividade dos serviços substitutivos. Como já foi relatada na parte introdutória deste trabalho, a internação psiquiátrica respondia, também, a duas razões: era o único tratamento existente e também era indicado para muitos comportamentos transgressores, não necessariamente se constituindo em indicação clínica de tratamento.

Na tentativa de entender melhor que população é atendida pelos CAPS da região dos Campos Gerais, no próximo item será apresentado o perfil dos ‘usuários’ que frequentam estas instituições.

e outra tabela com o número de internações por diagnóstico de Abuso de álcool e outras drogas (Tabela 27, Gráfico 3 – ANEXO F). A opção em separar os dados se justifica por duas razões: uma delas é que em duas cidades pesquisadas, Campo Largo e Ponta Grossa, existem CAPSad e fazem ações separadas nessa área. Outra razão diz respeito à curiosidade de pesquisadora, desejando saber como anda a questão da internação em hospitais psiquiátricos, para os casos de dependência química, considerando a temática atualmente existente no país com relação ao tratamento do crack.

2.4 PERFIL DOS 'USUÁRIOS' DOS CAPS DA REGIÃO DOS CAMPOS GERAIS

Caracterizar quem é o 'usuário' dos CAPS dos Campos Gerais, traçando um perfil sócio epidemiológico traz informações relevantes sobre os sujeitos que estão sendo acompanhado pelas instituições. Atuar com a pessoa em sofrimento psíquico requer o cuidado da individualização do sujeito, traçando planos terapêuticos caso a caso. Mas também exige ações coletivas, como é o objetivo da ressocialização, do resgate dos seus direitos de cidadão, entre outros. Neste sentido, conhecer o perfil do 'usuário' pode facilitar a definição das estratégias destes projetos.

Andreoli et al. (2004, p. 837), que fez um censo dos 'usuários' que freqüentam os CAPS da cidade de Santos/SP justifica que um trabalho desta natureza tem por objetivo o de "fornecer subsídios para sua avaliação e alguns parâmetros para o desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental."

Neste trabalho, a utilização de técnicas oriundas do método quantitativo, carrega por objetivo olhar a população pesquisada não apenas nas generalidades que os números identificam, mas também no sentido de vulnerabilidade que esses mesmos números podem sugerir.

Segundo Cervi (2009, p. 126), a dicotomia quantitativo/qualitativo deve ser superada nas pesquisas em ciências sociais:

Normalmente, costuma-se estabelecer o espaço específico da pesquisa quantitativa como aquele em que se busca contar e medir características dos fatos sociais; enquanto que, por outro lado, os métodos qualitativos serviriam para classificar as características do objeto de análise. O problema, ou melhor, a principal limitação desse tipo de distinção está na impossibilidade de aplicá-la na prática da pesquisa científica. Considerando o status atual da pesquisa científica das ciências sociais, baseada na síntese entre racionalismo e empirismo, torna-se impossível quantificar, contar ou medir qualquer coisa da qual não se tenha uma classificação ou definição compartilhada a respeito dessas características medidas. Da mesma forma, qualquer classificação só é válida quando permite a distinção entre diferentes quantidades. Portanto, torna-se impossível fazer pesquisa científica exclusivamente em termos quantitativos ou qualitativos, segundo os termos apresentados acima.

A Organização Mundial da Saúde preconiza que cerca de 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos e persistentes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001). Considerando que a região dos Campos Gerais, na somatória de seus sete municípios, segundo população censitária 2010, possui 663.196 habitantes (IPARDES, 2010), registra-se então a possibilidade de existir

19.896 pessoas com transtorno mental severo e persistente nesta região. Trata-se de um dado epidemiológico, portanto de uma informação estimativa, o que não deve ser considerado como indicativo real. Sampaio (1998) aponta para a característica dialética dos dados epidemiológicos na área mental:

Considerando o processo saúde/doença, especificamente o processo saúde/doença mental, em sua totalidade tríplice e contraditória (bio-psico-social), o corte populacional que verdadeiramente possa significar os achados empíricos exige uma concretude mais próxima do indivíduo, capaz de articular as experiências econômicas, política e cultural de classe. A unidade epidemiológica de investigação deve representar a unidade conformadora da identidade social naquele momento histórico, naquele lugar geopolítico. (SAMPAIO, 1998, p. 76).

Portanto, os dados abaixo apresentados buscam responder quem são os 'usuários' dos CAPS dos Campos Gerais, na tentativa de transformar números estatísticos em sujeitos sociais. Os dados aqui coletados fazem parte do prontuário dos serviços e foram coletados entre o período de 04/02/2010 a 16/06/2010, conforme já referido anteriormente.

A intenção inicial era a de coletar, em todos os serviços pesquisados, os seguintes dados: ano de inserção no serviço, sexo, idade, profissão, escolaridade, renda familiar, identificação do cuidador, hipótese diagnóstica e configuração familiar.

Considerando que a coleta de dados foi feita somente pelas informações que constavam nos prontuários, nem todas as informações desejadas foram possíveis de ser obtidas para todos os municípios. Os dados de renda familiar, profissão e configuração familiar não estavam presentes na maioria dos prontuários, ou quando estavam, eram dados desatualizados: por exemplo, a renda familiar estava registrada no valor em dinheiro da época de inserção da pessoa ao serviço. Por isto, optou-se por não fazer o registro destes dados nas tabelas que serão apresentadas na sequência.

A próxima tabela traz a distribuição dos 'usuários' atendidos segundo o sexo:

TABELA 5 - Distribuição dos sujeitos por sexo nos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Masculino	Percentual	Feminino	Percentual	TOTAL
Arapoti	54	37,8	89	62,2	143
Campo Largo	82	44,8	101	55,2	183
Castro	90	55,9	71	44,1	161
Lapa	109	49,3	112	50,7	221

	Masculino	Percentual	Feminino	Percentual	TOTAL
Ponta Grossa	97	44,7	120	55,3	217
Rio Negro	58	30,2	134	69,8	192
Telêmaco Borba	49	51,6	46	48,4	95
TOTAL	539	44,5	673	55,5	1212

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

Como é possível identificar nesta tabela, existe um predomínio de mulheres ao de homens, numa média entre 5 a 20% a mais de mulheres, excetuando o CAPS de Rio Negro, com mais que o dobro de mulheres em comparação aos ‘usuários’ masculinos. Os CAPS de Castro e Telêmaco Borba atendem mais homens que mulheres. Vale registrar que o CAPS de Castro desenvolve trabalho com dependentes de álcool, em sua maioria homens, o que pode ter interferido neste dado, aumentando o índice masculino de frequentadores do serviço.

A Tabela abaixo apresenta o ano de inserção no serviço das pessoas com transtorno mental que, na época da coleta de dados, faziam acompanhamento nos CAPS dos Campos Gerais.

TABELA 6 - Distribuição dos sujeitos por ano de inserção no serviço nos CAPS dos Campos Gerais - 2010

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Sem informação	TOTAL
Arapoti			23	91	27		02	143
Campo Largo		32	37	26	64	24		183
Castro	23	44	32	28	29	05		161
Lapa		36	39	40	86	20		221
Ponta Grossa		12	22	64	79	39	01	217
Rio Negro		51	33	48	59	01		192
Telêmaco Borba		22	11	14	42	04	02	95
TOTAL	23	197	197	311	386	93	05	1212
Percentual	1,9	16,3	16,3	25,7	31,8	7,7	0,4	100

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

A Tabela 6 mostra que boa parte dos ‘usuários’ frequentam a instituição desde a sua inauguração (18,2 %). Do total dos frequentadores, 31,8% iniciaram o atendimento no ano de 2009, o que pode sugerir um renovação da clientela atendida em torno dos 30%, numa análise que merece maiores estudos. Mello (2005), refere

que em seu estudo encontrou 43% de ‘usuários’ em tratamento a menos de um ano e 22% a mais de 3 anos de frequência na instituição, dados esses que mantem uma proximidade com os encontrados na região dos Campos Gerais.

No que tange ao tempo de tratamento dos ‘usuários’ no serviço, diferentes questões podem ser apreendidas: um diz respeito ao fato de que o tratamento para a pessoa com transtorno mental não é pontual, demandando um período relativamente longo de acompanhamento, o que inviabiliza altos índices de altas terapêuticas e de fluxo da demanda. Mas existe outra possibilidade explicativa, que merece uma atenção especial e que se refere à possibilidade de que a proposta terapêutica dos CAPS está ‘fixando’ o ‘usuário’ ao serviço. Uma das dimensões na atenção à saúde mental, segundo Amarante (1999), diz respeito ao técnico-assistencial, que implica na

...construção de uma rede de novos serviços, mas não apenas serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividade, substitutivos (e não apenas alternativos) ao modelo terapêutico tradicional. Na medida em que deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidianamente do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, fazer alguma coisa, construir um projeto, uma atividade, organizar uma atividade conjunta etc. Em outras palavras, trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos. (AMARANTE, 1999, p. 50).

Dessa feita, os serviços dos CAPS não podem se constituir no único equipamento público frequentado pelas pessoas em sofrimento psíquico. A Reforma Psiquiátrica propõe-se, em seus princípios, atender não apenas na desospitalização, mas também os aspectos relacionados com a desinstitucionalização. Yasui (2010, p. 68) alerta para a história da psiquiatria reformada, na Europa e nos Estados Unidos, onde “a segregação em uma instituição total foi substituída pela dinâmica da circulação entre serviços especializados pontuais e fragmentados.”

É nesse cenário que os atores dos movimentos sociais – e dentre eles a Reforma Psiquiátrica – encontram seu grande desafio: não apenas negar o manicômio, mas produzir e inventar espaços de encontro para a problematização do cotidiano, para formulação de novas questões; espaços para produção de rupturas, para radicalização das contradições; espaços para a afirmação da vida. (YASUI, 2010, p. 71).

O presente trabalho não se ocupou em pesquisar como se estrutura o cotidiano de trabalhos nas instituições e, por isso, não cabe aqui analisar os projetos terapêuticos de cada um dos CAPS. Não é possível definir quais as razões - pois

com a complexidade do tema, a problemática nunca é singular – dessa fixação por longos períodos de parte dos ‘usuários’ de serviço. Levantam-se, então, as duas possibilidades explicativas apontadas, que nada mais são do que ponto de partida para novos projetos de pesquisas.

A Tabela 7 faz a distribuição dos ‘usuários’ por nível de escolaridade.

TABELA 7 - Distribuição dos sujeitos por escolaridade nos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Analfabeto	EFI	EFC	EMI	EMC	ESI	ESC	Sem informação	Total
Arapoti	02	01			01			139	143
Campo Largo	05	79	22	09	24	02	03	39	183
Castro	32	86	09	03	05	01	01	24	161
Lapa	08	118	17	12	26	01	01	38	221
Ponta Grossa	05	82	20	16	54	08	06	26	217
Rio Negro	01	76	16	09	43	04	10	33	192
Telêmaco Borba	02	16	04	02	04			67	95
TOTAL	55	458	88	51	157	16	21	366	1212
Percentual	4,5	37,8	7,3	4,2	13,0	1,3	1,7	30,2	100

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

Legenda:

- EFI - Ensino Fundamental Incompleto
- EFC - Ensino Fundamental Completo
- EMI - Ensino Médio Incompleto
- EMC - Ensino Médio Completo
- ESI - Ensino Superior Incompleto
- ESC - Ensino Superior Completo

Em estudo sobre o perfil dos CAPS na Região Sul do país, Kantorski et al. (2009) apresenta os seguintes dados: 91,3% sabem ler e 54,6% possuem ensino fundamental completo. Mello (2005), descrevendo características de ‘usuários’ de um CAPS do Rio de Janeiro refere 5% de analfabetos e 35% de ‘usuários’ com ensino fundamental incompleto.

Na região dos Campos Gerais, esta pesquisa indicou que somente 7,3% dos frequentadores dos CAPS possuem ensino fundamental completo. Encontra-se um percentual de 4,5% de analfabetos, e 37,8% que iniciaram o ensino fundamental sem concluí-lo. Dentre os que citam ter ensino fundamental incompleto, alguns não

conseguiram se alfabetizar, mesmo tendo freqüentado escola. São indivíduos que iniciaram ensino regular ainda na infância, sem êxito na alfabetização, engrossando os índices de evasão escolar. A se considerar este aspecto, provavelmente o número de analfabetos seria maior.

Os dados de Mello (2005) e Silva apresentam maior similaridade aos encontrados nos CAPS dos Campos Gerais, dos que os referidos pela pesquisa de Kantorski et al. (2009).

O número de analfabetos dentre os sujeitos que freqüentam o CAPS de Castro chama a atenção: 32 sujeitos entre 161, o que perfaz aproximadamente 20%. Segundo estimativas com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, 2009, no Brasil, 9,7% das pessoas com mais de 15 anos de idade são analfabetas. A pior taxa, no Brasil, está na Região Nordeste, com 18,7%. Diante de tais dados, verifica-se que a população atendida pelo CAPS de Castro tem um percentual maior de analfabetos do que a do Brasil, com taxa superior à pior região do país.

A próxima tabela traz a distribuição das pessoas em sofrimento psíquico, segundo faixa etária.

TABELA 8 - Distribuição dos sujeitos por faixa etária nos CAPS dos Campos Gerais - 2010

	Arapoti	Campo Largo	Castro	Lapa	Ponta Grossa	Rio Negro	Telêmaco Borba	TOTAL	Percentual
Menor de 19 anos ²⁸	03	05		04	02	14	04	32	2,6
20 - 24 anos	08	16	01	11	13	13	09	71	5,9
25 - 29 anos	16	13	12	35	17	7	15	115	9,5
30 - 34 anos	13	35	16	30	30	27	11	162	13,4
35 - 39 anos	17	27	18	33	38	26	10	169	13,9
40 - 44 anos	30	26	21	41	50	22	08	198	16,3
45 - 49 anos	15	27	22	23	27	27	12	153	12,6
50 - 54 anos	25	11	28	27	23	29	09	152	12,6
55 - 59 anos	07	14	23	06	08	17	07	82	6,7
60 - 64 anos	06	04	13	04	09	04	03	43	3,5
65 - 69 anos	03	02	06	07		04	02	24	2,0
Acima de 70 anos		03	01			03	04	11	1,0
TOTAL	143	183	161	221	217	192	95	1212	100

²⁸ Dentre os 32 'usuários' com menos de 19 anos, 13 são menores de 18 anos. Apesar dos CAPS I e II atenderem pessoas acima de 18 anos, 4 unidades dentre as 7 pesquisadas apresentaram um pequeno número de sujeitos abaixo dessa faixa etária. A justificativa das chefias dos serviços diz respeito ao fato de não existir nenhum tratamento especializado em saúde mental para esta faixa etária, em seus municípios, levando-os a abrir uma ou outra exceção no atendimento ao menor de idade.

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

Na faixa etária, entre 30 a 49 anos, encontra-se mais da metade das pessoas com transtorno mental: 56,2%. A população menor de 29 anos totaliza 18%, e a população acima dos 50 anos soma 25,8%. Dados bastante semelhantes foram referidos por Mello (2005), sobre o perfil dos 'usuários' de um CAPS do Rio de Janeiro: 23% estão na faixa etária entre 20 e 29 anos; 26% entre 30 e 39 anos; 23% entre 40 e 49 anos e 15% situam-se na faixa etária entre 50 e 59 anos.

Um conceito importante a ser considerado, para a população ora pesquisada, é o de vulnerabilidade, conceito já existente no campo dos direitos humanos, e que emergiu no final dos anos 90 do século XX, em função da Aids. Esse conceito "é simultaneamente construto e construtor dessa percepção ampliada e reflexiva, que identifica as razões últimas da epidemia e seus impactos em totalidades dinâmicas formada por aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos." (AYRES et al., 2003, p. 117-118).

Associada a grupos ou indivíduos fragilizados, Ayres et al. (2003) apontam que a vulnerabilidade não é binária – visto que as pessoas estão vulneráveis a alguns agravos e não a outros, numa mesma situação – que a vulnerabilidade não é unitária – uma vez que apresenta gradações – e a vulnerabilidade não é estável – já que os graus de vulnerabilidade mudam. "Portanto, as pessoas não 'são' vulneráveis, elas 'estão' vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma, e num certo ponto do tempo e do espaço." (AYRES et al., 2003, p. 134).

A considerar essa conceituação, as pessoas com transtorno mental acompanhadas nos CAPS dos Campos Gerais podem apresentar uma configuração - que vale dizer, não é constituinte do transtorno mental que as acomete – que as tornam socialmente e economicamente vulneráveis, em um e outro momento e em um e outro aspecto do viver. Baixa escolaridade, período longo de tratamento podem remeter a dificuldades, como o da inserção no mercado de trabalho. No que concerne o aspecto do trabalho, não foi possível identificar esse dado em todas as unidades de serviço pesquisadas, a considerar que não é registrado habitualmente nos prontuários.

Outra informação relevante refere-se à renda familiar, também inviabilizada na coleta, como já anteriormente explicado. A título de exemplificação, a tabela abaixo traz uma amostra da configuração de renda familiar, com dados exclusivamente do CAPS de Castro, visto ter sido possível a coleta mais completa desse dado.

TABELA 9 - Renda familiar usuários dos CAPS de Castro – 2010

	Quantidade	Percentual
1 Salário mínimo	56	35
2 Salários mínimos	48	30
3 Salários mínimos	13	8
4 Salários mínimos	0	0
5 Salários mínimos	3	2
Sem renda	2	1
Sem informação	39	24
TOTAL	161	100

Fonte: Prontuário Caps de Castro – Elaborado por Lucimar Coneglian

Pela tabela acima, verifica-se que a maioria, 74%, dos ‘usuários’ do CAPS de Castro, não tem renda ou a renda familiar é de até 3 salários mínimos, o que leva a considerar que é um grupo constituído por famílias pobres.

Assim, retomando Ayres et al. (2003), o perfil dos ‘usuários’ dos CAPS dos Campos Gerais e seus familiares apontam para um grupo de considerável vulnerabilidade. Os dados de pouca escolaridade, baixa renda familiar, tratamento em um período etário da vida pretensamente produtivo, associado ao histórico processo de exclusão e estigma, remete para a concepção de que o tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico devem conjugar ações interdisciplinares e que se esparramam pelo território, visto a vulnerabilidade de existência vivenciada por esses sujeitos.

Em seguida, a Tabela 10 apresenta a distribuição por hipótese diagnóstica. Nesta área vale lembrar que muitos sujeitos apresentam mais de um diagnóstico. A opção nesta pesquisa foi a de coletar a hipótese diagnóstica principal.

TABELA 10 - Distribuição dos sujeitos por diagnóstico nos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Arapoti	Campo Largo	Castro	Lapa	Ponta Grossa	Rio Negro	Telêmaco Borba	TOTAL	Percentual
F00-F09	05	11	08		05	03	06	38	3,1
F10-F19	11	03	20	75	02	05	06	122	10,1
F20-F29	51	59	87	20	62	37	37	353	29,1
F30-F39	63	93	20	100	135	79	23	513	42,3
F40-F48	12	04		15	08	39	11	89	7,3
F50-F59				01	01	09	02	13	1,1
F60-F69	01		02			03	03	09	0,7
F70-F79		09	23	04	04	06	06	52	4,3
F80-F89		01					01	02	0,2
F90-F98						04		04	0,3
G40		01	01	02				04	0,3
Sem informação		02		04		07		13	1,1
Total	143	183	161	221	217	192	95	1212	100

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

Para condensar os dados optou-se pela categorização seguindo a lógica dos capítulos que constam no Código Internacional das Doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995), a saber:

F00-F09: Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;

F10-F19: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa;

F20-F29: Esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e delirantes;

F30-F39: Transtornos do humor (afetivos)

F40-F48: Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o 'stress' e transtornos somatoformes;

F50-F59: Síndromes comportamentais associadas com distúrbios fisiológicos e a fatores físicos;

F60-F69: Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;

F70-F79: Retardo mental;

F80-F89: Transtornos do desenvolvimento psicológico;

F90-F98: Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente na infância ou na adolescência;

G40: Epilepsia

A maioria dos frequentadores dos CAPS dos Campos Gerais tem hipótese diagnóstica categorizada entre F20-F29 e F30-F39, ou seja, Esquizofrenias²⁹ e Transtornos do humor³⁰ (71,4%). Os Transtornos do Humor (F30-F39) somaram 42,3% dos ‘usuários’ em tratamento nos serviços pesquisados, dado esse fragmentado em 30 diferentes diagnósticos (Vide Tabela 30, ANEXO G). Tal fragmentação inclui diferentes condições de ‘severidade’ do diagnóstico, como Depressão leve, e também Depressão grave com sintomas psicóticos.

Os principais diagnósticos³¹ encontrados na presente pesquisa foram: F20 (Esquizofrenia) - 113 sujeitos; F31 (Transtorno afetivo bipolar) - 81 sujeitos; F20.0 (Esquizofrenia paranóide) – 72 sujeitos; F32 (Episódios depressivos) – 62 sujeitos; F10 (Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool) – 52 sujeitos; F32.3 (Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos) – 49 sujeitos.

A considerar os principais diagnósticos, parece que os CAPS dos Campos Gerais apresentam perfil diagnóstico dos ‘usuários’ de condições mais grave de sofrimento mental. Mas também, vale registrar, que no perfil dos ‘usuários’ assistidos pelos serviços, existe uma grande diversidade de diagnósticos.

Kantorski et al. (2009), referindo-se aos dados do perfil dos ‘usuários’ dos CAPS da Região Sul do Brasil destacam que “quanto ao diagnóstico constatamos que o CAPS está atendendo os usuários em condição mais grave de sofrimento psíquico e que os usuários permanecem longo tempo vinculados aos CAPS”. Neste sentido, parece que os CAPS dos Campos Gerais acompanham o perfil dos demais situados na região sul do país.

²⁹ Esquizofrenia é um transtorno mental cujos sintomas apresentam uma gravidade importante, limitando e/ou empobrecendo o vínculo social dos portadores. Pelo Código Internacional das Doenças- versão 10 (CID-10), os principais sintomas são: alteração das funções mais básicas, que dão à pessoa senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo; delírios; alucinações persistentes; empobrecimento afetivo; alteração da fluência verbal; retração social; entre outros. (DALGALARRONDO, 2008, p. 330).

³⁰ “Transtornos nos quais a perturbação fundamental é uma alteração do humor ou do afeto, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A alteração do humor em geral se acompanha de uma modificação do nível global de atividade, e a maioria dos outros sintomas são quer secundários a estas alterações do humor e da atividade, quer facilmente compreensíveis no contexto destas alterações. A maioria destes transtornos tendem a ser recorrentes e a ocorrência dos episódios individuais pode freqüentemente estar relacionada com situações ou fatos estressantes”. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1995)

³¹ Para o esquiteamento desses dados, distribuídos não por capítulos do CID 10 (como está apresentado na Tabela 10), mas por hipótese diagnóstica, optou-se pela discriminação dos principais diagnósticos (Tabela 28, Anexo G). Assim também, por serem os principais diagnósticos, foi feita a identificação, em tabelas diferenciadas, dos diagnósticos que estão enquadrados nos capítulos das Esquizofrenias F20-F29 (Tabela 29, ANEXO G) e Transtornos do humor F30-F39 (Tabela 30, ANEXO G).

Andreoli (2004) aponta que no grupo das esquizofrenias foram atendidos 629 de um total de 1673 'usuários', ou seja, 37,6% do total de freqüentadores do CAPS. No grupo das esquizofrenias faz a distribuição dos "pacientes com os seguintes diagnósticos específicos: esquizofrênicos (49,8%), psicose não-orgânica e não-especificada (37,5%), esquizotípico (0,3%), delirante persistente (2,1%), psicose aguda transitória (5,3%), delirante induzido (0,2%), esquizoafetivo (3,6%) e outros transtornos psicóticos não-orgânicos (1,6%)."

Portanto, o panorama apresentado pelos CAPS dos Campos Gerais no que diz respeito à hipótese diagnóstica é similar ao destes estudos. A pesquisa sobre hipótese diagnóstica dos 'usuários' de um CAPS do Rio de Janeiro trouxe dados diferentes: 84,7% dos 'usuários' se enquadram nas Esquizofrenias e 6,5% em Transtornos do Humor. (MELLO, 2005).

Este capítulo identificou a configuração da região dos Campos Gerais, a implantação dos CAPS e o perfil dos 'usuários' desses serviços. O propósito foi o de apresentar os CAPS e seus frequentadores. No próximo capítulo, será feita a apresentação dos trabalhadores destes serviços e a temática do sucesso, segundo a perspectiva desses profissionais.

3 ALÉM DA REMISSÃO DOS SINTOMAS? CASOS EXITOSOS SEGUNDO A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Qual será a leitura que os profissionais que trabalham nos CAPS dos Campos Gerais fazem das famílias das pessoas que são acompanhadas em suas instituições? Como será que os CAPS dos Campos Gerais têm vivenciado a participação da família no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico?

Essas questões interessam sobremaneira ao presente trabalho e serão abordadas oportunamente, ainda neste capítulo, que detalhará o trabalho das instituições CAPS com as famílias e as dificuldades ali vivenciadas.

O objetivo deste capítulo é o de refletir sobre os casos exitosos indicados pelos profissionais que atuam nos sete CAPS localizados nos Campos Gerais. O início deste capítulo traz algumas reflexões sobre a questão do sucesso no âmbito da saúde mental. Na sequência do capítulo, serão apresentados dados sobre o perfil dos profissionais que atuam nos CAPS dos Campos Gerais e as atividades que eles realizam com as famílias dos ‘usuários’ dos serviços. Por fim, a análise sobre os critérios de sucesso identificados pelos profissionais dos serviços pesquisados. Tenta-se, portanto, aprofundar o entendimento sobre os porquês dos profissionais de saúde identificar este ou aquele caso como exemplo exitoso.

3.1 ÊXITO EM SAÚDE MENTAL

No caso deste estudo, falar de êxito implica, também, em localizar a pessoa em sofrimento mental numa perspectiva da vida cotidiana e o tratamento, na lógica da reabilitação psicossocial.

Heller (2008) lembra que “a vida cotidiana é a vida de todo homem” (p.31), ou seja, o habitar dele no mundo. O homem nasce e é lançado na vida cotidiana, assumindo tarefas e funções, previamente postas:

O amadurecimento do homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade (camada social) em questão. É adulto quem é capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade. O adulto deve dominar, antes de mais nada, a manipulação das coisas (das coisas, certamente, que são

imprescindíveis para a vida da cotidianidade em questão). Deve aprender a segurar o copo e a beber no mesmo, a utilizar o garfo e a faca, para citar apenas os exemplos mais triviais. Mas, já esses, evidenciam que a assimilação da manipulação das coisas é sinônimo de assimilação das relações sociais. (HELLER, 2008, p. 33).

Assim como qualquer ser, a pessoa em sofrimento psíquico também habita a vida, o que vale dizer: come, dorme, sente, interage, trabalha (ou tenta), estuda (ou também tenta) e realiza outras tantas miudezas e grandezas do existir. Com isso, constitui-se parte do todo, e o todo está presente em sua existência. Assim, é possível entender que no exercício da cotidianidade, as pessoas em sofrimento psíquico assimilam as formas de existir dos homens e as relações sociais postas, que também constituem sua existência como pessoa.

Como é lembrado por Heller (2008, p. 32) “a vida cotidiana é, em grande medida, heterogênea; e isso sob vários aspectos, sobretudo no que se refere ao conteúdo e à significação e importância de nossos tipos de atividade. São partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação.”

Mas como falar de sucesso se muitas das pessoas com transtorno mental apresentam limitações nesta apropriação da vida cotidiana? Vale então dizer que falar de sucesso nesta área implica em perceber quais avanços que o sujeito têm apresentado a partir das desabilidades que o sofrimento mental acarretou para sua vida, desabilidades essas que, na maioria das vezes, estão relacionadas ao entorno de estigmatização e de dificuldade que a sociedade tem de conviver na diferença, e não desabilidades constitutivas do transtorno mental. Sob essa ótica, sucesso não pode ter uma definição fechada. O êxito é particular de cada um, e considerado a partir das condições originais que lhe estão postas. Portanto, processual do indivíduo inserido em uma determinada sociedade e em determinado momento.

As ciências tradicionalmente associadas ao tratamento da pessoa com transtorno mental, a psiquiatria e a psicologia, ainda apresentam resquícios da ‘medicina mental inaugural’³², preocupada com os aspectos classificatórios das doenças e dos doentes. Portanto, voltam-se para os sinais e os sintomas manifestados pelos indivíduos, numa postura limitada de entendimento do sujeito.

Yunes (2003), ao refletir sobre a ênfase biologicista da psicologia lembra que:

³² Paulo Amarante (1998) localiza a Medicina mental inaugural com Pinel, no século XVIII.

Durante todo o ano de 1998, Martin Seligman, na condição de presidente da American Psychological Association, escreveu artigos mensais que focalizavam a necessidade de mudança no foco das contribuições da Psicologia, ainda centrado numa prática historicamente orientada para a compreensão e tratamento de patologias. Segundo esse importante pesquisador, a ciência psicológica tem "esquecido" ou negligenciado a sua mais importante missão: a de construir uma visão de ser humano com ênfase em aspectos "virtuosos". (YUNES, 2003, p. 76).

Sob a perspectiva da medicina inaugural, da psicopatologia classificatória e restrita à terapêutica medicamentosa, sucesso no tratamento significa remissão dos sintomas: não alucinar, não delirar, não surtar. Nesta ótica, êxito pode estar associado ao comportamento apático da pessoa em sofrimento psíquico, derivado de impregnação neuroléptica³³, fruto de um tratamento que busca dopar o sujeito, numa lógica de "acalmar" e "domar" os sintomas.

As psiquiatrias reformadas³⁴, datadas no pós-guerra, contestam tanto a instituição asilar quanto o saber psiquiátrico. Amarante (1998) enumera alguns deste saberes: a psicoterapia institucional, as comunidades terapêuticas, a Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, entre outras.

A Psiquiatria Preventiva, já abordada no primeiro capítulo, pressupõe uma concepção

de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto de normas e princípios sociais. (...) Tal processo representa a existência de uma 'atualização' e de uma metamorfose do dispositivo de controle e disciplinamento social, que vai da política de confinamento dos loucos até a moderna 'promoção da sanidade mental', como a conhecemos agora. Nesse território de competência instituídas, cabe aos saberes psiquiátricos-psicológicos a mediação da constituição de um tipo psicossociológico ideal, traduzido num complexo mecanismo de controle e normatização de expressivos segmentos sociais, marginalizados pelas mais variadas causas. (AMARANTE, 1988, p. 41).

A considerar essa concepção, a crise não tem espaço de manifestação. Ao que Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001, p. 19-20) contrapõem referindo que "para mudarmos nossa atitude asilar, reformista e tecnicista diante da pessoa com

³³ "Fenômeno clínico que é a expressão do efeito químico dos neurolépticos (também chamados de tranqüilizantes maiores ou antipsicóticos). Isto acontece quando o fármaco penetra nos gânglios, ou núcleos, da base do cérebro. O paciente fica, na fala popular "robotizado", à semelhança de um paciente de parkinson: andar em bloco sem mexer os braços, curvado para a frente em busca de seu centro de gravidade, início e final da marcha difícil com forte hesitação o que provoca um saltitar. A face fica em amimia (sem mímica), vale dizer, sem modulação expressiva (por isso é chamado de "jogador de pôquer", pois pode blefar sem que ninguém desconfie). O ritmo de piscar torna-se muito lento. A musculatura geral do corpo fica rígida (em hipertonia), e há um tremor generalizado." (REDEPSI, sem data, sem página).

³⁴ "Utilizamos a expressão 'psiquiatria reformada', proposta por Franco Rotelli (1990:17-59), para mapear os movimentos reformistas da psiquiatria na contemporaneidade." (AMARANTE, 1998, p.27)

transtornos psíquicos ou mentais, e considerá-la a partir de sua existência-sofrimento, faz-se necessário especificar uma concepção de subjetividade e de saúde psíquica que deixem claro qual é o lugar e o estatuto das crises e dos diferentes desencadeamentos problemáticos.”

A concepção de cura, “fortemente associada às noções de solução absoluta ou retorno à normalidade” (JUCÁ, 2010, p. 307), não se apresenta compatível aos preceitos da Reforma Psiquiátrica. A sinalização é no sentido de que “o problema não é cura (a vida produtiva), mas a produção de vida e de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001, p. 20).

Considerando a lógica do êxito no tratamento, sob a perspectiva de produção de vida, é necessário pensar também que se trata “de uma interrelação de reconstrução de conceitos; de espaços substitutivos de sociabilidade, de possibilidades plurais e singulares concretas para sujeitos concretos; de direito ao trabalho, à família, aos amigos, ao cotidiano da vida social e coletiva; de solidariedade e inclusão de sujeitos em desvantagem social.” (GUIMARÃES et al., 2001, p. 9).

Amarante (1998, p. 49) lembra que “a trajetória italiana propiciou a instauração de uma ruptura radical com o saber/prática psiquiátrica, na medida em que atingiu seus paradigmas.” Tal ruptura, que também baseou a Reforma Psiquiátrica brasileira, indica também a necessidade de romper com os critérios de sucesso tradicionais, normalmente associados à remissão dos sintomas.

A Reforma Psiquiátrica reforçou a concepção de pensar a pessoa em sofrimento psíquico na vida cotidiana. Sucesso, então, pode ser concebido como possibilidade de viver, habitando o mundo numa perspectiva que parte dos limites e possibilidade de cada um. “É no cotidiano que a Atenção Psicossocial inventa permanentemente as suas ações, que se produzem os encontros com o drama do existir, que se constroem estratégias de cuidado, que se organizam modos de habitar o mundo.” (YASUI, 2009, p. 6).

Como aponta Yasui (2009), “o cenário é a vida de todo dia”. E é no cenário de vida das pessoas em sofrimento psíquico que se viabiliza a proposta de encontrar os casos de sucesso dos CAPS dos Campos Gerais. Mas se estar no mundo é viver “a vida de todo dia”, isso significa que o tratamento do transtorno mental implica refazer o pertencimento desse sujeito na pluralidade do viver.

A concepção que norteia o tratamento dos CAPS diz respeito à questão da Reabilitação Psicossocial que, bem entendida, contribui para a temática do sucesso das pessoas com transtorno mental. Para a International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, de 1985, Reabilitação Psicossocial é um "processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade." (PITTA, 1996, p. 19).

Saraceno (1996, p. 16) refere que Reabilitação Psicossocial é "um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social." A força que este autor coloca no processo de cidadania como o núcleo duro da reabilitação coaduna com a concepção da Reforma Psiquiátrica, pois a questão da cidadania é um determinante deste movimento.

Para Lino (2006, p. 65), Reabilitação Psicossocial "é restituir processo de poder contratual do sujeito, com o objetivo de ampliar sua autonomia", mas isso não deve se constituir em um processo alienador, destituído de sentidos, como chama a atenção Lussi, Pereira e Pereira (2006, p. 450):

A reabilitação não é a passagem de um estado de desabilidade para um estado de habilidade, ou de incapacidade para a capacidade. Essas noções não se sustentam quando descontextualizadas do conjunto de determinantes presentes nos locais em que ocorrem as intervenções, o que leva a pensar que a reabilitação é ampliada de acordo com as possibilidades de estabelecimento de novas ordenações para a vida. Desse modo, não há uma fronteira delimitadora dos que passaram a estar aptos e não aptos à vida, seja ela no âmbito pessoal, social, ou familiar. Várias pesquisas epidemiológicas atuais constataram, contrariamente aos postulados da psiquiatria tradicional, que a cronificação e o empobrecimento do portador de transtorno mental não são intrínsecos à doença, mas ocasionados por um conjunto de variáveis externas ao indivíduo, em geral ligadas ao contexto da família e da comunidade, passíveis de modificação por meio de um processo de intervenção. Por serem essas variáveis ligadas ao meio ambiente do paciente, pressupõem intervenções no nível ambiental que se distanciam das intervenções tradicionais do modelo psiquiátrico de abordagem biológica.

Alguns aspectos do viver cotidiano das pessoas com transtorno mental, como a baixa escolaridade, a baixa inserção no mercado de trabalho e a pequena rede de inserção social não podem ser entendidas como sintomas do transtorno mental que as acometem. São fruto do contexto externo à doença, contexto este que foi construído mediante as condições histórico-socioculturais postas.

A tomar por base a escolaridade e o trabalho/renda, o êxito no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico que estão sendo acompanhadas nos CAPS dos Campos Gerais pode ser contestado. Pela ótica tradicional de sucesso escolar -

onde titulação acadêmica mensura o sucesso - e também pela ótica tradicional do sucesso profissional e econômico - onde o sucesso está vinculado a carreiras de poder e de riqueza - é possível dizer que os 'usuários' dos CAPS dos Campos Gerais não constituem parâmetros de sucesso: em sua maioria são analfabetas ou com baixo nível escolar, pobres e sem trabalho.

Como já foi sinalizado anteriormente, o histórico processo de exclusão no qual foram submetidas as pessoas com transtorno mental associado às questões do estigma, trazem inúmeros comprometimentos no processo de socialização e de inserção no mercado de trabalho. Como é apontado por Nunes e Torrenté (2009, p. 102) "viver a experiência de um sofrimento psíquico grave tem grandes implicações nas formas de interação social, na possibilidade de aceitação social e, de modo mais dramático, na produção de um estigma social."

Para Goffman (1988) a estigmatização deve ser compreendida numa ótica interacionista, como uma forma de classificação social pela qual uma pessoa identifica a outra segundo certos atributos. Tais atributos podem ser positivos ou negativos e desabonadores. Aqueles que atendem aos atributos positivos são considerados os 'normais'. Os dos atributos negativos ou desabonadores são os 'estigmatizados'.

O autor cita três tipos de estigmas: as deformidades físicas; as relacionadas ao caráter (inclui nesta categoria as pessoas com distúrbio mental) e, por fim, os estigmas associados às questões tribais de raça, nação e religião. Para todos os tipos de estigma uma questão em comum: o afastamento social, já que "um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus. Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto." (GOFFMAN, 1988, p. 14).

Assim, estigma implica numa relação de discriminação e, no caso das pessoas com transtorno mental, a 'marca' associada à doença se enquadra na categoria de caráter, pressupondo o julgamento moral. O estigma social acoplado e associado à pessoa com transtorno mental a exclui e discrimina, fazendo com que suas perspectivas de socialização sejam limitadas e não raras vezes inexistentes.

Porém, existem ainda outros tipos de estigma. "O "estigma sentido" (*felt stigma*) faz com que as pessoas limitem desnecessariamente seu cotidiano

buscando o isolamento, por exemplo, com medo da discriminação. O "estigma efetivado" (*enacted stigma*) se refere à experiência real de discriminação, quando a exclusão em função do estigma já ocorreu, resultando em violação de direitos e implicando ostracismo social." (GARRIDO et al., 2007, p. 73).

A considerar aspectos referentes à socialização, êxito para a categoria aqui pesquisada é algo aparentemente distante. Porém, se partir do entendimento de que a rede de relacionamentos destes indivíduos está sendo constituída a partir dos serviços dos CAPS, a inserção social das pessoas com transtorno mental é muito recente, já que é a partir da Reforma Psiquiátrica e dos movimentos sociais antimanicomialistas que se tem buscado maior visibilidade e aceitação social para as pessoas em sofrimento psíquico.

O que se apresenta, na sequência do texto, diz respeito à seguinte questão: o que foram considerados critérios indicativos de sucesso, na escolha das histórias exitosas, para os profissionais que trabalham nos CAPS dos Campos Gerais? Na sequência do texto, após a apresentação do perfil dos profissionais que trabalham nos Campos Gerais, serão listados tais critérios, que foram por eles mencionados.

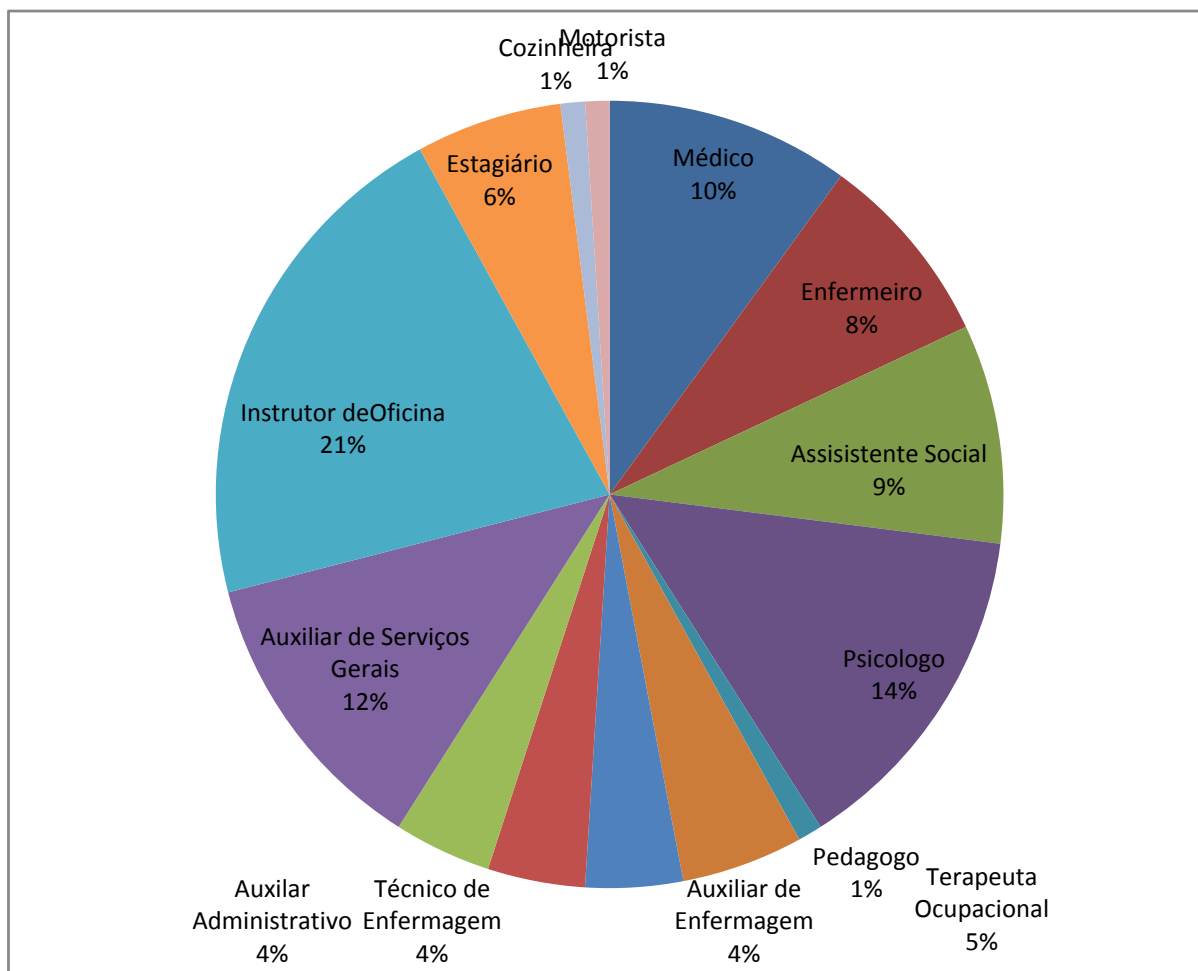
3.2 PERFIL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS CAPS DOS CAMPOS GERAIS

Antes de iniciar a temática do sucesso na perspectiva dos profissionais, vale perguntar: afinal, quem são os trabalhadores dos CAPS da região dos Campos Gerais?

A coleta dos dados que será aqui apresentada foi realizada através da aplicação de dois questionários: um institucional (ANEXO B), respondido pela chefia do serviço e outro com os trabalhadores que atuam nos CAPS dos Campos Gerais (ANEXO C).

O gráfico abaixo apresenta a distribuição dos trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais:

GRÁFICO 2 - Percentual de profissionais distribuídos por categorias que trabalham nos CAPS da região dos Campos Gerais - 2010



Fonte: Questionário Institucional – Elaborado por Lucimar Coneglian

O gráfico demonstra que existe diversidade profissional e que a maioria dos trabalhadores se enquadra no Grupo Técnico, aqui definido como o dos profissionais que realizam assistência técnica às pessoas com transtorno mental: assistente social, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, instrutor de oficina, médico, psicólogo, pedagogo, técnico de enfermagem e terapeuta ocupacional. O número relativo deste grupo perfaz 78% do total de profissionais.

Os profissionais do Grupo Administrativo e de Apoio, aqui são considerados como aqueles que dão um suporte indireto nas atividades do serviço. Nesta categoria foram enquadrados: auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, cozinheira, estagiário e motorista. Os dados demonstram que totalizam 22% de todos os trabalhadores.

Em uma unidade de saúde com as características do CAPS é difícil um profissional que não apresenta relação direta, ainda que não freqüente, dependendo da forma como a instituição se organiza, com os 'usuários'. No entanto a divisão, aqui proposta, foi definida considerando que existe um grupo que apresenta preparo específico para atuar com as pessoas em sofrimento psíquico e, além disso, é também um grupo em que a relação com o 'usuário' é permanente e definidora do papel profissional no contexto de trabalho. No outro grupo, a relação de atenção direta e o preparo específico não são essenciais ao serviço, ainda que recomendada.

Essa divisão não tem o propósito de fragmentar profissões na sua relação com os 'usuários', numa concepção antiga de assistência psiquiátrica:

Se no manicômio a equipe era fragmentada, dividida em competências/habilidades específicas, hoje é estimulada a organizar-se de maneira horizontal, compartilhando saberes e práticas, rediscutindo cotidianamente as situações e determinando, em conjunto, as estratégias de intervenção. Dessa maneira, a equipe vai se desfazendo do conjunto de categorias específicas que a representava para formar um novo coletivo, dessa vez organizado de forma interdisciplinar e responsável por atender as diferentes demandas e dimensões que apresenta o sujeito em sofrimento mental. (PINHO; HERNANDEZ; KANTORSKI, 2010, p. 261).

O único objetivo aqui esperado é o de verificar se existe uma preponderância de trabalhadores na área administrativa e de apoio em detrimento à área de assistência.

TABELA 11 - Distribuição dos profissionais por grupo de assistência e carga horária nos CAPS dos Campos Gerais - 2010

	Número de profissionais	%	Carga horária	%
Grupo Técnico	61	78	1560	70
Grupo Administrativo e de Apoio	17	22	660	30
TOTAL	78	100	2220	100

Fonte: Questionário Institucional – Elaborado por Lucimar Coneglian

A Tabela 11 mostra não somente o número de profissionais atuantes nos CAPS, mas também a carga horária que os mesmos realizam nas instituições. Considerar o predomínio deste ou daquele grupo apenas pelo número de

profissionais poderia enviesar os dados, pois é possível ter algumas categorias com maior número de profissionais, mas com carga horária de trabalho reduzida.

Os dados demonstram que existem 61 profissionais do Grupo Técnico com 1560 horas/semanais de trabalho, e 17 que trabalham no Grupo Administrativo e de Apoio com 660 horas de trabalho semanais, de um total de 2220 horas realizadas por todos os trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais. Estes dados sugerem que, independentemente de se considerar o número de profissionais ou a carga horária, existe uma preponderância de profissionais do Grupo Técnico.

Assim, parecem existir indicativos de que os serviços de CAPS dos Campos Gerais não estão pautados pela questão administrativo/burocrático, e que a assistência técnica direta para a pessoa com transtorno mental parece ser a lógica que rege a contratação dos profissionais. Outro lado dessa questão, diz respeito ao fato de que, em uma unidade pesquisada, alguns profissionais se queixaram que ficam ‘assoberbados’ por algumas tarefas administrativas, em função da falta de recursos humanos nesta área, acarretando prejuízos no exercício de suas próprias tarefas.

O questionário com os trabalhadores das unidades pesquisadas foi aplicado com as categorias profissionais de nível superior e que estão citadas na Portaria 336/GM³⁵. Esta opção ocorreu por uma razão específica: são profissionais da área técnica e que apresentam contato direto com ‘usuários’ do serviço e seus familiares, pressupondo assim que os dados coletados dessem conta do objeto de pesquisa.

Por este critério, do total de 78 trabalhadores dos CAPS, o questionário foi aplicado em 37, distribuído nas seguintes áreas:

TABELA 12 - Formação acadêmica dos profissionais nos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Número	Percentual
Assistente Social	7	19
Enfermeiro	8	21
Médico	7	19
Pedagogo	1	3
Professor de Educação Física	1	3
Psicólogo	10	27

³⁵ 01 (um) médico com formação em saúde mental; 01 (um) enfermeiro; 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico (BRASIL, 2002).

Terapeuta Ocupacional	3	8
TOTAL	37	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

Vale o registro, a partir desta tabela, que os CAPS têm constituídos suas equipes principalmente nas categorias profissionais que tradicionalmente trabalham com a área de saúde mental: médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo, e que não por acaso, são as profissões especificadas na portaria que normatiza este tipo de serviço.

A próxima tabela traz a distribuição por sexo:

TABELA 13 - Distribuição por sexo dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Número	%
Masculino	11	30
Feminino	26	70
Total	37	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

A Tabela 13 reforça a tendência de que na área de saúde tem preponderância feminina. Este dado é coerente com o resultado encontrado por Kantorski et al., (2009), que pesquisando os CAPS da Região Sul do Brasil, mostram que 78% dos trabalhadores no interior das instituições é composta por mulheres.

Com relação à idade dos profissionais que atuam nos CAPS dos Campos Gerais, encontrou-se que:

TABELA 14 - Distribuição por idade dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Número	Percentual
20 - 24	06	16
25 - 29	09	24
30 - 34	10	27
35 - 39	08	21
40 - 44	02	5
45 - 49	02	5
50 e acima	01	3
TOTAL	37	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

Mello (2005), ao pesquisar um CAPS do Rio de Janeiro, apresenta que 75% dos trabalhadores são adultos jovens com até 39 anos, dado esse próximo do aqui encontrado, onde 88% dos profissionais se enquadram na faixa etária de até 39 anos.

A próxima tabela faz a distribuição dos profissionais considerando a qualificação acadêmica.

TABELA 15 – Qualificação acadêmica dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Número	Percentual
Graduação	13	35
Especialização	20	54
Residência médica	3	8
Mestrado	1	3
TOTAL	37	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

A considerar as titulações de especialista, mestre e de residência médica, 65% dos profissionais já realizaram alguma qualificação profissional posterior a graduação.

Dentre os 24 profissionais que relataram algum curso de pós-graduação, 7 são médicos que fizeram Especialização em Psiquiatria (quatro deles) ou residência em Psiquiatria (três deles). Vale lembrar que esta é uma qualificação necessária para atuar na área, não indicando uma procura específica de capacitação para o trabalho no CAPS. Os que referiram áreas compatíveis à da saúde mental, mencionam os seguintes estudos: Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise; Dependência Química; Saúde Coletiva; Educação Especial (no caso da profissional de pedagogia); Especialização e Residência em Psiquiatria.

Uma parcela dos profissionais relatou cursos de pós-graduação em outras áreas que não as de Saúde Mental e Saúde Coletiva ou áreas correlatas. Entre os 24 profissionais pós-graduados, 4 citam outras áreas temáticas, a saber: Enfermagem do Trabalho, Gestão de Pessoas, Gestão Empresarial e Serviço Social Escolar. Sete profissionais não informaram a área em que realizaram a capacitação posterior à graduação.

A próxima tabela apresenta o tempo de atuação dos profissionais nos serviços de CAPS, sendo que a maioria dos profissionais estão a menos de 2 anos (65%) atuando nos serviços.

TABELA 16 - Distribuição por tempo de atuação dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais - 2010

	Número	Percentual
Até 1 ano	13	35
1,1 a 2 anos	11	30
2,1 a 3 anos	2	5
3,1 a 4 anos	6	16
4,1 a 5 anos	3	8
5,1 a 6 anos	1	3
6,1 a mais	1	3
TOTAL	37	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

Na seqüência, a próxima tabela registra a capacitação que os profissionais receberam especificamente para atuar em CAPS.

TABELA 17 - Capacitação específica para trabalhar no CAPS dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais - 2010

	Número	Percentual
Sim	18	49
Não	19	51
TOTAL	37	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

Conforme apresentado na tabela 17, dos 18 profissionais que referiram ter recebido capacitação específica para trabalhar nesta área, um percentual significativo, 55% o fez por iniciativa própria. Este índice foi alcançado pela soma dos 35% dos profissionais que mencionaram iniciativa própria como Instituição Promotora, somado aos 10% que mencionaram experiência profissional anterior, e

somado também com os 10% que citaram capacitação pela associação chamada de Gerando Saúde Mental³⁶.

TABELA 18 - Instituição promotora da capacitação para os trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais - 2010

Instituição promotora	Número	Percentual
Secretaria Estadual de Saúde	1	5
Secretaria Municipal de Saúde	6	30
Grupo gestor do CAPS	2	10
Experiência profissional anterior	2	10
Gerando Saúde Mental	2	10
Iniciativa própria	7	35
TOTAL	20³⁷	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

Isto sugere uma lacuna existente na questão da qualificação dos profissionais que atendem na rede dos CAPS. Tendo em vista que 51% dos profissionais não receberam nenhuma qualificação e que, dentre os que receberam, mais da metade o fez por iniciativa própria, tem-se aí um indicativo de alguma defasagem na área de formação profissional.

O Ministério da Saúde possui programa oficial de formação na área: o Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, que inclui ações como cursos de atualização, especialização além de capacitações em Saúde Mental, álcool e outras drogas e o programa chamado de Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS e Rede de Atenção Psicossocial. Nesse último programa de formação, 540 CAPS receberam o incentivo do Ministério da Saúde, entre os anos de 2005 e 2009, e em 2010 foi lançado Edital chamando mais 100 municípios. O Brasil tem, considerando dados divulgados até junho de 2010,

³⁶ “A rede do Gerando Saúde Mental começou a se formar em 2003 na cidade de Curitiba, com o apoio técnico da Pastoral da Criança e das APAEs do Estado do Paraná. Desde então, vem crescendo bastante, através de parcerias com a Divisão de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com as Secretarias Estaduais de Saúde, Segurança Pública, Justiça, Trabalho, Assistência Social e de Educação e com as Prefeituras Municipais. Esta rede é composta por profissionais de diferentes áreas, advindos de Coordenadorias Estaduais e de muitas Secretarias Municipais, Conselhos, ONGs e Pastorais.” (GERANDO SAÚDE MENTAL, sem data, sem página).

³⁷ Alguns profissionais receberam capacitação de mais de um órgão, daí a diferença numérica, onde 18 referem ter feito capacitação específica a aparecer 20 promotores desta capacitação.

1541 CAPS (BRASIL, 2010). Cruzando os dois dados: 1541 serviços para 640 programas de supervisão, fica demonstrado que ainda muitos serviços estão descobertos. Não foi pesquisado se os CAPS dos Campos Gerais fizeram solicitação para o Ministério da Saúde de um desses programas de capacitação.

É possível fazer uma síntese da configuração encontrada na pesquisa sobre o perfil dos trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais. Estes, de uma forma geral se caracterizam por: constituir equipe de profissionais preferencialmente na assistência direta das pessoas com transtorno mental; de áreas profissionais que tradicionalmente pertencem à saúde mental; em sua maioria formada por mulheres; são, ainda, adultos jovens com idade abaixo dos 42 anos; que estão a menos de 4 anos trabalhando nesta área; e com alguma capacitação específica para atuar na área, principalmente por iniciativa própria.

Na sequência do texto será feito o registro dos trabalhos que os profissionais desenvolvem com as famílias e quais obstáculos identificam na relação 'Usuário'/Família/CAPS.

No questionário aplicado com os profissionais, uma questão indagava acerca das atividades que esses desenvolviam, no seu trabalho, com as famílias das pessoas em sofrimento psíquico.

No seu trabalho e/ou no trabalho desenvolvido em seu CAPs há alguma atividade direcionada constantemente/ correntemente para os familiares dos usuários? Poderia exemplificar? (ANEXO C)

A próxima tabela apresenta a condensação das respostas:

TABELA 19 - Atividades que os profissionais desenvolvem com as famílias dos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Assistente Social	Enfermeiro	Médico	Pedagogo	Professor Educação Física	Psicólogo	Terapeuta Ocupacional	Total
Atividade de reunião com famílias	5	3	3			7	2	20
Atividade individual e pontual	6	8	5		1	8	3	31
Nenhuma atividade			3	1				4

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

Antes de analisar os dados da Tabela 19, vale registrar as atividades referidas pelas coordenadoras dos CAPS dos Campos Gerais, no que tange aos trabalhos que são desenvolvidos com as famílias (Questionário Institucional, ANEXO B). Os trabalhos mencionados foram: Reunião de família; Visitas domiciliares; Atendimento familiar individual; Participação em triagem, Acolhimento e consultas; Orientação medicamentosa; Participação em eventos comemorativos. Um CAPS citou a Vivência em Oficinas Terapêuticas, que consiste em incluir familiares nas oficinas com os 'usuários' do serviço, com o propósito de desenvolver atividades conjuntas. Outro CAPS ainda registra o 'contato telefônico' como uma ação voltada para a família, tendo o coordenador da instituição enfatizado a dificuldade de transporte e a falta de recursos humanos, como justificativa para que as 'intervenções' junto à família ocorram, também, através do telefone.

Voltando para a Tabela 19, que condensa as atividades referidas pelos profissionais, as respostas foram agrupadas em ações individuais e grupais com as famílias. Nas primeiras foram enquadradas as seguintes atividades descritas pelos profissionais: Estimulação para participar no tratamento; Orientação sobre a rotina de tratamento; Orientação aos familiares quando necessário; Psicoeducação dos familiares; Orientação sobre a doença; Estimular o familiar para realizar atividade junto ao 'usuário'.

No Questionário Institucional, todos os CAPS pesquisados registraram que fazem reunião com as famílias, mas na tabela acima, dentre os 37 profissionais participantes da pesquisa, 20 citam que fazem trabalho em grupo com essas. Disso se apreende que nem todos participam dessas atividades, e também, que entre os 20 que participam, a considerar a diversidade da área de atuação, parece existir uma ação multidisciplinar, não ficando, as atividades voltadas para as famílias, restritas a esta ou aquela categoria profissional.

Os 4 profissionais³⁸ que responderam não desenvolver atividade com famílias referiram que:

Eu não faço, mas é importante. (PROFISSIONAL 5) - Médico

³⁸ Os questionários foram identificados como PROFISSIONAL 1, PROFISSIONAL 2, PROFISSIONAL 3 ATÉ PROFISSIONAL 37, seguindo a ordem cronológica em que foi realizada a pesquisa de campo nos CAPS dos Campos Gerais.

O trabalho de assessoramento às famílias é desenvolvido pela coordenação do CAPS e outros profissionais. (PROFISSIONAL 6) - Pedagogo

Sim. Pela equipe, não por mim. (PROFISSIONAL 10) – Médico

Não. (PROFISSIONAL 34) – Médico

Lembrando que sete médicos responderam o questionário, quase a metade referiu que não desenvolvem atividades com as famílias, dado este que se constitui significativo. Seria a lógica do tratamento tradicional prevalecendo, em que a medicalização dos sintomas é o fator constitutivo na relação médico - pessoa em sofrimento mental? Seria possível entender essas falas como dificuldades desses médicos em incorporarem os preceitos da Reforma Psiquiátrica? Se o trabalho com família é importante, como referido pelo Profissional 5, por que não faz?

Parece existir, ainda, a concepção de que o trabalho com famílias é da alçada de apenas alguns profissionais (PROFISSIONAL 6), e também, chama a atenção que um desses profissionais não se percebe enquanto parte constitutiva da equipe (PROFISSIONAL 10).

Ainda sobre a tabela 19, os números sugerem uma prevalência nas ações individuais/pontuais. Algumas respostas registradas nos questionários respondidos pelos profissionais sinalizam essa questão:

Existe um trabalho conjunto com a família quando esta solicita, ou é solicitada, para atendimento. Neste sentido, é realizado a escuta de tais familiares, bem como, orientação e, em casos necessários, encaminhamentos. Entretanto uma atividade específica e constante não está acontecendo por enquanto. (PROFISSIONAL 30) – Psicólogo

As ações pontuais com as famílias dos 'usuários' dos CAPS dos Campos Gerais, parecem indicar que os profissionais estão atentos às necessidades individuais dos frequentadores dos serviços e à demanda solicitada pelos familiares, fazendo intervenções direcionadas à família, caso a caso. Mas há que se considerar também que parece sugerir a falta de um trabalho sistematizado e rotineiro no que diz respeito à abordagem com as famílias. Se por um lado, as ações pontuais implicam estar atentas às demandas dos sujeitos, com suas especificidades, também podem significar que as ações direcionadas às questões mais amplas, que abarcam problemáticas comuns no que tange aos familiares, e que significaria a

incorporação desses familiares no cotidiano do serviço, parecem não estar sendo efetivadas.

O CAPS de Diadema, Estado de São Paulo, divulgou a realização, em junho de 2010, do curso FAMILIARES PARCEIROS NO CUIDADO, com objetivo de “capacitar e sensibilizar os familiares dos usuários dos serviços da saúde mental para o cuidado específico na área de reabilitação psicossocial” (DIADEMA, 2010). Esta iniciativa sugere que alguns serviços de saúde mental estão atentos às questões relacionais família/‘usuário’ do serviço e família/CAPS, desenvolvendo estratégias de atuação na área.

Outro aspecto que se destaca nas respostas aos questionários, diz respeito à impressão de que as atividades pontuais com as famílias estão relacionadas com a temática da área de atuação dos profissionais. Assim, é comum nas respostas dos enfermeiros, por exemplo, referências quanto à orientação medicamentosa.

Sim. Visitas domiciliares, orientações sobre administração medicamentosa, reunião com os familiares para discutir caso a caso, etc. (PROFISSIONAL 14) – Enfermeiro

Sim. Orientação para os familiares quanto à administração da medicação e cuidados com a higiene do paciente. (PROFISSIONAL 21) – Enfermeiro

E ainda:

Sim, reunião mensal com todos os familiares, contato telefônico ou pessoal em casos de necessidade e festas de encerramento do ano com a participação do paciente e familiar. Além disso, é realizado o “Convite de Participação” que o familiar escolhido pelo paciente, vem ao CAPS e passa um período realizando atividades junto com os pacientes, o objetivo é de dar ao familiar a oportunidade de vivenciar a rotina durante o tratamento. (PROFISSIONAL 24) – Terapeuta Ocupacional

Nesse sentido, os serviços pesquisados se beneficiam da lógica de trabalho prevista na perspectiva multiprofissional, mas isso não significa que a lógica do trabalho interdisciplinar esteja acontecendo.

As próximas duas tabelas consideram as respostas que os profissionais dos CAPS dos Campos Gerais deram para a seguinte pergunta:

Pela sua experiência, considera que a família do usuário pode constituir um obstáculo para o sucesso do seu trabalho? Caso afirmativo, poderia indicar quais fatores relacionados à família do usuário estariam agindo nesse sentido. (ANEXO C)

TABELA 20 - Família como obstáculo para o êxito do tratamento, segundo indicação dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Assistente Social	Enfermeiro	Médico	Pedagogo	Professor Educação Física	Psicólogo	Terapeuta Ocupacional	Total	Percentual
Sim	7	8	7		1	7	3	33	90
Não				1		1		2	5
Sem Resposta						2		2	5
TOTAL	7	8	7	1	1	10	3	37	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

Vale registrar que a Tabela 20 deve ser analisada com alguma ressalva, considerando o caráter intencional dado à pergunta, podendo levar a um questionamento sobre os resultados. Diante desse fato, a proposta é que a análise dos dados contidos nela seja articulada com o conteúdo das respostas dadas à pergunta seguinte, que solicita a indicação de 'casos de sucesso' e a definição dos critérios explicativos para o sucesso, quando esses critérios mantêm relação com a família.

Cerca de 90% dos profissionais referiram que a família pode se constituir em obstáculo ao sucesso do tratamento. Kantorski et al. (2009, p. 7), em uma pesquisa sobre os CAPS da Região Sul do Brasil, apontam que “a inserção da família é avaliada pela equipe como uma necessidade e são apontadas dificuldades em concretizá-la.”

Segue o texto com a resposta dos dois profissionais que negaram a perspectiva da família como constituindo obstáculo ao tratamento:

Pelo contrário, as famílias contribuem na maioria dos casos. (PROFISSIONAL 6) – Pedagogo

Não. (PROFISSIONAL 22) – Psicólogo

No primeiro, o pedagogo, vale lembrar que este é o mesmo profissional que anteriormente explicitou não desenvolver nenhum trabalho com as famílias. Pela conclusão com caráter assertivo apresentada nessa última fala, talvez ele de fato tenha algum trabalho com famílias. E no segundo, o psicólogo, pela extrema

brevidade da resposta, fica difícil, senão impossível, dimensionar o sentido explicativo da negativa.

Diante disto, quais os fatores específicos que os profissionais de saúde consideram capazes de obstaculizar o sucesso? A Tabela 21 traz os fatores por eles citados:

TABELA 21 Fatores relacionados à família citados como obstáculo ao tratamento pelos - profissionais dos CAPS dos Campos Gerais – 2010

Categorias	Assistente Social	Enfermeiro	Médico	Pedagogo	Professor Educação Física	Psicólogo	Terapeuta Ocupacional	TOTAL	Percentual
a)Relação com familiar em sofrimento psíquico	3	3	5		2	5		18	29
b)Relação família / CAPS	4	5	4			3	1	17	28
c)Aspectos referentes à família	3	6	2			3	1	15	25
d)Família também em sofrimento/ Uso de álcool e outras drogas		1	2			4	2	9	15
e)Sem Resposta						2		2	3
TOTAL	10	15	13		2	17	4	61	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

Para a sistematização das respostas referidas pelos profissionais, optou-se por agrupar da seguinte forma:

- a) **RELAÇÃO COM FAMILIAR EM SOFRIMENTO PSÍQUICO:** Não aceitar a pessoa com Transtorno Mental; Negação da doença; Falta de afeto com a pessoa em sofrimento psíquico; Falta de respeito aos limites da pessoa com Transtorno Mental; Falta de interesse; Super proteção da pessoa com Transtorno Mental.
- b) **RELAÇÃO FAMÍLIA/ CAPS:** Não participação na reunião de família; Não participar do tratamento; Não acompanhamento consultas; Negligência

do tratamento medicamentoso; Não estimular o familiar a frequentar o CAPS; Esperar que o CAPS tenha toda a solução.

- c) ASPECTOS REFERENTES À FAMÍLIA: Não entendimento da doença; Preconceito da família; Sensação de derrota, que não vai melhorar; Uso do Benefício da Prestação Continuada em benefício próprio; Situação familiar econômica. Neste item foram agrupadas referências que não dizem respeito a uma lógica relacional, mas que fazem parte da perspectiva do pensar ou do agir dos familiares.

Considerando a Tabela 21, dois fatores citados merecem atenção, visto que somados ultrapassam os 50% de respostas. Dizem respeito à 'relação da família com seu familiar em sofrimento psíquico' (29%), e a 'relação da família com o CAPS (28%)'. Parece que na triangulação família/'usuário'/CAPS se concentra grande parte dos obstáculos referidos pelos profissionais.

Assim, no processo de condensação dos dados apresentados nessa tabela, parecem existir dois grandes blocos que, pelo olhar dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais, obstaculizam o tratamento: um diz respeito à relação família/'usuário'/CAPS, que totaliza 57% (considerando a somatória dos itens a e b) e outro diz respeito às características específicas da família, que perfaz 40% (considerando a somatória dos itens c e d).

Na sequência do texto, estão apontados alguns dos registros dos profissionais, presentes nos questionários:

A família pode ser um apoio principal na recuperação emocional do tratamento, mas às vezes torna-se obstáculo quando não ajuda o paciente no tratamento medicamentoso. (PROFISSIONAL 1) – Enfermeiro

Com os transtornos a família fica adoecida, por isso a necessidade desta ser acolhida e orientada por profissionais de saúde mental para que possam ser ouvidas também e consigam ter disponibilidade afetiva, compreensão e clareza da doença para aceitar o familiar doente e participar do tratamento deste. (PROFISSIONAL 7) – Psicólogo

A conduta da família pode ajudar ou atrapalhar o curso do tratamento, dependendo da expectativa da família, do diagnóstico do familiar, nível de ansiedade, tipo de relacionamento intra-familiar. (PROFISSIONAL 13) – Psicólogo

Sim. Falta de ligação afetiva com o paciente, gerando rejeição dos mais diversos tipos (afetiva, necessidades básicas negadas) (PROFISSIONAL 15) – Médico

Sim, primeiramente a família terá que aceitar a doença de seu paciente. Em casa o paciente terá que ter o apoio da família devido a medicação e para passar informações à equipe sobre o comportamento dos pacientes e também incentivá-lo a não abandonar o tratamento. (PROFISSIONAL 23) – Assistente Social

Sim. É muito importante o vínculo com a família para que a mesma estimule o tratamento através de acompanhamento medicamentoso, estímulo da autonomia do paciente, como facilitadora do resgate da identidade e cidadania do sujeito. (PROFISSIONAL 26) – Psicólogo

Sim. Principalmente pela falta de interesse e informação de algumas famílias. (PROFISSIONAL 34) – Médico

Múltiplos são os fatores presentes na relação família/'usuário'/CAPS, e a complexidade desta temática está apresentada na variedade das respostas dos trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais.

De uma forma geral, os registros dos profissionais, acima citados, parecem sugerir a importância dada por eles para a participação dos familiares no tratamento. Ao mesmo tempo, também podem indicar uma concepção, por parte dos profissionais, de uma visão do sujeito em sofrimento psíquico como um ser 'passivo', assim como o referido pelo PROFISSIONAL 23, em que o familiar é o 'eleito' para avaliar o comportamento, 'ajustado ou desajustado', da pessoa com transtorno mental.

Também é possível dimensionar a presença de avaliação moral, na medida em que o profissional classifica a ausência da família como desinteresse (PROFISSIONAL 34). Ou também a ênfase na questão medicamentosa (PROFISSIONAL 1 e PROFISSIONAL 26), e ainda, a terminologia usada por parte significativa dos profissionais, como 'doente', 'doença', que sugerem a presença de constructos da concepção biomédica no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico.

A relação família/'usuário'/CAPS é uma construção recente e sua efetivação não é simples e fácil para nenhum dos vértices desse triângulo. O processo de asilamento excluiu a família do cuidado de seu ente em sofrimento psíquico. Historicamente, a participação da família no tratamento psiquiátrico, não se constituiu como tradição, como refere Pereira e Pereira (2003, p. 93):

A história da assistência em psiquiatria mostra que a atenção reservada à família é relativamente recente. Enquanto apenas os manicômios respondiam pelas necessidades de cuidados prestados nesta área, a interação entre instituição, paciente, família e comunidade se encontrava incipiente. O problema era colocado sempre "fora", em um espaço longínquo,

alheio ou estranho, o que pode ser interpretado como indício do real afastamento frente à consideração do processo saúde/doença, havendo olhares voltados apenas à doença, não contemplando a pessoa com sua história e seu contexto.

As dificuldades desta triangulação, portanto, refletem as dificuldades inerentes ao processo inicial de construção que esta nova lógica de atuação vivencia. As questões referentes à família e o 'adoecimento' da mesma sugerem o também a muito sabido: o sofrimento psíquico não é um fato isolado e único no meio familiar.

Também para os profissionais essa construção relacional é complexa. Na introdução dessa dissertação, foi registrada a importância de olhar para como as famílias se estruturam, conforme indicado por Lancetti e Amarante (2006), em um processo de superação da concepção de família desestruturada. Vale problematizar aqui, o questionamento de que os profissionais que atuam na área podem estar habituados a olhar as famílias como previamente desestruturadas e, neste sentido, seu olhar está contaminado pela perspectiva do 'normal'/'anormal' e 'estruturado'/desestruturado.

Os mesmos aspectos referidos pelos profissionais e que foram caracterizados como obstáculos ao êxito do tratamento, vão aparecer na sequência do texto, agora pela lógica do sucesso do tratamento realizado nos CAPS dos Campos Gerais.

3.3 CASOS DE SUCESSO E OS CRITÉRIOS IDENTIFICADOS PELOS PROFISIONAIS DE SAÚDE DOS CAPS DOS CAMPOS GERAIS

Como estratégia metodológica para identificar os casos exitosos de pessoas em sofrimento psíquico, foi solicitada, no questionário aplicado com os profissionais que trabalham nos CAPS Dos Campos Gerais, a seguinte informação:

Cite dois ou três "casos de sucesso" de tratamento realizado no CAPS (que foi ou está sendo acompanhado pelo CAPS onde trabalha) e tente explicar quais aspectos você considera (considerou) como mais importantes para classificar o(s) caso(s) como "sucesso"? (ANEXO C)

A partir das respostas dos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais, e considerando que cada profissional citou várias questões como relevantes para a

definição de um caso de sucesso, listou-se um total de 101 respostas, que foram agrupadas em nove critérios, conforme tabela abaixo:

TABELA 22 - Critérios citados pelos profissionais que os levaram a considerar casos de sucesso no tratamento dos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Médico	Enfermeiro	Assistente Social	Psicólogo	Pedagogo	Terapeuta Ocupacional	Professor Educação Física	TOTAL	Percentual
a) Atuação CAPS	2	4	5	9	2	3	1	26	25
b) Família	3	4	5	4		1	1	18	17
c) Boa adesão à medicação	3	5	4	2		1	1	16	15
d) Inserção em numa atividade produtiva	3	2	1	4			1	11	10
e) Socialização	1	2	3	4			1	11	10
f) Melhora no quadro psiquiátrico	1	2	1	1	1	1		7	7
g) Autonomia para atividades da vida diária	1	1		3			2	7	7
h) Inserção na escola			1	1		1		3	3
i) Desejo de auxiliar outros 'usuários'	1			1				2	2
Sem resposta	1			2		1		4	4
TOTAL	16	20	20	31	3	8	7	105	100

Fonte: Questionário dos trabalhadores – Elaborado por Lucimar Coneglian

Os critérios foram constituídos a partir dos seguintes agrupamentos:

- a) **ATUAÇÃO CAPS:** Frequência ao Caps; Bom vínculo com serviço; Realiza atividades propostas; Comprometimento com o tratamento; Apoio da equipe do CAPS; Crises contidas no CAPS e Maior compreensão dos sintomas.
- b) **FAMÍLIA:** Apoio familiar; Refazer vínculos familiares.
- c) **BOA ADESÃO À MEDICAÇÃO**
- d) **INSERÇÃO EM UMA ATIVIDADE PRODUTIVA**
- e) **SOCIALIZAÇÃO:** Melhora no contato pessoal e social; Inclusão em grupo da terceira idade.

- f) MELHORA NO QUADRO PSIQUIÁTRICO: Diminuição dos sintomas psiquiátricos; Não ter surto; Não ter sido internado em hospital psiquiátrico.
- g) AUTONOMIA PARA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA: Melhora da higiene pessoal; Consegue cuidar dos filhos/familiares; Realizam atividades da vida diária; Autonomia de ir e vir – locomoção.
- h) INSERÇÃO NA ESCOLA
- i) DESEJO DE AUXILIAR OUTROS 'USUÁRIOS'

Para o agrupamento dos critérios definidos pelos profissionais foi considerada a semelhança das questões. O item, c) 'boa adesão ao medicamento', poderia também ser enquadrado no item a) 'atuação do CAPS', já que a boa adesão ao medicamento pode significar boa adesão ao tratamento. Mas considerando que este é um dos aspectos relacionados ao tratamento médico ortodoxo, optou-se por deixá-lo isolado para que, oportunamente, sirva de objeto de análise.

Um olhar mais atento para a tabela acima, indica que é possível afirmar que o êxito não está sendo visto, pelos profissionais, como uma questão imediatista e simplificada. Múltiplos são os fatores que estão sendo considerados e os profissionais de saúde parecem estar atentos a isto. O que não significa dizer, que o sucesso perpassa pela desconstrução dos critérios biomédicos: parece ainda existir uma acentuada avaliação do êxito pelo prisma da remissão dos sintomas.

No item f, 'melhora no quadro psiquiátrico', foram incluídos as questões: 'diminuição dos sintomas psiquiátricos', 'não ter surto' e 'não internação em hospital psiquiátrico'. Três aspectos indicativos de sucesso e que foram citados apenas sete vezes: considerando que são critérios que tradicionalmente eram sinônimos de sucesso para o tratamento de pessoas com transtorno mental, pode-se considerar que foram pouco referendados pelos profissionais que atuam nos CAPS dos Campos Gerais. A título de exemplificação, 'não ter episódio de surto' e 'não ter mais sido internado em hospital psiquiátrico' foram citados 2 vezes cada. Vale reforçar que dos quatro profissionais que citaram estes critérios, nenhum deles é psiquiatra, o que parece sugerir que o critério tradicional de tratamento não está restrito ao campo da psiquiatria, visto estar presente no discurso de outros profissionais.

Assim, aparentemente, a avaliação psiquiátrica tradicional, vinculada com a remissão dos sintomas psiquiátricos não é mais tão importante no discurso dos profissionais de saúde que estão trabalhando nos CAPS dos Campos Gerais. Mas a

considerar o critério 'Melhora no quadro psiquiátrico' (item f) somado com 'Boa adesão à medicação' (item c), resulta que 22%, quase um quarto das respostas, enquadram-se em uma categoria clássica de tratamento. Isso implica na reflexão de que o 'velho' e o 'novo' são constitutivos desse processo de construção do modelo de tratamento preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

Essa questão merece também ser considerada através da fala dos profissionais, como o caso deste professor de Educação Física, que descreveu uma das histórias de sucesso no tratamento que selecionou para essa pesquisa.

Usuário com diagnóstico de esquizofrenia; participa do CAPS a mais de 2 anos (quando entrei no serviço o mesmo já o freqüentava). De acordo com relatos de funcionários da época, registros em prontuário e depoimentos familiares o mesmo não conseguia se locomover sozinho, nem se alimentar ou realizar higiene pessoal. Hoje apesar das suas limitações crônicas, advindas do próprio transtorno e pouca colaboração/intervenção familiar, o usuário vem ao serviço e volta para sua casa sozinho, utilizando transporte coletivo, realiza suas refeições e higiene pessoal de forma independente também, e consegue manter relativo vínculo terapêutico e social dentro do CAPS. Vejo que no processo, as coisas que mais se destacam para o sucesso do mesmo são: o vínculo terapêutico criado com a instituição, e o tratamento farmacológico. (PROFISSIONAL 36) – Professor de Educação Física

Neste relato é possível observar a construção de um interessante leque, que abarca múltiplos aspectos, envolvido na identificação do êxito: a autonomia de locomoção, o auto-cuidado, o vínculo social. Mas o profissional restringe a melhora ao tratamento medicamentoso. Ainda outro aspecto a considerar é que ele caracteriza as 'limitações crônicas' do 'usuário', como sintomas do 'próprio transtorno', sem considerar que tais desabilidades poderiam estar relacionadas ao processo de segregação/exclusão econômica, social e cultural vivida pelo sujeito em sofrimento psíquico.

De uma maneira geral, em nenhum relato de história de sucesso foi desconsiderado a pluralidade do viver. Mas o aspecto medicamentoso, no que tange o tratamento, aparece de maneira frequente e incisiva:

Paciente meia idade - retorna do complexo médico penal – portador de esquizofrenia, envolvido em homicídio em cidade vizinha. Possui o hábito de andar pela cidade sem roupas, perseguir mulheres e apresentar perfil muito agressivo. Paciente há aproximadamente um ano no CAPS, freqüência diária em regime intensivo. Paciente tem se tornado gradativamente mais comunicativo, estável, em freqüência diária. Adesão à proposta diária de atendimento. Não há mais incidentes pela cidade de comportamento atípico. Faz uso de medicação sem resistência (PROFISSIONAL 9) – Assistente Social

Para o PROFISSIONAL 21 – Assistente Social, o êxito no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico é resultado de “50% da família e 50% da medicação”, numa clara exclusão, no tratamento, da participação do ‘usuário’ e dos demais profissionais que integram a equipe e a terapêutica. Vale referir que os benefícios do tratamento medicamentoso não estão em julgamento, mas que conceber o tratamento, principalmente pelo viés medicamentoso, indica fortes resquícios da premissa biomédica.

Vejamos na sequência quais foram os critérios mais citados.

Em primeiro lugar, o fator mais citado pelos profissionais aparece na ‘Atuação CAPS’ (item a), que diz respeito à relação ‘usuário’/CAPS. É considerado caso de sucesso, na ótica dos profissionais da saúde, uma pessoa com transtorno mental que frequenta o CAPS, estabelecendo um bom vínculo e demonstrando comprometimento com seu tratamento (citado 26 vezes). Foram os seguintes critérios agrupados: ‘frequência ao Caps’; ‘bom vínculo com serviço’; ‘realiza atividades propostas’; ‘comprometimento com o tratamento’; ‘apoio da equipe do CAPS’; ‘crises contidas no CAPS’ e ‘maior compreensão dos sintomas’. Considerando que tais critérios refletem o projeto terapêutico³⁹ do ‘usuário’ do CAPS, talvez possa estar existindo a apropriação, por parte da pessoa em sofrimento psíquico, de seu tratamento.

Em segundo lugar, o motivo de sucesso mais citado, a ‘Família’ (item b), foi lembrada pelos profissionais dos CAPS 18 vezes. Nesta categoria foram incluídos: ‘apoio familiar e ‘refazer vínculos familiares’. Pode-se dizer que o acolhimento por parte dos familiares da pessoa em sofrimento psíquico é significativo para a melhora deste. Borba, Schwartz e Kantorski (2008, p. 588) apontam para “a necessidade de atenção à família dos portadores de transtorno mental, uma vez que favorecidas as estratégias de enfrentamento, ela possa se constituir em um espaço terapêutico e ressocializador”. Outros autores caminham na mesma direção: Schrank e Olschowsky (2008), Monteiro e Barroso (2000) e Souza e Scatena (2005), para citar alguns.

³⁹ Projeto terapêutico está previsto como uma das atividades dos CAPS, que significa a definição das ações terapêuticas que serão direcionadas aos frequentadores do serviço. É indicado que a construção do Projeto terapêutico seja definida de forma conjunta pela equipe do serviço e que tenha também a participação da pessoa com transtorno mental. Tem caráter individual e é modificado quando necessário.

‘Inserção numa atividade produtiva’ (item d) e ‘socialização’ (item e) foram citados 11 vezes cada um deles. Trabalhar possui forte impacto na construção da identidade da pessoa e na configuração do sujeito quanto a habitar o mundo. Saraceno (1996) refere que trabalho com valor social é um dos vértices da Reabilitação Psicossocial. Dos 14 casos de sucesso entrevistados neste trabalho (que serão apresentados no próximo capítulo), uma parcela deles, quatro ao todo, estão exercendo uma atividade produtiva remunerada: uma diarista, uma catadora de papel reciclado, uma vendedora e uma auxiliar administrativo. Sem deixar de considerar este dado como significativo, também, vale registrar que o reduzido número de sujeitos em sofrimento psíquico que estão inseridos no mercado de trabalho pode sugerir as dificuldades, posta pela sociedade, que é regida pela lógica do mercado, de inserir pessoas com transtorno mental em atividade produtiva formal.

‘Socialização’ inclui os seguintes critérios: ‘melhora no contato pessoal e social’ e ‘inclusão em grupo da terceira idade’. Participar dos recursos existentes na comunidade, numa perspectiva de inclusão, é romper barreiras. Claro está que também soma como sucesso. Este aspecto já foi discutido anteriormente neste texto, quando falado sobre o histórico processo de exclusão da pessoa com transtorno mental dificultando sua circulação social. Rede social também é um aspecto citado por Saraceno (1996) como integrante da Reabilitação Social, cabendo aos serviços dos CAPS refazer esse pertencimento do sujeito no seu contexto social e comunitário de vida.

‘Autonomia para atividades da vida diária’ (item g), inclui os seguintes critérios: ‘melhora da higiene pessoal’; ‘consegue cuidar dos filhos/familiares’; ‘realizam atividades da vida diária’ e ‘autonomia de ir e vir – locomoção’. Estes são critérios indicativos de autonomia de existência. Relembrando, o êxito, por vezes, significa poder cuidar da própria higiene: aspectos básicos do viver cotidiano e que significam melhoria nas condições de vida. Profissionais que tradicionalmente não estão inseridos em serviços de saúde mental, como o professor de educação física, apresenta critérios específicos de sua profissão, mas que demonstram interessante relevância na avaliação de melhora do sujeito com transtorno mental. ‘Autonomia de ir e vir’, citada por este profissional, (e incluída no item ‘Autonomia para atividades da vida diária’ – item g) é fundamental para uma maior capacitação da pessoa com

transtorno mental estar no mundo, habitando-o, e que nem sempre é um critério lembrado pelos profissionais das áreas tradicionais da saúde mental.

O critério trabalho (ítem d) foi citado em 10% dos casos, que somados aos 10% do critério socialização (ítem e), com os 7% associados com a autonomia para vida diária (ítem g) e ainda com os 3% que referiram inserção escolar (ítem h), têm-se a somatória de 30%. Parece que estes podem ser considerados como aspectos que não são constitutivos da concepção biomédica, no que tange aos critérios identificadores de sucesso, quando o tema é a pessoa em sofrimento psíquico.

A título de exemplificação, abaixo serão apresentados alguns registros dos profissionais do CAPS dos Campos Gerais, como é o caso do PROFISSIONAL 2, que refere diferentes aspectos indicativos do êxito, como a atividade produtiva, socialização e autonomia.

Um adolescente de 17 anos com queixa de isolamento, irritabilidade, agressividade. Mãe descrevia o adolescente como incapaz de realizar tarefas simples por ter tido problemas de saúde na infância e agia com extremo zelo com ele. Após dois meses de psicoterapias individuais, com participações eventuais da mãe, consultas médicas e mãe participando do Grupo de Família, o adolescente buscou atividades sociais (trabalha, pretende voltar aos estudos que interrompeu, reúne-se com amigos), apresenta melhores habilidades para comunicar-se, com redução dos sintomas anteriormente apresentados. A mãe pode perceber que o filho era capaz de tomar decisões e viver de forma mais independente e ele pôde perceber que tinha capacidade de fazer suas próprias escolhas e comportar-se de forma coerente com seus pensamentos e sentimentos, tornando-se mais seguro (PROFISSIONAL 2) – Psicólogo

Uma enfermeira cita aspectos da escolaridade, trabalho e envolvimento com atividades culturais:

Outro caso é de J. C. F. M., 21 anos, acompanhada desde janeiro de 2008. Chegou ao CAPS com sintomas de depressão diagnosticada como 'Transtorno bipolar'. Teve tentativas suicidas, envolvimento com álcool e promiscuidade, dificuldade de relacionamento social. Em 2009, já observado grande melhora, a mesma participou de evento na festa junina, participando de uma peça de teatro e no final do ano, na cantata de natal. Nesse começo de ano concluiu um curso profissionalizante e logo após conseguiu um emprego. Isso foi muito gratificante para ela e para toda a equipe. (PROFISSIONAL 32) – Enfermeira

O sucesso, a considerar o registro abaixo, está dimensionado em inúmeras facetas do viver, que inclui além do trabalho, ter condições de 'cuidar' do outro.

Paciente portadora de Transtorno Esquizoafetivo, chegou ao CAPS encaminhada de internação psiquiátrica, participou de grupo de psicoterapia, ocupacional, profissionalizante e voluntária na associação dos pacientes do CAPS. Hoje, após 2 anos de tratamento está empregada como doméstica, cuida da mãe, freqüenta não intensivo sem faltar. (PROFISSIONAL 19) – Médico

Este profissional, quando faz a descrição do tratamento da pessoa que selecionou como uma história de sucesso, cita uma variedade de atividades que transcendem o tratamento ortodoxo, associado à consulta/medicação. Da mesma forma, observa-se no registro abaixo, do PROFISSIONAL 4:

Usuária com 35 anos, solteira, sem filhos. Iniciou no serviço há 4 anos sem convívio social, sem atividade laborativa e com memória, raciocínio lógico bastante comprometidos. Egressa de internação psiquiátrica (relata ter sido uma experiência negativa). Durante tratamento inicial, seu Plano Terapêutico era composto de atividades construtivas e expressivas em oficinas terapêuticas, de modo a exercitar aspectos comprometidos (já citados), em seguida, observou-se a necessidade do apoio familiar à mãe (com quem residia) de modo a promover melhor convívio e esclarecer à mesma que a filha possuía capacidades que precisavam de espaço para que fossem exploradas. Com isso, a usuária passou a freqüentar o serviço semanalmente, com alteração do seu projeto terapêutico. Demonstrou interesse pelo contato social, troca social, bem como a necessidade do retorno ao trabalho a fim de adquirir suas próprias roupas e calçados (sic). Atualmente usuária com freqüência mensal ao serviço, pois está trabalhando. Com a psicoterapia conseguiu avaliar com mais clareza suas necessidades e estabelecer objetivos, o que muito colaborou para freqüentar às frustrações e tolerar o desafio de uma atividade laborativa formal. (PROFISSIONAL 4) – Terapeuta Ocupacional

Os critérios elencados pelos profissionais que atuam nos CAPS dos Campos Gerais trazem para reflexões, algumas questões que merecem aprofundamentos em pesquisas posteriores. Passados oito anos da Portaria nº 336/GM, de 19/02/02, que criou os CAPS como modalidade de atendimento remunerada pelo Sistema Único de Saúde, um trabalho que aprofunde a concepção de sucesso no tratamento para pessoas com transtorno mental apresenta grande importância tanto no aspecto avaliativo dos serviços como no aspecto direcionador dos trabalhos.

No discurso dos profissionais de saúde, ainda existe forte ligação com o modelo biomédico, mas também, já se insinua com alguma força, concepções vinculadas à Reforma Psiquiátrica, como o da reabilitação psicossocial e do habitar a vida.

A considerar a multiplicidade de aspectos associados ao êxito citados pelos profissionais, em um primeiro momento parecem indicar que a construção biomédica vem sendo desconstruído no cotidiano de atenção nos CAPS, e sendo substituída por um amplo olhar que perpassa pela noção de 'habitar o mundo' citada por Yasui (2009) e pelo conceito de 'vida', de Cavalcante (2003). Isso não é totalmente errado, mas também não é totalmente correto. Constructos biomédicos se entrelaçam com preceitos da Reforma Psiquiátrica. Esses últimos buscam superar os conceitos biomédicos, e procuram olhar para a pessoa em sofrimento psíquico como um

sujeito de desejos e emoções, em sua existência-sofrimento. Os dados apresentados nas tabelas e no discurso dos profissionais, presentes nesse capítulo, indicam a existência de movimento, em um processo dialético, onde os avanços e recuos se constroem a partir das contradições. Uma realidade onde é possível a co-existência do velho e do novo, em um movimento constante na busca da superação.

Vale frisar que os critérios de sucesso citados pelos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais ainda apresentam componentes associados com a concepção biomédica do sofrimento psíquico, focalizada na remissão dos sintomas. Mas vale frisar também, que a concepção que permeia a Reforma Psiquiátrica - que carrega em seu bojo constructos como o de cidadania da pessoa em sofrimento psíquico; o conceito de vida cotidiana e de habitar o mundo; os pressupostos da Reabilitação Psicossocial, no que tange aos seus componentes: habitat, rede social e trabalho com valor social - estão presentes, todos eles, nos critérios que foram mencionados pelos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais.

Possivelmente alguns desses componentes ainda apresentam caráter frágil e tímido na sua sistematização, como é o caso da construção da rede e a constituição do trabalho com valor social, entre outros. Por isso, também, é que fica possível pensar que a Reforma Psiquiátrica é um processo em construção.

O próximo capítulo traz a problemática do êxito a partir das entrevistas realizadas com familiares-cuidadores das pessoas em sofrimento psíquico.

4 ALÉM DA REMISSÃO DOS SINTOMAS? CASOS EXITOSOS NA RELAÇÃO FAMÍLIA/CUIDADO/PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

Neste capítulo, busca-se o entendimento do sucesso considerando a relação de cuidado que existe entre a família e a pessoa com transtorno mental. É possível identificar, a partir das falas dos cuidadores, quais mecanismos têm contribuído para o êxito de seu ente em sofrimento psíquico? Este capítulo inicia com o histórico processo de exclusão da pessoa com transtorno mental e da sua família no contexto de tratamento. Traça-se, na sequência do texto, o perfil dos cuidadores das pessoas em sofrimento psíquico que estão sendo acompanhadas nos CAPS dos Campos Gerais. Estão também apresentados as famílias selecionadas para as entrevistas e, por fim, o registro das falas desses cuidadores, dando destaque para alguns aspectos que podem contribuir para o entendimento do êxito.

4.1 RELAÇÃO FAMÍLIA, PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO E SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO DO TRATAMENTO

O processo de exclusão da pessoa com transtorno mental também aconteceu em seu contexto familiar, inclusive como prescrição de tratamento. Sob justificativas científicas, a psiquiatria pineliana refere ser inevitável esta separação:

Castel relata que Jules Falret, encarregado pela Sociedade Médico-Psicológica de Paris de visitar a aldeia belga de Gheel, onde alienados trabalhavam e habitavam em harmoniosa convivência com os camponeses, declarou na reunião de 30 de dezembro de 1861: "*Fica-se verdadeiramente estupefato e assustado quando se vê os camponeses deixarem circular livremente os alienados no seio de suas famílias, de suas filhas e das crianças, confiar-lhes armas e ferramentas. (...) O sentimento que predomina em Gheel (...) é a confiança, na verdade exagerada, nos alienados e em seu caráter inofensivo*" (Castel, 1978: 254). Mas, anteriormente, o próprio Pinel já afirmava: "*Em geral é tão agradável, para um doente, estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes*" (CASTEL, 1978, p. 86)." (AMARANTE, 1995 p. 491).

Na concepção do saber alienista, Rosa (2008) apresenta duas razões para tal afastamento: por um lado a visão de que a família deveria ser protegida de seu familiar alienado e, de outro, a família era concebida como a causadora da

alienação. Existia o entendimento de que a família era “fraca” para limitar os impulsos inadequados do louco e isto justificava a necessidade de um local externo com poder para conter os excessos dos alienados. “Considerado detentor de um caráter indisciplinado (reforçado pela família), o alienado isolado seria reeducado por uma nova disciplina que imporia o controle de seus impulsos.” (ROSA, 2008, p. 51)

À psiquiatria cabia o papel pedagógico de educar. Esquirol⁴⁰, francês do século XIX, “formula a teoria preventiva da alienação mental, fornecendo os modelos ideais de os pais educarem seus filhos e normatizarem os afetos pautados na ordem, na disciplina dos comportamentos, na disposição hierárquica dos membros da família, em uma evidente rede de relações que descreve a hierarquia da sociedade burguesa.” (ROSA, 2008, p. 52)

O surgimento do Movimento de Higiene Mental⁴¹, nos Estados Unidos, em 1908, traz de volta a família para o contexto da saúde mental, numa concepção de profilaxia e de modelo de educação infantil, numa perspectiva de ajustamento social e de força de vontade do indivíduo. Rosa (2008, p. 58) aponta que “ao combater a ‘doença mental’ com a força de vontade o Movimento de Higiene Mental explicita o sonho americano de superar as adversidades de forma individual, pelo pensamento positivo e aprimoramento da personalidade, fato que mais tarde vai desencadear na multiplicação de livros e manuais de auto-ajuda.”

A partir dos anos 1950, alguns conceitos teóricos foram desenvolvidos, tendo como foco a questão familiar: ‘Mãe esquizofrênica’ por Frida Fromm Reichmann em 1948; ‘Mãe perversa’ por John Rosen em 1951, Harry Stack Sullivan com a questão da relação mãe-filho podendo desencadear patologia, e Pichon-Rivière, em 1950, com o entendimento de que a pessoa com transtorno mental é um ‘bode expiatório’ da enfermidade da família. A Antipsiquiatria traz conceitos revolucionários, na medida em que contestou tanto o entendimento da doença

⁴⁰ Foi disseminador das idéias de Pinel na França. Trabalhou na preparação e luta pela aprovação da primeira lei de alienados na França, a chamada *Lei de 30 de junho* (1838). Um dos efeitos desta lei foi a obrigatoriedade da criação de estabelecimentos públicos para os doentes mentais.

⁴¹ “Para Rosen (1994), no início, a ação pela higiene mental teve como propósito a melhoria das condições de atendimento ao doente mental e, para isso, denunciava as condições apavorantes dos asilos psiquiátricos e investia na ampliação das formas de atenção a esses pacientes. Na seqüência, o foco do movimento, de acordo com a perspectiva sanitarista, ampliou-se da assistência ao enfermo para uma possível atuação preventiva. O autor registra, porém, que um grave problema se configurou: a dificuldade em estabelecer critérios definidores de saúde e de doença. Devido a essa séria limitação quanto aos critérios, na prática, o que se observou foi que, em linhas gerais, a busca por uma ação preventiva no domínio das doenças psíquicas acabou por suscitar a produção de um saber que freqüentemente visava a mera adaptação social.” (ALBERTINI et al., 2007, p. 394).

mental como uma 'doença do cérebro' quanto o mecanismo de tratamento existente, sedimentado na internação psiquiátrica, no entanto, a Antipsiquiatria é uma das correntes que mais culpabilizou a família pela emergência do transtorno mental. (ROSA, 2008, p.66)

Basaglia, em 1961 na Itália, traz o sujeito que sofre para o centro da temática, afastando-se da concepção biologicista e focalizada nos sintomas. A família é "percebida positivamente, em suas possibilidades, potencialidades e recursos, numa visão mais abrangente e totalizante, muito embora seja também visibilizada por Basaglia (1985) como uma das instituições de violência" (ROSA, 2008, p. 67).

No que diz respeito às Terapias Familiares, na década de 1950, quando de seu surgimento, Rosa (2008, p. 69) considera que se constituíram em um avanço na concepção de família na medida em que "negando a visão linear fundada na relação causa-efeito, a terapia familiar abraçou a visão circular, em que a mútua influência dos processos interativos se interconectam e se alimentam reciprocamente, criando e recriando diversos padrões de relacionamentos." Porém aponta que tais teorias colocaram a família no divã de análise, reduzindo seu papel de protagonistas do cuidado e situando a família também no papel de 'paciente'.

Nos anos 70, a relação da família com a pessoa com transtorno mental se complexifica já que muitas das funções antes assumidas pelo Estado são devolvidas para ela: "a família, então, encontra-se sobrecarregada pela crise econômica que gera desemprego de seus integrantes ou com a impossibilidade de fazer parte do mundo do trabalho em função das novas necessidades ocasionadas pelo enxugamento dos gastos sociais por parte do Estado." (ROSA, 2008, p. 75).

Rosa (2008) aponta os primeiros anos da década de 1970 como iniciais nos estudos sobre a temática da família na área da saúde mental, mas foi na década de 80 que a família é tomada como objeto de estudos acadêmicos, numa ótica da antipsiquiatria, ou seja, a família sendo vista como desencadeadora dos transtornos mentais.

No Brasil, no que diz respeito à visão sobre a família, a partir dos anos 1990, Rosa (2008) classifica cinco diferentes dimensões atribuídas para as famílias de pessoas com transtorno mental, ampliando em múltiplos olhares que a veem de uma forma mais positiva e numa perspectiva de provedora de cuidado.

1. Família como um dos recursos disponíveis para a intervenção;

2. Família como um dos locais de permanência e convívio da pessoa com transtorno mental;
3. Família com dimensão de sofrimento e, nesta medida, merece também ser cuidada;
4. Família como sujeito de ação, com atuação sociopolítica, numa dimensão de avaliador dos serviços.
5. Família como provedora de cuidado, intermediando relação entre pessoa com transtorno mental e sociedade.

Existe um processo histórico, de longa data, na exclusão dos familiares do tratamento psiquiátrico. Ainda segundo Rosa (2008, p. 250): “A reação inicial da família contra o sistema de saúde pode ser parcialmente explicada exatamente pela pedagogia implementada pelo serviço, que a exclui da abordagem e implicitamente promete a cura, à medida que a coloca num lugar passivo, que a leva a deslocar suas esperanças para o tratamento.”

Com a Reforma Psiquiátrica, a concepção de inclusão da família no tratamento não é uma simples opção deste ou daquele serviço, já que esta é uma questão que está prevista em lei. A legislação⁴² que define as diretrizes da Reforma Psiquiátrica enfatiza a importância da família no tratamento da pessoa com transtorno mental.

Gonçalves e Sena (2001) assinalam as dificuldades que as famílias encontram no cuidado de seu ente em sofrimento psíquico:

Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes às famílias, como se estas fossem, indistintamente, capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental. Isto implica uma progressiva mudança de mentalidade e comportamento da sociedade para com o doente mental. Exigem revisões das práticas de saúde mental em todos os níveis e posturas mais críticas dos órgãos formadores de profissionais, principalmente, os da saúde e da educação. (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 51)

⁴² A Lei Federal Nº 10.216 de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, em seu artigo 2º fala do tratamento pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. No artigo 3º reforça a importância da participação da família e da sociedade na promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais. Também a Portaria/GM Nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, aponta como objetivo do trabalho a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social.

Esta análise de Gonçalves e Sena (2001) remete à questão de que algumas das dificuldades sentidas pelos profissionais, no que tange a relação 'usuário'/família/CAPS, podem se caracterizar também como consequência deste distanciamento histórico-cultural ao qual foram submetidas tais famílias.

Borba, Schwartz e Kantorski (2008) identificam três tipos de sobrecarga para a família da pessoa com transtorno mental: a sobrecarga financeira, considerando os gastos reais com o tratamento; a sobrecarga de cuidado; e a sobrecarga física e emocional. Esta autora conclui sobre a importância na "atenção à família dos portadores de transtorno mental, uma vez que favorecidas as estratégias de enfrentamento, ela possa se constituir em um espaço terapêutico e ressocializador." (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, p. 588).

Pereira e Pereira (2003, p. 99) também apresentam uma classificação dos encargos vivenciados pela família:

No presente estudo, identificamos quatro categorias relevantes para se entender o relacionamento do paciente com a família. Destas categorias, duas se encontram presentes no modelo anterior, em que o paciente era excluído da vida familiar pelo internamento no hospital psiquiátrico: a *perda* e a *culpa*. O sentimento de perda muitas vezes advinha da ausência do convívio com o ente, e a culpa, além de incidir sobre possíveis responsabilidades da família no processo que conduzia à doença, também poderia dizer respeito ao próprio ato de internamento. No contexto da assistência em regime aberto, o paciente é reinserido ou mantido no convívio familiar, levando possivelmente à emergência das duas outras categorias identificadas, o *descompasso temporal* quanto aos ritmos da vida diária, e a *desavenças ou conflitos* gerados pelo convívio com o paciente. Através dos relatos obtidos neste estudo pudemos notar que os familiares dos pacientes pedem escuta, acolhimento e ajuda para amenizar sua experiência com a pessoa acometida de transtorno mental.

O registro de Pereira e Pereira (2003) é pertinente, uma vez que acrescenta a sobrecarga que os serviços abertos de atenção à pessoa em sofrimento psíquico trazem para a família. Osinaga (2004), referindo Koga sobre um estudo com familiares esquizofrênicos, observa que "muitas das readmissões de doentes mentais nos serviços psiquiátricos tem por objetivo dar 'descanso' aos familiares, cujo fardo físico, emocional e social é relativamente pesado" (OSINAGA, 2008, p. 17).

Isso posto, fica claro que a relação 'usuário'/família/serviço de saúde mental é um processo em construção que, provavelmente, carrega resquícios históricos do olhar biologizante do transtorno mental, do olhar a família enquanto desencadeadora do sofrimento psíquico de seu ente, do olhar a família como 'fraca' e 'inábil' na dinâmica de cuidado. Mas também do olhar a família enquanto instituição

sobrecarregada, excluída, em sofrimento mental pela vergonha e culpa que carrega. E, principalmente, de olhar a família numa perspectiva de provedora de cuidados.

Na sequência do texto, serão apresentados dados sobre os cuidadores das pessoas em sofrimento psíquico que fazem acompanhamento nos CAPS dos Campos Gerais.

4.2 QUEM SÃO OS CUIDADORES DOS CAPS DOS CAMPOS GERAIS?

Inicialmente, vale fazer uma reflexão sobre cuidado e a figura do cuidador da pessoa com transtorno mental que, geralmente, está situado no círculo familiar. Para Rosa (2008, p. 277): “Prestar cuidados às pessoas enfermas traduz uma das obrigações do código de direitos e deveres entre os integrantes da família consanguínea. Mesmo que redunde, em algum ganho ou prejuízo econômico, prover cuidado, figura como uma das atividades inerentes a tarefas familiares ou domésticas que, da perspectiva do grupo familiar, foram ‘naturalizadas’ como próprias da família.”

Para Yasui (2010, p. 120)

Cuidar, em saúde significa pensar em uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento com o outro. Para olhar e ouvir o outro, é preciso reconhecê-lo como alguém que represente mais do que um mero objeto de intervenção. Preciso reconhecê-lo como um sujeito, não como uma entidade, um objeto, uma doença. Isso representa uma ruptura epistemológica de grande importância, conforme abordei no capítulo anterior. Significa romper com uma racionalidade médica que instrumentaliza saberes e práticas hegemônicas centradas na doença, de caráter hospitalocêntrico, excessivamente farmacológico e de orientação biologizante. Ruptura que inaugura uma relação diferente entre o sujeito que sofre e o cuidador que toma o existir humano em sua complexidade. As estratégias de intervenção daí decorrentes ampliam-se para a construção de projetos marcados pela diversidade. Cuidar é montar, tecer projetos de vida. É uma relação.

Frente à definição acima apresentada, o ato de cuidar é complexo, pois implica na reconstrução do olhar sobre o sujeito a ser cuidado. A situação de vulnerabilidade em que se situa essa população pesquisada pode suscitar dinâmicas protecionistas. Ayres et al. (2003), falando sobre as consequências do conceito de vulnerabilidade para as populações com AIDS, refere a preocupação com o processo de vitimização e de tutela que a vulnerabilidade pode suscitar. “Um dos problemas mais apontados nesse sentido é continuar promovendo uma

discriminação negativa dos grupos mais afetados, agora não mais pelo estigma, mas pela sua vitimização e correlativa tutela, preocupação totalmente fundada” (AYRES et al., 2003, p. 131). Assim, o excesso de cuidados acarreta prejuízos na construção da autonomia pelo sujeito.

O cuidado tem que ser repensado na sua dimensão totalizante, como mito, um fenômeno histórico, uma relação social e um projeto político. Enquanto mito é preciso desmistificá-lo, retirando-o da condição de exclusivismo feminino. Como fenômeno histórico, tem que ser datado e localizado nos diversos contextos tal qual uma relação social que se transforma, que pode sair então da esfera exclusivamente pessoal e privada, pois o pessoal e o cotidiano são políticos. Como projeto político, pode ser considerado um tipo de interação construída pelos sujeitos, suscetível a redefinições e recomposições. Remete, assim, a um processo contraditório, concomitantemente gratificante e conflituoso, carregado de obrigações, dores, opressões, mas também de prazeres, alegria, generosidade e amor. (ROSA, 2003, p. 349).

Quanto a figura do cuidador, nos CAPS dos Campos Gerais, encontrou-se a seguinte configuração:

TABELA 23 - Distribuição por vínculo do cuidador nos CAPS dos Campos Gerais – 2010

Cuidador	Arapoti	Campo Largo	Castro	Lapa	Ponta Grossa	Rio Negro	Telêmaco Borba	TOTAL	Percentual
Família original	48	82	91	71	96	64	52	504	41,6
Família conjugal	65	73	27	103	96	102	28	494	40,7
Sem cuidador	16	3	29		2	17	10	77	6,4
Parentes	7	5	9	6	13	2	4	46	3,8
Outros	2	4	4	1	10	1	1	23	1,9
Instituto, casas de abrigo		1	1			4		6	0,5
Sem informação	5	15		40		2		62	5,1
TOTAL	143	183	161	221	217	192	95	1212	100

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

Legenda:

Família Original: entendida como pai/mãe e irmão/irmã.

Família Conjugal: inclui marido/esposa e filho/filha.

Parentes: englobam cunhado/cunhada; padrasto/madrasta; genro/nora; tio/tia; primo/prima; sobrinho/sobrinha; neto/neta; avó/avô; sogro/sogra.

Outros: incluem amigo/amiga; namorado/namorada; cuidador sem vínculo de parentesco; vizinho; patroa; cunhada da filha.

Pela tabela acima, nos grupos 'família original' e a 'família conjugal', encontrou-se mais de 80% dos cuidadores. Poucos usuários dos CAPS dos Campos Gerais são cuidados por pessoas sem vínculo familiar, que somam 2,4%. Kantorski et al. (2009), pesquisando os CAPS da Região Sul do Brasil registra que 39,3% dos usuários vivem com cônjuge/companheiro (a) e 46,2% vivem com familiar, especialmente mãe ou pai, e apenas 10,8% vivem sozinhos. Números estes bem próximos aos encontrados na região dos Campos Gerais. Andreoli (2004), pesquisando o CAPS da cidade de Santos encontrou 78% dos usuários morando com a família. É possível inferir que a família está bastante presente, pelo menos no aspecto formal do cuidado, de seu familiar em sofrimento psíquico.

Das mil duzentas e doze pessoas que fazem tratamento nos CAPS dos Campos Gerais, setenta e sete delas (6,4%) não tem cuidador. A considerar essa informação, um aspecto merece reflexão: será que para todas as pessoas em sofrimento psíquico existe a necessidade da figura do cuidador? Quando foram apresentadas as tabelas 10, 28, 29 e 30, com os diagnósticos das pessoas assistidas pelos CAPS dos Campos Gerais, foi possível verificar alguns que não, necessariamente, necessitam da figura do cuidador: diagnóstico de Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o 'stress' e transtornos somatoformes (F40 – F48); Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa (F10 – F19); e parte dos Transtornos de humor (F30 – F39), para citar apenas alguns. Vale ressaltar que outros quadros psiquiátricos, como o das Esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20 – F29), também, não necessariamente, precisam da figura do cuidador. Quando a análise passa não somente pelo prisma do transtorno, mas também numa ótica de contexto mais amplo, como a existência de rede comunitária de acolhimento e de cuidados e a perspectiva de auto-manutenção financeira, entre outros, as pessoas em sofrimento mental podem prescindir da figura do cuidador.

Reduzir o caráter de vulnerabilidade das pessoas em sofrimento mental ao fator diagnóstico e focar apenas na complexidade sintomatológica indica uma visão biomédica do transtorno mental que, neste trabalho, tenta-se olhar para além. Outros aspectos também são constitutivos na concepção sociocultural de que

precisam ser protegidos: a situação de pobreza em que vivem, a dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho, a baixa escolaridade, o histórico processo de exclusão social que vivem, dificultando a consolidação da sua rede social, entre outros.

Também há que se considerar, na visão de que a figura do cuidador é necessária, a superproteção/infantilização da pessoa em sofrimento psíquico. “O processo de superproteção frequentemente é perpassado por um de desqualificação, cuja exacerbação tende a culminar num processo de invalidação em que o ritmo e o tempo próprio do portador de transtorno mental não é considerado, e nem sua singularidade. O portador de transtorno mental tende, nessas circunstâncias, a ser percebido como diferente, mas é rotulado de forma negativa.” (ROSA, 2003, p. 253).

Outro aspecto associado à figura do cuidador diz respeito ao poder que ele exerce sobre a pessoa com transtorno mental:

Prestar cuidado, então, frequentemente implica comprometimento da autonomia e independência do PTM [Portador de Transtorno Mental], pois tal preservação fica à mercê da interpretação do cuidador, que conserva e pode exercitar um intenso poder sobre o PTM. Poder no sentido positivo, foucaultiano, (Foucault, 1979) de uma prática social, um exercício cotidiano, produtivo, que detém um valor estratégico ao ter o corpo e a vontade do PTM como matéria que visa adestrar, domesticar. Assim, atravessado pelo saber/poder conferido juridicamente, visto que em termos legais o portador de transtorno mental é considerado perigosos e incapaz, a disciplina, imposição, jogo de sedução e o domínio pelo efetivo mesclam-se no sentido de anular as resistências do PTM, adquirindo o seu controle comportamental. Desse modo, em determinadas circunstâncias, assim se viabiliza a prestação de assistência ao PTM, inclusive pela normalização de seus sintomas. (ROSA, 2003, p. 300).

Os CAPS pesquisados referem que aqueles ‘usuários’ que não apresentam a figura do cuidador têm por características dois grupos: aqueles que, de fato, não necessitam de cuidador e aqueles ‘abandonados’ por familiares, a exemplo de moradores de rua. Neste sentido, dos 77 ‘usuários’ dos CAPS dos Campos Gerais que não apresentam a figura do cuidador, parte deles encontra-se em situação de abandono.

Vale lembrar que os dados aqui registrados foram coletados a partir dos prontuários, cujas anotações traduzem a perspectiva dos trabalhadores que preenchem esses formulários, e não foi feita a coleta na perspectiva dos ‘usuários’ ou familiares. Talvez, ao considerar a concepção desses últimos, o resultado da tabela seria diferente.

A próxima tabela traz a distribuição dos cuidadores por sexo:

TABELA 24. Distribuição dos cuidadores por sexo nos CAPS dos Campos Gerais - 2010

	Masculino	%	Feminino	%	Sem Cuidador e sem informação ⁴³	%	TOTAL
Arapoti	47	33	75	52	21	15	143
Campo Largo	58	32	105	57	20	11	183
Castro	42	26	90	56	29	18	161
Lapa	69	31	112	51	40	18	221
Ponta Grossa	70	32	145	67	02	1	217
Rio Negro	83	43	85	44	24	13	192
Telêmaco Borba	25	26	65	69	05	5	95
TOTAL	394	32	677	56	141	12	1212

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

O fato de existir uma supremacia de mulheres cuidadoras não se caracteriza como novidade. Com exceção do CAPS de Rio Negro, onde os cuidadores estão equilibrados entre os dois sexos, todas as demais unidades pesquisadas apresentam quase que o dobro de cuidadores femininos se comparados aos masculinos.

Osinaga (2004) ao pesquisar três serviços de assistência em saúde mental em São Paulo, encontrou uma média de 70% de acompanhantes femininos. Em estudo sobre cuidadores de idosos, Silveira, Caldas e Carneiro (2006) também registram encontrar uma maioria de mulheres cuidadoras.

A concepção de cuidado é historicamente construída e confunde-se com a concepção de maternagem, uma vez que o papel cultural da mulher está atrelado a sua condição biológica, “engravidar e amamentar é imbricado com a tarefa de maternar como se fossem atividades correlatas, extensivas” (ROSA, 2003, p. 275).

À parte as mudanças na configuração na constituição da família contemporânea, com a mulher assumindo papéis fora do ambiente familiar, numa sociedade ainda fortemente marcada pelos valores do patriarcalismo, na prática ela ainda continua sendo a grande cuidadora.

Na sequência do texto, serão apresentados os cuidadores das pessoas em sofrimento psíquico que foram selecionados para entrevista.

⁴³ Foram agrupados os 79 sem cuidador e os 62 sem informação, totalizando os 141.

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES ENTREVISTADOS

De alguma forma, a pesquisa empreendida teve caráter antropológico, na medida em que buscou a compreensão da cultura aos sujeitos pesquisados. Minayo (2006, p. 199) ressalta que:

A antropologia ensinaria ainda aos profissionais de saúde que, metodologicamente precisamos ouvir, primeiro, como nosso interlocutor *define sua situação*. Em segundo lugar qual é sua *experiência biográfica*, lembrando que uma pessoa sempre está situada biograficamente no mundo da vida e é nesse contexto que pensa, sente e age. Em terceiro lugar qual é seu *estoque de conhecimento*, ou seja, qual é sua sedimentação de experiências e situações vivenciadas, a partir da qual ele interpreta o mundo e pauta sua ação. Em quarto lugar, a que o interlocutor dá *relevância* em sua fala, pois sua *estrutura de relevâncias* se relaciona à bagagem de conhecimentos e à sua situação biográfica.

O que está sendo apontado por Minayo é que um pesquisador faz uma entrevista para compreender coisas que não sabe. E este conhecimento deve ser construído a partir da escuta e da localização deste sujeito em um tempo, um local e numa história pessoal. E foi com este interesse de ouvir para aprender que se deu início às entrevistas.

Sobre a importância em contextualizar a fala dos sujeitos, Sarti (2009, p.13) refere que:

Contextualizar é ir além da explicação do pesquisador e confrontá-la com a explicação nativa. Pressupõe o reconhecimento do discurso nativo como um saber, o que implica pensar a pesquisa como uma relação entre dois sujeitos, o pesquisador e o pesquisado, fazendo desta relação um problema. Traz consigo necessariamente o diálogo, com a exigência de sair de si. O contexto do pesquisador explica a sua interpretação, mas não necessariamente a do pesquisado, quando forem distintas as referências de significado de uma e de outra.

Foram entrevistados 14 familiares identificados como cuidadores responsáveis pelas pessoas com transtorno mental que fazem tratamento nos CAPS dos Campos Gerais, sendo possível observar que “serem escolhidos para a entrevista é [foi] visto como uma deferência” (SARTI, 2009, p. 25), o que refletiu de forma positiva na disponibilidade e interesse que os familiares demonstraram no decorrer das entrevistas.

A caracterização destes sujeitos será feita na próxima tabela.

TABELA 25 - Perfil dos cuidadores dos CAPS dos Campos Gerais entrevistados – 2010

Características do familiar -cuidador	Quantidade
Cuidadora Mulher	10
Cuidador Homem	4
Do lar	6
Lavrador	2
Aposentado	2
Varredora de rua	1
Diarista	1
Zeladora	1
Vigilante	1
Ensino Fundamental Incompleto	12
Ensino Fundamental completo	1
Ensino Médio Incompleto	1
Católica	9
Evangélica	5
1 Salário Mínimo	4
2 Salários Mínimos	7
3 Salários Mínimos	1
4 Salários Mínimos	2
Casado	11
Separado	2
Viúva	1
Família Nuclear	4
Família Monoparental	2
Família Extensa	5
Família Ampliada	3

Fonte: Entrevista com familiares – Elaborado por Lucimar Coneglian

Seis mães, duas irmãs, uma esposa e uma curadora são as mulheres entrevistadas. Dois pais, um marido e um filho são os homens.

Quanto à distribuição por sexo, vale destacar que as mulheres representaram, em número absoluto, quase 3 vezes mais do que os homens. Enquanto estes somaram quatro, elas totalizam 10. Como já destacado anteriormente, a maioria dos cuidadores das pessoas em sofrimento psíquico dos CAPS dos Campos Gerais, está constituído de mulheres. Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010) encontraram predomínio de mulheres cuidadoras de idosos com Alzheimer. Carvalho (2009, p. 272), em estudo sobre cuidadores de idosos portugueses verificou “que os cuidados prestados, quer pela rede familiar quer pelas redes institucionais, designadamente os cuidados pessoais e sociais, são predominantemente prestados por cuidadores femininos. Estas práticas e representações face aos cuidados decorrem das relações de poder e das relações sociais mediadas pelo próprio Estado”.

A mulher-cuidadora está presente em vários estudos, independente da ‘doença a ser cuidada’. Wanderley (1998) refere que em:

Pesquisa realizada na cidade de São Paulo junto a cuidadores de pessoas acometidas de acidente vaso-cerebral (Karsh, 1997), constatou que nada menos que 87,3% eram mulheres. Entre estas, 80,1% eram esposas ou filhas, enquanto apenas 16,9% eram noras, irmãs cunhadas ou sobrinhas da pessoa que necessita de cuidados. Estes dados evidenciam não apenas a feminização do ato de cuidar, mas ilustram também que os cuidados estão quase sempre circunscritos aos parentes da família nuclear e, freqüentemente, a uma única pessoa, pois como constatou o mesmo estudo, mais de 50% dos cuidadores não contavam com a ajuda de pessoas substitutas (Karsh, 1997, 29). (WANDERLEY, 1998, p. 3).

O modelo de família nuclear, composto por pai, mãe e filhos já não responde mais à configuração da família contemporânea. “Actualmente, ao falar-se de família, o plural impõe-se. Já não há um ‘modelo ocidental’ mas vários.” (SEGALEN, 1999, p. 327).

Nesta pesquisa, a maioria das famílias entrevistadas apresenta uma configuração distribuída entre os vários modelos de arranjos familiares hoje existentes.

Arriagada (2000), a partir de estudos com famílias latino-americanas, aponta o declínio do modelo patriarcal, uma vez que houve a incorporação maciça das mulheres no mercado de trabalho; o fim do sistema de provedor único da casa; e o aumento do número de lares chefiados por mulheres, em sua maioria, monoparentais. Embora as famílias nucleares continuem predominantes, apresentam diferentes estruturas: famílias reconstituídas, as chefiadas por mulheres, as sem filhos, as constituídas por três gerações, entre outras ... Para Welti (2002), uma das mudanças mais relevantes na família latino americana, fruto de uma combinação de fatores demográficos e econômicos, é o fato de três sucessivas

gerações (crianças, pais e avós) co-habitarem em uma proporção significativa de moradias. (MOREIRA; RABINOVICH; SILVA, 2009, p. 78)

Pelo demonstrado nos dados da Tabela 25, os casos de sucesso que foram indicados pelos profissionais dos CAPS dos Campos Gerais seguem o perfil dos 'usuários' desses serviços, já exposto no capítulo anterior. Vale o registro para não se criar uma falsa impressão que o sucesso está relacionado às famílias de maior poder aquisitivo e nível de escolaridade, com maiores recursos econômico-socioculturais. O perfil dos entrevistados demonstra que não é esta a situação, visto que apresentam configuração semelhante ao da maioria dos 'usuários' dos serviços.

4.4 O QUE FALAM OS FAMILIARES

Segundo Chizzotti (2008, p.113) “há muitas formas de se analisar um documento e uma multiplicidade de técnicas disponíveis, dependendo da opção do investigador e dos objetivos da pesquisa.” Para este trabalho, na busca dos significados contidos nas entrevistas realizadas, a escolha foi pela técnica da análise de conteúdo.

A análise de conteúdo parte do princípio de que existem significados expressos e latentes nos textos, cabendo ao pesquisador o cuidado de entendê-los. Uma estratégia é a de recorrer ao agrupamento em categorias de análise relevantes ao tema. “Consiste em relacionar a frequência da citação de alguns temas, palavras ou idéias em um texto para medir o peso relativo atribuído a um determinado assunto pelo seu autor. É um tipo de análise da comunicação que pretende garantir a imparcialidade objetiva, socorrendo-se da quantificação das unidades do texto claramente definidas, para gerar resultados quantificáveis ou de estabelecer a frequência estatística das unidades de significado.” (CHIZZOTTI, 2008, p. 114).

O esforço do pesquisador quando da utilização da análise de conteúdo deve estar concentrado na superação de suas inferências subjetivas, atentando para o que o texto objetivamente revela. As inferências possíveis devem partir da mensagem registrada através das entrevistas e não da concepção do pesquisador.

As palavras repetidas pelo entrevistado e que denunciam sua concepção, são agrupadas em categorias, temas ou itens de análise, ou seja, unidades que surgem a partir de leituras concentradas do texto produzido pela entrevista.

Para a análise a seguir, as entrevistas não serão identificadas, apesar de que nenhum familiar fez objeção a tal fato. Por uma questão facilitadora para a análise, as entrevistas são denominadas de FAMILIAR-CUIDADOR 1 até o FAMILIAR-CUIDADOR 14, seguindo a ordem cronológica de sua realização. A primeira entrevista foi realizada no dia 04 de fevereiro e a última em 16 de junho de 2010.

Na sequência, será apresentado o que pôde ser apreendido como fatores facilitadores do êxito, a partir da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os familiares-cuidadores. A pergunta que iniciou este capítulo foi: É possível identificar, a partir das falas dos familiares-cuidadores, quais mecanismos têm contribuído para o sucesso? Pois no texto que segue, serão analisadas algumas questões que, partindo da fala dos entrevistados foi possível considerar como relevantes nos casos exitosos.

4.4.1 Triangulação família/'usuário'/CAPS e a formação de rede

Retornar ao panorama da família cuidadora da pessoa com transtorno mental anterior ao modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica é importante para a compreensão de como tem acontecido a triangulação família/'usuário'/ CAPS e a formação de rede nos casos de sucesso pesquisados.

Sabidamente, o tratamento oferecido para as pessoas com transtorno mental foi o de internação em hospital psiquiátrico. Com raras exceções, a maioria dos hospitais não trazia como projeto terapêutico o de incluir a família no tratamento do seu ente. A internação era vista pelo familiar como um período de afastamento e de descanso do cotidiano estressante que vivia, já que a pessoa com transtorno mental raramente estava estabilizado.

Uma vez que o hospital psiquiátrico saiu de cena como guardião da pessoa com transtorno mental (que muitas vezes tornou-se o guardião permanente⁴⁴), entra

⁴⁴ O Ministério da Saúde divulgou que até maio de 2010 foram beneficiadas 3.574 pessoas com transtorno mental com o Programa de Volta para Casa. “Apesar dos avanços alcançados, o número de beneficiários do Programa de Volta para Casa ainda é muito baixo – apenas 1/3 do número estimado de pessoas internadas com longa permanência hospitalar recebe o benefício. Muitos obstáculos ainda precisam ser enfrentados pelo processo de desinstitucionalização: problemas de documentação dos pacientes, crescimento em ritmo insuficiente das residências terapêuticas, dificuldades para a redução pactuada e planejada de leitos psiquiátricos e ações judiciais. Existe

em cena a família. Ela passou a ter papel relevante neste tratamento, afinal, os CAPS são serviços abertos e de frequência prevista de acordo com o projeto terapêutico: ou seja, caso a caso. Pela lógica de atuação dos CAPS, o 'usuário' do serviço continua com seu endereço familiar, e não mais o do serviço de saúde que o atende, como na época dos hospitais psiquiátricos. Sendo assim, a família mantém o status de cuidador, contrariando o que existia no período da internação hospitalar, no qual o familiar estava temporariamente excluído do cuidado familiar. Neste sentido, os serviços abertos de atenção à pessoa com transtorno mental devem considerar a parceria com a família.

Como bem observou Pereira e Pereira (2003, p. 93)

A análise das necessidades complexas de um paciente nos leva a colocá-lo em áreas específicas (assistenciais, relações humanas, familiares, trabalho etc.). Então, interagir com o sofrimento significará interagir também com estas áreas de problemas. Assim, vemos que existe um consenso de que a família é a primeira rede social da pessoa; é fundamental, quer para a manutenção do doente mental fora do hospital psiquiátrico, ou em uma visão mais ampla de assistência à saúde mental, que considera essenciais os recursos e a atuação da comunidade.

Vale considerar que, por vezes, os familiares também estão em sofrimento mental. Lancetti e Amarante (2006) referem que “o que interessa para compreender o grupo familiar é perceber de que maneira ele está estruturado. Quanto mais patológico o grupo familiar, mais estruturado. A intervenção de saúde mental provoca uma desestruturação e uma re-estruturação.” Esses autores acrescentam ainda, “nos casos de saúde mental, quando um paciente de uma família melhora, outro descompensa, os casos nunca ‘fecham’. O sintoma não se elimina, o sintoma circula.” (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 632).

Os serviços de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS apresentam como proposta de trabalho o de reinserção da pessoa com transtorno mental na família e na sociedade, devendo estimular para isto, um vínculo próximo com as famílias de seus 'usuários'. O CAPS Prof. Luís da Rocha Cerqueira, ou ainda o CAPS de Itapeva, primeira unidade desse serviço no Brasil, desde sua criação, “esteve atento à necessidade de desenvolver estratégias e práticas que estimulassem o envolvimento dos familiares na assistência.” (MELMAN, 1999, p. 175).

ainda grande dificuldade para a desinstitucionalização da população mais cronicada dos Hospitais Psiquiátricos - fatores como idade, longo tempo de internação e comorbidades demandam SRTs [Serviços de Residências Terapêuticas] adaptados e adequados a essa população e maior número de cuidadores, o que eleva seus custos.” (BRASIL, 2010, p. 12).

A triangulação, entre 'usuário'/família/serviço de saúde e a articulação com seu entorno, é um desafio para a Reforma Psiquiátrica. Um dos preceitos constitutivos da Reforma Psiquiátrica, diz respeito ao cuidado de não transformar os serviços substitutivos aos manicômios em serviços que se fecham em si mesmos.

Defendo aqui que o Centro de Atenção Psicossocial (Caps), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O Caps é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.

A equipe de saúde mental pode ser pensada como a mão que urde, porém jamais será a trama. Tecer essa rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do nosso processo de trabalho. (YASUI, 2010, p. 115).

Um dos preceitos da Reforma Psiquiátrica, constituído na dimensão técnico assistencial envolve a questão do cuidado numa perspectiva de território (YASUI, 2010, p. 124-130), conceito este não restrito ao espaço geográfico do CAPS. Assim, as ações de cuidado previstas no tratamento dos CAPS, devem transpor os muros institucionais, através da inserção social e da ampliação da rede de cuidados, possibilitando que a pessoa em sofrimento psíquico habite o território.

Nas entrevistas realizadas foi possível observar, através dos relatos, que existe aproximação entre o serviço e os cuidadores. Em todos os casos os entrevistados enfatizaram sobremaneira a importância do tratamento oferecido pelo CAPS. Comentam que:

Então o tratamento da R. foi muito bom, sabe? Hoje ela compreende as coisas, tem paciência. (FAMILIAR-CUIDADOR 1)

Daí eles me dão explicação certinho, como que eu tenho que lidar com ele... (FAMILIAR-CUIDADOR 3)

Por vezes, pelo olhar dos cuidadores, dimensionados em suas falas, é possível considerar uma forte construção moral, no sentido de conceber o familiar como um "doente" e o serviço como um normatizador do comportamento:

Assim é que eles fazem. É uma beleza pra nós. Estamos tranquilos, contente, alegre, demais... Demais dessa beleza que fizeram pra nós né... Entrega nosso piá sadio... Com saúde. (FAMILIAR-CUIDADOR 4)

Através do CAPS eu acho que ele está mais tranquilo. (FAMILIAR-CUIDADOR 10)

É pro CAPS... ajuda bastante. Ajuda bastante. Ajudou a melhorar, né. Agora ela é bem mais inteligente, entende bem mais as coisas. E ela entende que agora que se não dá pra fazer alguma coisa, não dá, né. (FAMILIAR-CUIDADOR 12)

Daí ela foi só melhorando. Ela ama o CAPS sabe? Ela tem vontade de vir aqui por causa que ela conversava com os outros doentes, e aprendeu a conviver, e tem dó, né. Eu mesmo, se um dia pudesse, eu queria ser até uma voluntária, porque eu amo essas pessoas assim sabe? ... E ela fala "Nossa mãe, estou com saudades do CAPS... (FAMILIAR-CUIDADOR 13)

Ainda que nos casos pesquisados observou-se a existência de proximidade entre família e serviço, isso não significou que a participação da família foi espontânea e imediata. Muitas vezes, a sua aproximação aos serviços se deu de maneira um pouco forçada e repleta de idas e vindas, numa relação processual do FAMILIAR-CUIDADOR se sentir parte integrante do tratamento.

A seguir, destaco dois casos de cuidadores que foram 'forçados' pelos CAPS para participar do tratamento.

A opção por iniciar a temática da triangulação com estes casos é para o registro que esta parceria nem sempre é fácil e imediata. O que não significa inviável, como nos dois casos relatados abaixo, que reforçam a importância da superação do bloqueio inicial, já que são casos referendados como exitosos.

Um bom exemplo de que "forjar" um relacionamento família/CAPS também pode resultar em sucesso é o caso do FAMILIAR-CUIDADOR 2. Trata-se da esposa de uma pessoa com transtorno mental, que relata ter começado a frequentar o CAPS por ter sido forçada a isto, uma vez que a instituição disse que não mais forneceria o medicamento para seu marido, caso ela não participasse do tratamento. Essa esposa lembrou, durante a entrevista, que isto a deixava bastante aborrecida e enraivecida, já que estava sendo obrigada a participar das reuniões.

Porque eu não queria, sabe? Eu não queria, por nada, porque eu achava que ele... Ah eu já estava em um ponto, assim, que eu não sabia o que fazer com ele. Não digo de me separar, porque não é meu... meu tipo. Mas eu achava que já tinha agüentado demais. E ainda ter que eu frequentar? Eu também tenho problema de tudo, né? Um que eu tinha que ir na reunião lá, porque eu não queria ir. Até eu cheguei lá e falei pra eles que eu não ia frequentar porque eu não era louca. O louco era ele. Cheguei a falar essas coisas. Eu desesperada. Eu estava no fundo do poço. Eu chegava lá, não podia falar com a G. (profissional que atua no serviço), eu só chorava, eu não podia. Eu não tinha condições mais de falar, mais eu não tava assim... Eu sei que depressão eu não fiquei nunca com depressão. Eu estava assim muito chateada, muito abalada. Eu fiz tudo que eu podia, né? Eu fazia tudo. (FAMILIAR-CUIDADOR 2)

Da fala do FAMILIAR-CUIDADOR 2 se apreende duas questões: uma se refere à expressão do sofrimento que a família também vivencia, e outro à concepção de que o “o louco é ele”, não dizendo respeito ao familiar que cuida, numa posição de ‘distanciamento solidário’ pelo sofrimento do outro.

Mas com o passar do tempo, essa familiar percebeu o CAPS diferente:

Ah o que eu posso dizer pra você é que... que foi muito bom. Para mim o CAPS foi a minha mãe sabe...E ele vai. Dificilmente ele perde, só se ele não possa ir mesmo. E eu só agora que eu não pude ir, por causa de uns problemas. Mais eu vou de cada quinze dias, eu vou. E quando eu não vou, eu acho falta (risos)... Gosto de ir lá. (FAMILIAR-CUIDADOR 2)

O modelo biomédico, cuja lógica do tratamento está restrita às consultas médicas e à prescrição medicamentosa, ainda está presente na concepção de muitos familiares, que resistem em participar de um tratamento cujo pressuposto vai além deste modelo.

Os argumentos utilizados pelas famílias para não participar do tratamento dizem respeito a um sentimento de estranhamento da doença. O caso do FAMILIAR-CUIDADOR 5, marido de uma usuária do CAPS, pode ilustrar esta questão. Como motivo para não participar do tratamento de sua esposa ele dizia que:

Ah eu sempre falava pra ela que eu não vinha. Porque o doente não era eu. Que eu não tinha problema, que ela que tinha que vir... E ela cansou de falar “Vá, o médico quer fala com você”. E eu sempre deixava pra traz “Não eu não... Não sou eu que to doente, quem precisa é você... O que eu vou dizer para o médico, se teus problemas não são por causa de mim”. Até que chegou um dia que eu peguei, eu mesmo decidi vir, e daí vi que a... A participação minha foi muito importante pro tratamento dela... Então as pessoas que tem o problema que nem a gente passou que... A participação pro casal é muito importante pro tratamento. (FAMILIAR-CUIDADOR 5)

Este relato demonstra que em algum momento do tratamento nos CAPS, o familiar começa a conceber o sofrimento da esposa também com um problema dele, mas não um problema gerado por ele, num processo de culpa. Quando se apodera dessa problemática, ele começa a sentir-se parte do tratamento.

Eu sempre pensava que o problema dela não era meu, ela já vinha com outros problemas do primeiro casamento dela. Então chegou num ponto que eu achei, que eu não tinha que ta pagando pelos outros. Ai que eu comecei ir nas reunião do CAPS, e falaram que eu tinha que entender a doença. Mas foi muito difícil, né. Porque no meu pensamento era só largar e deixar tudo. “Deixa ela, filha, e sai fora”. Só que daí também falei aqui na reunião, daí melhorou bem... E foi ai que eu entendi a doença dela. Que eu achava que era um ciúme que ela tinha, que era problema de dois marido, e eu ia ter que pagar... Agora que entendi, que não tinha nada a ver com... Que eu tinha... Que eu era responsável pelo problema dela,

no caso para fazer ela melhorar. Ai foi ai que eu consegui. E hoje ela está bem. Por isso que ela fala que ela deve tudo isso a mim, porque eu nunca, nunca desisti. (FAMILIAR-CUIDADOR 5)

As mudanças de atitude no familiar cuidador também são percebidas pela pessoa com transtorno mental, talvez entendendo que o CAPS é uma instituição que consegue traduzi-lo para seu cuidador. Neste sentido, também se empenha para favorecer a aproximação do familiar com a instituição.

Tem que ver como que ele cuidava o dia que eu tinha CAPS. Se não tinha quem me levasse, né... ele dava um jeito de arrumar alguém pra me levar né? Por que eu não tenho condições de ir a pé. Então nossa, para ele foi... Daí ele achou que eu tava me interessando pela doença dele sabe... (FAMILIAR-CUIDADOR 2)

Neste ponto, é possível considerar que um dos aspectos relacionados ao êxito foi o envolvimento de alguns cuidadores com o tratamento de seu familiar em sofrimento psíquico. Envolvimento que pressupôs sua presença física no CAPS e o entendimento de seu papel. Se isso foi inicialmente “forçado”, parece não ser relevante, o destaque é que em várias histórias os familiares foram entendendo seu papel e pactuando do mesmo objetivo, o que contribuiu para o sucesso.

Em outro caso, também classificado como sucesso, o serviço teve que recorrer ao Ministério Público acionando a família judicialmente para participar do tratamento. Portanto, vale reforçar que o êxito é processual e não significa que não haja conflitos. Neste caso específico, em uma reunião conjunta entre Ministério Público, família e profissionais do CAPS, estes últimos orientaram a família sobre aspectos do tratamento da filha.

Na época em que o CAPS entrou no Ministério Público, existiu manifestação de revolta por parte da família, inclusive com algumas ameaças voltadas aos profissionais do serviço. Mas parece que isso foi superado, tendo em vista a fala do pai sobre o tratamento da filha:

Eu gosto... Eu gosto, porque durante o tempo que ela está lá, eu estou sossegado. Eu já conheço o CAPS, já fui lá muitas vezes, então ela está bem cuidada, ela come bem lá, porque ela gosta muito de comer, ela come bem, se dá bem com os outros internos... E com as moças que trabalham lá, assistente social,... Está louco de⁴⁵ bom ... E o interessante é que o carro vem buscar ela aqui na porta de casa, e vem trazer... Ela tá chegando, alegre,

⁴⁵ A utilização da locução adverbial ‘louco de’ é uma expressão comum na região. “Neste caso, ‘louco de’ corresponde, claramente, ao advérbio de intensidade ‘muito’. Resumindo, então, ‘louco de’ é uma locução adverbial que expressa intensidade.” (EDITORA TODA PALAVRA, 2011)

vem contando história... E o melhor de tudo, é que lá as moças aconselham muito ela, que nem sequer ela fala de sair de casa... (FAMILIAR-CUIDADOR 8)

O serviço foi claro que esta opção de intervenção aconteceu após inúmeras tentativas de aproximação com a família, sem sucesso. No decorrer da entrevista, foi possível perceber que a família consegue ver o CAPS como um colaborador deles, familiares e não apenas como um colaborador da filha, que é a 'usuária' do serviço, sugerindo que a intervenção do Ministério Público não resultou em rupturas.

As reuniões permitem a troca de vivências e experiências entre familiares, na medida em que são relatadas as dificuldades e avanços. O FAMILIAR-CUIDADOR enxerga uma vantagem nesta troca, já que possibilita olhar o 'outro', ajudando a minimizar a própria dificuldade.

Quando eu vejo que o meu problema é difícil, mais se bem que tem pessoas que tem o problema mais difícil ainda, porque naquela hora que a gente faz a reunião lá, e se reúne tudo e faz uma mesa redonda lá pra conversar... Nossa, cada dificuldade, o que aconteceu, que tem filhas que agride com água quente as mãe, é coisa que com a minha filha nunca aconteceu isso... Dos male o menor... (FAMILIAR-CUIDADOR 8)

Comparar a própria dor com a dor do outro e concluir que seu 'mal é menor' pode denotar uma aceitação conformista para com o familiar com transtorno mental. Diferente de olhar a dor do outro numa perspectiva de melhor compreensão do seu familiar que sofre, contribuindo para a aceitação da diferença.

Alguns familiares-cuidadores comparam o CAPS com uma família.

... o CAPS foi a minha mãe sabe. (FAMILIAR-CUIDADOR 2)

É uma família, né. Que quer muito bem ela e nós queremos bem eles. (FAMILIAR-CUIDADOR 7)

Conceber o CAPS como família e como uma mãe, pode acarretar uma série de implicações. De um lado, vale lembrar que a loucura é gestada sócio-culturalmente e, sendo assim, sua maternidade não pode se circunscrever a determinado serviço, com riscos de reduzir sua área de ação. Existe também o perigo dos CAPS assumirem o "papel de família", distanciando-se de seu objeto inicial que é o tratamento. Tratamento este não no sentido tradicional do termo, abarcando apenas consultas e medicamentos, mas tratamento concebido a partir

dos constructos da Reforma Psiquiátrica, dentre eles, a inserção social para além da estrutura da instituição.

Em outra perspectiva, é possível visualizar que quando os entrevistados se referem ao CAPS como uma família, podem estar considerando também o próprio histórico de orfandade que vivenciaram. Como já anteriormente relatado, na história do tratamento para as pessoas com transtorno mental, lugar de louco era o hospício e o lugar da família era o do isolamento na vergonha e na culpa. Durante a realização das entrevistas, pode-se observar um ‘alento’ dessas famílias com a existência dos CAPS. Relataram histórico pregresso de seus familiares com inúmeras internações, diagnósticos diferentes em cada serviço consultado, falta de orientações sobre a problemática de seu familiar, etc. A orfandade em que os tratamentos pregressos aos CAPS impuseram a estas famílias parece que as leva, agora, a enxergar a instituição como uma ‘mãe’.

Outro aspecto que pode manter alguma relação com o fato de associarem o CAPS a uma família, pode ser o de que “a família, para os pobres, associa-se àqueles em quem se pode *confiar*.” (SARTI, 2009, p. 85). Possivelmente, os CAPS a que se referem estes cuidadores como família, são serviços que estabeleceram vínculo de confiança.

Os CAPS, também, podem ser vistos como um local indicativo de tempo e de ocupação, como um espaço de realização de atividades, para as pessoas em sofrimento psíquico.

É a ajuda do CAPS, né. Porque antes de freqüentar o CAPS ele andava muito a toa, na rua. A gente ficava... não dormia de preocupado. Ele andava, andarilhava. Era isso, depois daqui então, nossa, tá muito bom. Antes ele não tinha um objetivo nenhum né... Só pensava em drogas, coisa de louco... Aqui já ele... já sabe que tem que freqüentar aqui então ele esquece as drogas. (FAMILIAR-CUIDADOR 10)

Bastante né, melhorou muito. Que agora ele tem quem ajude... Que nem ele vem aqui fazer as coisas. Tem aquele compromisso, né... É muito bom. Eu acho que foi aqui no CAPS, né que melhorou. Porque antes não tinha, né. Porque onde ele ia, ele saía pra rua, andava, voltava, chegava em casa e ia deitar... Na segunda, quarta e sexta ele vem à tarde... Daí fazem trabalho, né... (FAMILIAR-CUIDADOR 6)

Qual é o lugar do louco? Anteriormente eram os hospícios. Na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica corre-se o risco de vê-lo restrito aos CAPS. Isso indica uma desospitalização, mas não uma desinstitucionalização no processo. Pensar em qual é o papel dos Caps também implica em pensar em qual é

o espaço social das pessoas em sofrimento mental. Segundo Yasui (2010, p.115) “um Caps é a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território”. A considerar atentamente essa concepção e a considerar também “a saúde como uma produção social” (YASUI, 2010, p. 124), parece ser necessário romper os muros da instituição, que em sua concepção original é aberta e habitar o mundo, ocupando o tempo e os espaços do território, para além das diferenças de cada um.

No que tange as atividades desenvolvidas pelas pessoas em sofrimento psíquico nos CAPS, alguns familiares consideram como ‘um trabalho qualquer’:

Agora eles tão preparando trabalho pra páscoa, né. É bom, né... Nem que só ganhe, faça lá uma caixinha, qualquer coisa pra eles já é uma grande coisa, né. (FAMILIAR-CUIDADOR 6)

Nessa fala fica evidente a desqualificação do trabalho da pessoa com transtorno mental. As atividades desenvolvidas nos CAPS deveriam, a considerar os pressupostos de Saraceno (1996), servir como um processo de exercício de cidadania, de reconstrução da contratualidade do sujeito em seu território:

Porque um esquizofrênico teria que, além da desgraça de ser esquizofrênico, ter a desgraça de ser ator, tocador de piano, artista plástico... Não necessitamos de esquizofrênicos pintores, necessitamos de esquizofrênicos cidadãos, não necessitamos que façam cinzeiros, necessitamos que exerçam a cidadania. O que não quer dizer que uma etapa para a reconstrução da contratualidade passe por teatro, por artes plásticas, por fazer cinzeiros, passe por, não termine em. (SARACENO, 1996, p. 16).

As atividades desenvolvidas nos CAPS, normalmente associadas às oficinas de artesanato, teatro, música, entre outras, deveriam estar enquadradas na lógica da reabilitação psicossocial, o que nem sempre é observado no cotidiano dos serviços. Silvio Yasui (2010), discorrendo sobre as dificuldades com a ruptura da proposta biologizante no tratamento para pessoas com transtorno mental, aponta que “...a oficina terapêutica, por exemplo, transforma-se não em um campo relacional de trabalho vivo, de encontro, de criação, mas na mera reprodução de técnicas, muitas vezes de caráter moralizante e de controle, que transformam a potencialidade criativa em trabalho repetitivo, sem sentido, burocrático.” (YASUI, 2010, p. 121).

Outro aspecto observado nas entrevistas diz respeito à atenção que os profissionais dos CAPS dão para os familiares, quando necessitam de alguma orientação:

Sempre que eu procuro ajuda, sempre que eu pergunto, sempre tão me informando quando não é a assistente social, a psicóloga, sempre um ou outro do CAPS, que trabalha no CAPS, eles tão sempre me orientando como fazer, como... Sempre peço ajuda né pra um e pra outro, eles estão me ajudando, de uma forma ou outra eles estão me ajudando, sempre me ajudam. (FAMILIAR-CUIDADOR 11)

E informações do CAPS que eu tenho aqui... No caso, como tratar com ele... É que lá eles falam também bastante com ele, conversam né. Que sempre ele tem assim a mania de urinar pra fora, ele deixa do banheiro dentro de casa e urina pra fora. E sempre estão conversando com ele sobre esse tipo de assunto. E sobre fumar menos também... (FAMILIAR-CUIDADOR 3)

Um dos entrevistados, marido de uma 'usuária' do CAPS, consegue, através da sua fala, resumir bem a triangulação família/'usuário'/CAPS:

E graças a ela (referindo-se a sua esposa) e ao CAPS a gente tá mudando... A continuidade do trabalho e ela tá bem... bem melhor. Ela fala que eu que fui o principal, eu acho que não, que foi com ela, daí eu e depois o CAPS... (FAMILIAR-CUIDADOR 5)

A esposa, 'usuária' do CAPS, tenta classificar a importância de cada um dos atores na melhoria de seu quadro: aponta o marido como o grande agente de sua melhora. Esse, por sua vez, refaz a análise e a classifica como principal agente de mudança, e acrescenta o CAPS como parceiro no processo. Fato é que a hierarquização dos atores por importância no tratamento é irrelevante e provavelmente nem possível. O importante é que parece estar existindo uma triangulação onde os três vértices: 'usuário'-família-CAPS estão estabelecendo parcerias.

O êxito parece estar focalizado também no compromisso em que cada um dos vértices deste triângulo assume. Todos são importantes e devem tomar para si a responsabilidade do tratamento, conforme lembra Pitta (1996). As falas sugerem também que o entorno desse triângulo, o território de existência de todos nós, não aparece, ainda, muito definido e constitutivo do tratamento. Mas como refere Lancetti e Amarante (2007), "na saúde geral o vértice da pirâmide da complexidade está no hospital. Um transplante ou intervenção cirúrgica cardíaca se faz em locais de alta complexidade, onde há centros cirúrgicos e unidade de terapia intensiva. Na saúde mental é o contrário: no hospital o procedimento é simplificado e no território os procedimentos são mais complexos." (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 632).

Neste tópico o objetivo foi de, a partir das falas dos FAMILIARES-CUIDADORES, tecer algumas considerações sobre a relação família/'usuário'/CAPS e a formação de rede. Relação esta complexificada pelo histórico de desencontros

desses sujeitos, mas que, parece, vem se configurando possível. Isso não significa apreender essa relação como destituída de conflitos. Eles existem e são necessários, mas na medida do possível, parece que estão sendo apreendidas novas maneiras de se relacionar e de coexistir.

4.4.2. Compreensão do sofrimento psíquico e dinâmica de cuidado

Em razão da construção histórica da loucura, existem dificuldades de caracterizar o comportamento da pessoa em sofrimento psíquico como sintomas de ‘doença’. Usualmente são vistos por prismas morais, julgando-os como “preguiçosos”, “manipuladores”, “desobedientes”, “violentos” entre tantos outros juízos de valor. Esta concepção, além de dificultar o tratamento, também dá posse ao sujeito do comando de seu comportamento, ou seja, revela um olhar que caracteriza a pessoa com transtorno mental como responsável por seus atos. “A própria invisibilidade da ‘doença mental’ ativa os fantasmas familiares. Como está habituada com a leitura lesional da doença, em geral buscam, como a psiquiatria, uma causa orgânica para explicar o transtorno mental até como forma de aplacar o sentimento de culpa.” (ROSA, 2003, p. 247).

Uma das questões pesquisadas durante a entrevista versava sobre:

Informações que possui sobre a doença de seu familiar. (Inclui quem informou sobre o diagnóstico, quando e quais as informações fornecidas e no que estas informações auxiliaram na dinâmica de cuidado com seu familiar adoecido) (ANEXO D)

Na tabela abaixo, foram listadas todas as respostas das 14 entrevistas. Elas foram comparadas com o diagnóstico psiquiátrico que constava no prontuário dos sujeitos pesquisados.

TABELA 26 - Diagnóstico referido pelo familiar cuidador e o diagnóstico psiquiátrico registrado no prontuário do ‘usuário’ do CAPS - 2010

Diagnóstico referido pelo familiar cuidador	Diagnóstico psiquiátrico
<i>Sei, depressão pós-parto.</i> (FAMILIAR CUIDADOR 1)	Psicose não-orgânica não especificada (F 29)

<i>Não. Eu sei que é uma depressão que ele tem que eles falaram. Síndrome de pânico que ele tem... (FAMILIAR CUIDADOR 2)</i>	Transtorno Afetivo Bipolar (F 31)
<i>É o medico fala que, o psiquiatra diz que é Transtorno Bipolar, e aquela esquizofrenia... Os dois misturados juntos. (FAMILIAR CUIDADOR 3)</i>	Esquizofrenia (F20)
<i>Eu não sei o que é isso aí... Mais me falaram que é de depressão. (FAMILIAR CUIDADOR 4)</i>	Esquizofrenia (F 20).
<i>Pelo nome assim na verdade não... (FAMILIAR CUIDADOR 5)</i>	Transtorno afetivo bipolar, não especificado (F 31.9)
<i>Não sei, né. (FAMILIAR CUIDADOR 6)</i>	Esquizofrenia (F 20)
<i>O médico deu o papel pra mim lá, né, Em Jandaia, só que daí eu não me lembro, e... levei no postinho, daí eu entreguei lá no CAPS... Não peguei, daí fico lá. (FAMILIAR CUIDADOR 7)</i>	Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado (F 23.9)
<i>Até agora ninguém disse a qual é a doença que ela tem.. (FAMILIAR CUIDADOR 8)</i>	Esquizofrenia (F 20)
<i>No começo que deu esse problema com a filha, eu não entendia que era depressão... (FAMILIAR CUIDADOR 9)</i>	Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos (F31.2)
<i>É bem o que fala o papel né, que explica sobre... Esqueci... É, ele ficou assim, dessa forma né, como tá no papel. E antigamente ele tinha alucinações também, falava dormindo, ouvia sozinho né, e... (FAMILIAR CUIDADOR 10)</i>	Esquizofrenia não especificada (F 20.9)
<i>Eu acho assim, às vezes eu penso assim que ele nem é doente, porque não vejo nada... (FAMILIAR CUIDADOR 11)</i>	Esquizofrenia (F 20)
<i>Eu sei que é problema de cabeça, agora não sei se é isso mesmo. (FAMILIAR CUIDADOR 12)</i>	Esquizofrenia residual (F 20.5)
<i>Pois é, o doutor falou que é transtorno mental, que eu dizia que era só depressão, que na hora que ela tava boa assim que nem eu to dizendo o transtorno dava...(FAMILIAR CUIDADOR 13)</i>	Transtorno afetivo bipolar, não especificado (F 31.9)
<i>Não... Não, eu não sei qual é, eu não sei... Eu não sei a doença, não... (FAMILIAR CUIDADOR 14)</i>	Transtorno depressivo decorrente sem especificação (F 33.9)

Fonte: Entrevistas realizadas com Familiar-Cuidador e Prontuários dos CAPS Campos Gerais – Elaborado por Lucimar Coneglian

Esta tabela apresenta significativa diferença entre o diagnóstico referido pelo FAMILIAR-CUIDADOR e o diagnóstico psiquiátrico. Mas isto não significa que o familiar não tenha uma adequada compreensão do sofrimento de seu ente, como será possível observar no decorrer deste item.

Com exceção do FAMILIAR-CUIDADOR 3, os demais entrevistados não souberam informar numa linguagem técnica o diagnóstico do transtorno mental que acomete seu familiar. Em contrapartida, depressão foi um diagnóstico recorrente na fala dos mesmos.

Osinaga (2004, p. 123) relata em sua tese que existe grande divergência entre o diagnóstico registrado no prontuário do sujeito com o que é relatado por ele ou por seu familiar cuidador, em consonância com o aqui encontrado nesta pesquisa. Esta autora também dá ênfase para a “pouca importância que é dada para este fato relevante para a pessoa que sofre transtorno mental” (OSINAGA, 2004, p. 126).

Neste estudo, onde o objetivo foi não apenas o de identificar casos exitosos, mas também de encontrar aspectos comuns neles, parece que a desinformação sobre o diagnóstico não constitui impedimento para o sucesso. Isso relativiza a importância dada ao conhecimento do diagnóstico médico. Tomar posse do diagnóstico médico, configurado no Código Internacional das Doenças – CID, não significa tomar posse da configuração do transtorno mental daquele ente em sofrimento.

Conviver com uma pessoa em sofrimento mental, que apresenta períodos de agudização, de crise, complexifica a relação. Saber que para toda a vida aquele é o jeito constitutivo da pessoa, pode acarretar uma série de questões emocionais nos familiares cuidadores, que devem ser considerados pelos profissionais que trabalham com estas pessoas.

No caso da doença psiquiátrica, temos percebido que o impacto da doença na família é mais devastador do que em qualquer outra desordem. Os familiares e o paciente sofrem não só pelo diagnóstico em si, mas pela expectativa de vida que terão a partir da doença. Existe, também, o preconceito de ser uma doença crônica e que “não tem cura”. A doença aguda com um curso previsível é normalmente mais fácil para a família administrar, visto que as mudanças não são permanentes, e assim, não provocam alterações drásticas no modo familiar próprio de funcionamento. Com a doença considerada crônica, como é o caso

da doença psiquiátrica, a família usualmente necessita alterar a sua forma de funcionamento para se adaptar à pessoa doente. (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004, p. 215).

Quanto a isso, o FAMILIAR-CUIDADOR 13, uma mãe de uma pessoa com transtorno mental, em sua entrevista, diz que:

É eles falaram assim que não tinha cura, falaram pra mim que essa doença não tinha cura, que tinha que conviver. Acostumar, conviver com a doença... saber que tinha um tratamento, que ela ia ser uma pessoa normal assim do tipo, poder namorar, casar, trabalhar e tudo. Mais não tinha cura a doença, eles já explicaram. Tinha que tratar a vida inteira. Eles falaram isso pra mim, já me deixaram consciente, falaram... (FAMILIAR-CUIDADOR 13)

Falar em cura, na área de saúde mental, é falar de doença. O desafio parece estar no enfrentamento da instabilidade do sujeito em sofrimento mental em uma nova ótica que não a da cura, a da normalidade, a da estabilidade. Propor entender a pessoa em sofrimento em sua existência-sofrimento implica em propor mudança cultural.

Alguns aspectos dificultam a compreensão da dinâmica contida nos transtornos mentais. Entender o modo de ser da pessoa em sofrimento psíquico é difícil visto não apresentar um substrato físico que aparece nos exames e explique o comportamento. Daí a queixa da CUIDADORA-FAMILIAR 2, que não conseguia entender seu marido, já que o corpo físico dele estava comprovadamente saudável pelos resultados dos exames, levando-a a fazer julgamento de valor:

Eu não aceitava porque não dava nenhum resultado nos exame. Achava, por favor, o que é isso, né?. Já achava que era comodismo, que era fingimento, eu pensava tudo isso... Eu pensei. Eu cheguei a pensar, um dia eu falei pra ele que se continuasse assim, ia ficar nós dois na mesma casa, mais ele de um lado eu do outro. Por mim, ele podia, que se ferrasse sozinho, porque eu não agüentava mais. Eu cheguei a ponto de não agüentar mais... Porque ninguém achava nada nele, ninguém. Até agora eu entendo, porque eu vou na psicóloga, ela me conta, que isso é da cabeça... Não dá no exame... Por incrível que pareça, não dá no exame. Daí como que você vai acreditar? Você vê a pessoa morrendo, dava vômito, dava... Dava dor na barriga, dava dor no pescoço, de sair umas pelotas na cabeça dele. Olha não tinha o que não dava, e tudo... Tudo foi feito, exame de sangue, exame de urina, exame do coração, tudo que vocês imaginarem foi feito... A gente gastou o que não tinha na época, até naquela época a minha sogra era viva, e ela era meio bem, ela ajudou a gente sabe... Pagava os exames tudo. E não dava nada, e eu queria que desse sabe, eu queria que desse. Eu não queria que ficasse assim, eu pedia a Deus que aparecesse alguma coisa, porque não agüentava mais... E nunca apareceu nada. Ele tem mais saúde que a gente. E agora eu entendo que é problema... (FAMILIAR-CUIDADOR 2)

Desta visão inicial, reproduzindo uma concepção cultural que mistura o modo de existir do sofrimento do marido com valores morais, a esposa passou a

entendê-lo melhor a partir das informações dadas pelos profissionais do CAPS que frequenta, facilitando a dinâmica do cuidado e do convívio:

...porque a gente percebe assim, uns dois dias antes ele já tá assim meio esquisito. Eu já fico pensando: Meu Deus do céu, ele já vai... E vai mesmo, e fica... Daí a gente procura conversar bastante com ele, né. Eu faço uns remedinhos, às vezes até uns chazinhos. Assim pra dar uma, uma... uma mimada. E é onde ele vai, demora um pouquinho, mais vai superando, e melhora ... Então eu já estou meio consciente que quando ele fica... eu já sei que logo vai passar, e passa. (FAMILIAR-CUIDADOR 2)

Pactuando da dificuldade inicial do FAMILIAR-CUIDADOR 2, a mãe de outro 'usuário' do CAPS refere que:

Porque antes eu achava que era ruindade dele, né. Essas coisas, mais hoje não. Mais agora eu entendo que é doença, né. (FAMILIAR-CUIDADOR 10)

Essa mãe, cujo filho é um rapaz com diagnóstico de esquizofrenia, conta que o convívio era bastante tumultuado. Que ele tinha comportamento agressivo com a família e fazia uso de bebida e outras drogas. Que os profissionais do CAPS a auxiliaram na ressignificação do comportamento do filho, que explicava como efeito colateral das drogas usadas por seu filho:

Eu não entendia antes, né. A gente não entende... Eu achava que tudo era da droga. (FAMILIAR-CUIDADOR 10)

O mesmo é relatado por outro FAMILIAR-CUIDADOR, que conseguiu superar a dificuldade inicial:

Agora eu entendo que é problema... É uma doença... (FAMILIAR-CUIDADOR 2)

Na medida em que se configura como 'doença', a concepção moralista atribuída para aquele comportamento pode ser afastada, mas também pode gerar expectativas de cura e de não crise. Vale o registro da expectativa de uma mãe, sobre seu filho:

Ah. Eu gostaria que ele fosse normal, né... (FAMILIAR-CUIDADOR 10)

Para essa mãe, a dicotomia normal/anormal está fortemente presente no entendimento de seu filho. Olhar o evento a partir da noção de doença/anormalidade

ou ainda como um sujeito que sofre, pode resultar em diferenças na expectativa do tratamento. Considerar o tratamento exitoso no primeiro caso remete a concepção de cura e, no segundo, perpassa pelo entendimento de “um sujeito com seu sofrimento, com sua singularidade” (YASUI, 2010, p. 148), onde a crise é parte constitutiva do processo, não sendo indicativa de fracasso. Perpassa também por aceitar o sujeito em sua diferença, rompendo com a lógica do ajustamento e da normalidade.

Na fala dos familiares, também é possível observar que, depois de quebradas as barreiras relacionadas com a aproximação inicial com o CAPS, esta apresentou disponibilidade e interesse em se apropriar de conhecimentos sobre o sofrimento de seu familiar, numa perspectiva, por vezes de doença, mas de qualquer forma, ao que parece, numa perspectiva um pouco mais inclusiva do que anteriormente posto. Isso não significa a não existência de valoração moral do comportamento e não significa a inexistência de conflitos.

O vínculo estabelecido entre CAPS/família/‘usuário’ perpassa também pela figura do Terapeuta de Referência. Este personagem é um profissional que mantém uma relação de responsabilização sobre as dinâmicas de tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico acompanhadas pelos CAPS. Manica e Tessmer (2007, p. 91) registram que “... pelas particularidades inerentes aos sujeitos que buscam estes serviços crê-se na necessidade de vínculo e transversalidade nas relações ainda mais qualificadas, que poderiam surgir por meio de uma personificação da atenção e do cuidado mais estrita, proveniente da presença de um terapeuta de referência, centralizador do histórico de seus referidos.”

O Ministério da Saúde define que “Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com o usuário o seu projeto terapêutico, (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com o usuário e com a equipe técnica dos CAPS.” (BRASIL, 2004, p. 16).

Durante as entrevistas, foi possível observar que alguns familiares não se referiram ao CAPS, mas, especificamente, a um profissional da instituição. A exemplo do FAMILIAR-CUIDADOR 7, que mencionou a assistente social do CAPS onde sua filha está recebendo acompanhamento e ainda o da FAMILIAR-CUIDADOR 6, que citou o psicólogo da instituição.

Miranda e Campos (2008), que analisaram como os ‘usuários’, familiares e trabalhadores de CAPS avaliam o trabalho da equipe e dos Terapeutas de Referência: “os efeitos do arranjo equipes/profissionais de referência sobre os pacientes embasam-se em aspectos emocionais ligados à confiabilidade, à constância e integralidade de cuidados. No entanto, tais aspectos também apresentam problemas relacionais, principalmente quanto à onipotência, que pode envolver o trabalhador.” (MIRANDA; CAMPOS, 2008, p. 907).

O núcleo duro deste tópico se constituiu na concepção que os FAMILIARES-CUIDADORES têm sobre seus entes em sofrimento psíquico, e que transpareceu nas entrevistas. Considera-se que existe um esforço por parte destes em superarem a visão moralista do comportamento, levando-os a configurar esse comportamento em uma perspectiva de ‘doença’. Esse entendimento pode gerar expectativas de cura e de ajustamento, mas também traz algum alento na relação, visto atenuar o julgamento moral. Para a Reforma Psiquiátrica, essa configuração não é suficiente. Outros passos devem ser dados, no sentido de reconstruir a concepção cultural da ‘doença mental’, permitindo aos sujeitos, em sofrimento psíquico, sua existência com a aceitação das suas singularidades.

4.4.3 Afetividade e resiliência

Na leitura das entrevistas, também foi possível considerar dois outros aspectos: o da afetividade que demonstram por seus familiares com transtorno mental e a resiliência, no sentido de suporte para as dificuldades no cotidiano de cuidados, sobretudo nos momentos de enfrentamento da crise.

Cavalcante (2003) recorre a Maturana, quando este discorre sobre o amor como uma emoção que constitui os fenômenos sociais. O amor como um fenômeno relacional que implica numa aceitação mútua. Para Boff, citado por Cavalcante (2001): “O amor se tornou uma palavra desgastada, vulgarizada e desmoralizada como fenômeno interpessoal. No entanto, é essencial porque faz com que os seres estejam interconectados, uns aos outros, ora como garantia de sobrevivência, ora por puro prazer de viver. Sem amor, o social se destrói. Com amor, sempre há uma abertura ao outro, uma ‘com-vivência’ e uma ‘co-munhão’ com o outro. (BOFF apud CAVALCANTE, 2001, p. 18).

Nas famílias entrevistadas, foi possível identificar que ocorreram casos com histórico pregresso de outras pessoas cuidando de seus entes em sofrimento psíquico. A FAMILIAR-CUIDADOR 3, irmã de uma pessoa que tem esquizofrenia conta sobre a época em que seu irmão era cuidado pelo pai e por uma madrasta:

Porque ele era muito mal tratado, eu via como maltratava, porque às vezes a minha madrasta saía e ele passava fome. E a casinha dele lá era cheia de pulga. Que quando ele chegou aqui em casa ele tinha mais de cinqüentas pulgas no pé, sabe? Ele não tomava banho, ficava com a cueca de seis meses, com uma cueca, sabe? Que quando ele chegou aqui em casa, a roupa dele no caso eu joguei toda fora: cueca, meia, essas coisas. E comprei tudo novo pra ele. Agora a diferença de quando ele tava no meu pai e aqui, eu vejo que aqui ele tá 100% melhor que lá. Entendeu? (FAMILIAR-CUIDADOR 3)

Por este relato é possível entrever que o afeto não é uma questão natural no âmbito familiar. O afeto familiar também está construído socialmente e não é um sentimento geneticamente circunscrito nas relações familiares: “A sociedade e o imaginário coletivo ainda estão impregnados de idealizações sobre a família. Espera-se, então, que a família possa propiciar cuidado, proteção, aprendizado, afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento capazes de promover uma melhor qualidade de vida. Entretanto a realidade se apresenta diferente, pois não é prescrito que toda família está em condições para cuidar.” (OLIVEIRA; LOYOLA, 2004, p. 215).

Essa mesma cuidadora, que observava seu irmão ser maltratado pelo pai e pela madastra, tomou para si o compromisso de cuidar do irmão há cinco anos e falou do significado do amor nesta relação:

... Por exemplo, de como tratar ele, né... Como lidar com ele na calma assim... Na serenidade, no amor também que ele, porque ele sabe também quando ele está sentindo amado. Porque sempre quando eu compro alguma coisa para as crianças, às vezes eu compro pra ele, sabe assim... Eu compro. Às vezes eu solto dinheiro na mão dele pra ele tomar sorvete, ele gosta deste tipo de coisa... Então eu sinto assim que é mais no amor mesmo... Que tem que saber lidar com esse tipo de pessoa né... (FAMILIAR-CUIDADOR 3)

Neste relato está embutida, também, uma concepção de que a pessoa com transtorno mental é tratada como uma criança. Talvez a afetividade esteja vinculada aos aspectos da maternagem, em que a pessoa em sofrimento psíquico é visto como um eterno ‘filho/criança’ a ser cuidado.

Para evitar o desencontro, o ato do cuidado também possui uma medida justa. O excesso de cuidado pode sufocar, produzir dependência. O cuidado não pode exceder certo limite, correndo o risco de tornar-se assistencialismo, gesto de caridade que transforma o sujeito

em uma pessoa incapaz de suprir suas necessidades mais básicas, em um objeto de exercício de ações benfeitoras de seres pretensamente superiores. O cuidado deve nortear-se pela justa medida de uma ética solidária. (YASUI, 2010, p. 123).

A considerar que o afeto não se atém ao âmbito familiar, vale registrar a história de uma das cuidadoras entrevistadas, que não tem nenhum vínculo de parentesco com a pessoa que cuida. Na verdade ela conheceu a pessoa em sofrimento psíquico por ser funcionária de um CAPS.

Conheço ele acho que faz uns dois anos. Mais sei que ele tinha bastante problema, na família dele, que ele não se acertava com a mãe, com os irmãos né, E vivia sempre pra rua, sei disso... Passava fome bastante, não tinha onde comer, chegava agressivo no CAPS, é isso que sei dele. (FAMILIAR-CUIDADOR 11)

A realidade de vida dele sensibilizou esta funcionária:

Chegava bravo, agressivo, sem tomar banho, sujo. E eu comecei a pegar ele, a ficar com dó dele. Vi que ele não estava sendo bem cuidado. E resolvi pegar ele pra cuidar. (FAMILIAR-CUIDADOR 11)

Decidiu obter a curatela dele, com a concordância dos familiares biológicos e do serviço, visto que todos os esforços realizados pelo CAPS para aproximá-lo da família, e por outro lado, a família dele, foi infrutífera. Aliás, a família já tinha transferido a curatela para um conhecido, que também o estava maltratando.

O FAMILIAR-CUIDADOR 11 relata o processo de aproximação, até assumir para si os cuidados dele:

Primeiro eu comecei cuidar dele aqui no CAPS. Aí comecei levar a roupa dele né... Eu levava pra casa, lavava, guardava aqui no CAPS... E dava pra ele vestir tudo, e foi assim que começou. Daí até que deu certo de levar ele pra casa. (FAMILIAR-CUIDADOR 11)

E sobre o processo de aceitação da família dela:

Ah no começo foi... Eles ficaram meio estranhos assim, de levar uma pessoa desse jeito, meu marido ficou meio nervoso... Mais depois, eu falei que era só ele conhecer, só eles conhecerem... E daí ele aceitou numa boa. Todos aceitaram. Que eu conversei com o marido, com os filhos, mesmo com minha sogra, meu sogro, todos eles aceitaram. E hoje ele tem uma família, todo mundo gosta dele. Tá sendo bem bom. (FAMILIAR-CUIDADOR 11)

A singeleza da cena descrita abaixo vale o registro: a FAMILIAR-CUIDADORA contando na entrevista, sobre a relação de sua filha de 24 anos com o seu 'irmão postiço', (que atualmente tem 59 anos).

... ontem a noite a gente foi na casa dele, foi cobrir ele, daí eu falei pra ela “Dê tchau pro M.”... Daí ela falou “Mãe, eu vou dar bênção pra ver se ele pega”... E ela arrumou a mão e deu bênção pra ele, e ele pegou, abençoou ela e fomos embora. Eu acho que eles se apegaram muito ao M. Eu acho que se um dia o M. chegasse a ir, ou sei lá, acontecer alguma coisa, acho que vão sofrer muito. Além de mim é lógico, né? Estou muito apegada a ele, demais, demais... (FAMILIAR-CUIDADOR 11)

Quando indagada sobre como define a relação dela com seu curatelado, ela diz:

De mãe para um filho. E não fico triste quando falam “Você é mãe dele”... Não fico triste, eu concordo. Sou a mãe dele e não tenho vergonha. Não tenho vergonha de assumir que cuido dele, e saio com ele, e pego o ônibus com ele, trago pro CAPS, e saio com ele pra rua, e não tenho vergonha dele, não tenho medo dele. Eu acho que muita gente deveria não ter medo também, porque é só falta de carinho às vezes. (FAMILIAR-CUIDADOR 11)

E tem sonhos com relação ao seu ‘filho’, relatados abaixo:

Ele mora pra baixo da minha casa, eu aluguei uma casinha pra ele, daí ele mora pra baixo da minha casa. Mais como a gente fica preocupada dele ficar sozinho, então o meu sonho é levar ele pra morar comigo na minha casa ali, no meu terreno ali. Ficar perto de mim ali, que daí eu sei que ele tá protegido, e que ninguém vai mexer com ele. (FAMILIAR-CUIDADOR 11)

A FAMILIAR-CUIDADORA 11 demonstra que o afeto transcende os vínculos consanguíneos. Pela sua fala, transparece que ela e a família, conseguiram ver a pessoa com transtorno mental para além dos sintomas, despertando a solidariedade e o desejo de cuidar. Lancetti e Amarante (2006) registram que “como demonstra Benedetto Saraceno (1999), um dos principais conhecedores da saúde mental em plano mundial, em *Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível*, os esquizofrênicos se reabilitam mais nos países do terceiro mundo, como mostram as pesquisas, porque nas comunidades mais humildes há mais solidariedade e possibilidades de ativar os recursos dessas comunidades.” (LANCETTI; AMARANTE, 2006, p. 633).

Com efeito, Sarti (2009), em seu belo livro ‘A família como espelho’, demonstra que nas famílias mais pobres a solidariedade está presente, sendo que, muitas vezes, a comunidade se constitui em uma ampliação da família.

Parece que um fator de desgaste relacional diz respeito às crises. No que diz respeito ao cotidiano de cuidados, o enfrentamento das crises parece por a prova a continuidade, ou não, do relacionamento. Os entrevistados contam sobre as crises de seus familiares, pregressas ao tratamento do CAPS:

É assim, ele começou com um surto. Não dormia, ficava às vezes a noite toda assistindo, conversando com a televisão, com os artistas, achando que eles estavam entendendo ele. E assim ficava agressivo. Assim, não obedecia, ficava teimoso....(FAMILIAR-CUIDADOR 6)

Ela ficou no fundo da cama, que ela não saia nem pra tomar banho, nada. Não queria conversar, não queria nada. Deu de tudo que é tipo dentro desses 17 anos que nós somamos agora, deu de tudo que é depressão nessa menina... Então naquele tempo ela tava no fundo da cama, as minhas irmãs vinham aqui e falavam... Falavam “Vamos filha levante, vamos”... “Eu tenho medo, tenho medo, eu vejo o meu vô, eu vejo guarda, eu vou no banco eu vejo guarda”...(FAMILIAR-CUIDADOR 9)

Eu me lembro o tempo que ela andava só pra rua, né. Que ela andava bem doente, disso que eu me lembro... Ah, ela foi internada muitas vezes naquele Franco na Rocha, daí fico um bom tempo lá sabe... Problema mental mesmo assim sabe, assim o medico passou que não tinha cura. Ela vinha boa de lá, daí ficava uns dias e daí voltava o problema, sempre a mesma coisa.(FAMILIAR-CUIDADOR 12)

Daí foi indo que ela começou. Não se trocava mais, não tomava banho, não penteava cabelo, daí começou. A gente viu que ela não tava boa... E ficava até meia noite, duas horas da noite aí pra rua pegando papel. Ela ia para beira do rio, brincar com água e a gente ficava preocupada, mais fazer o que? (FAMILIAR-CUIDADOR 14)

Borba, Schwartz e Kantorski (2008, p. 589) comentam acerca da sobrecarga de cuidado vivida pelo FAMILIAR-CUIDADOR: “A convivência com o transtorno mental implica em sobrecarga caracterizada por dificuldades como: problemas no relacionamento com o familiar, estresse por conviverem com o humor instável e a dependência do portador de sofrimento psíquico, bem como o medo das recaídas e do comportamento deste no período das crises.”

Pereira e Pereira (2003, p. 95) lembram as dificuldades no cotidiano destas famílias: “A permanência dos sintomas, as falências ou fracassos ligados à vida social do paciente geram frustrações, impotências, angústias, provocando cansaço e isolamento também nos demais membros da família. A rotina no interior do universo familiar torna-se repetitiva, nervosa, colocando as pessoas envolvidas em constante contato com sentimentos conflitantes e produtores de tensão.”

Nesse sentido, para além do afeto, o cotidiano de cuidados nem sempre é fácil. Alguns familiares relatam que evitam algumas situações que, para eles, podem constituir-se desencadeadores de crises:

...porque até hoje eu sempre me cuido assim pra não, não... evitar problema, assim sabe? Porque eu vejo que ele fica pra baixo, pra baixo... Pra baixo e vai pra cama. (FAMILIAR-CUIDADOR 2)

Sobre a capacitação que receberam nos CAPS para o cuidado dos seus familiares com transtorno mental, os familiares contam que:

Ah no CAPS eles orientaram, né. Como fazia, como é que cuidava, né. Tudo. E buscavam ela, e me ajudavam muito. Vinham cedo e levavam ela, e de tarde traziam né... E estão cuidando bem dela... Daí agora é uma vez por mês que ela vai lá fazer consulta... Até ontem mesmo ela queria ir, pra passear lá, porque gosta muito deles. (FAMILIAR-CUIDADOR 7)

Até eu aprendi com o CAPS a lidar com isso. (FAMILIAR-CUIDADOR 10)

Que às vezes ele toma banho que se não ficar de olho, ele veste cueca suja... Tem que estar em cima sabe... E às vezes ele deixa de secar com a toalha, vai se secar com o pano de chão... Daí tem que estar de olho nele... Às vezes também o roll-on de axila, em vez de passar na axila ele passa na cara... Esse tipo de coisinha o CAPS ensina. (FAMILIAR-CUIDADOR 3)

Porque eu chegava em casa também, via ela daquele jeito, não queria, de cama daí eu fui desanimando. Daí ela numa cama e eu numa outra. A partir da hora que comecei nas reuniões... daí eu comecei conversar mais com ela, ter mais paciência do problema que ela tinha... Entender o problema que ela tinha, e foi aí que eu comecei achar melhor pra nós, pra nós dois. (FAMILIAR-CUIDADOR 5)

Os períodos de agudização das crises implicam, ou não, na superação do olhar, por parte do familiar, sobre a pessoa com transtorno mental, redimensionando-a para além do que falta ou do que angustia. A experiência da crise, para o cuidador, pode ser um processo doloroso e complexo. Talvez, em alguma medida, o conceito de resiliência possa ser útil para a compreensão desse enfrentamento e para o entendimento de como o cuidador redimensiona a crise para um momento e não para uma condição.

Em psicologia, o estudo do fenômeno resiliência⁴⁶ é “relativamente recente. Vem sendo pesquisado há cerca de trinta anos, mas apenas nos últimos cinco anos os encontros internacionais têm trazido este construto para discussão. Sua definição não é clara, tampouco precisa quanto na Física ou na Engenharia, e nem poderia sê-lo, haja vista a complexidade e multiplicidade de fatores e variáveis que devem ser levados em conta no estudo dos fenômenos humanos.” (YUNES, 2003, p.77).

Resiliência em família apresenta definições similares à da resiliência do indivíduo.

⁴⁶ “A noção de resiliência vem sendo utilizada há muito tempo pela Física e Engenharia, sendo um de seus precursores o cientista inglês Thomas Young, que, em 1807, considerando tensão e compressão, introduz pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade.” (YUNES, 2003, p. 77)

“Um dos primeiros trabalhos específicos desta área foi publicado por McCubbin e McCubbin (1988) sobre a "tipologia de famílias resilientes", partindo da definição segundo a qual famílias "resilientes" são aquelas que resistem aos problemas decorrentes de mudanças e "adaptam-se" às situações de crise” (YUNES, 2003, p. 80). Neste sentido, o conceito de resiliência mantém estreita relação com a questão da crise.

Yunes (2003), tomando por base Walsh (1998), ilustra processos chave da resiliência em família: Sistema de crenças (que apresenta três sub-itens: Atribuir sentido à adversidade; Olhar positivo; Transcendência e espiritualidade); Padrões de organização (Flexibilidade; Coesão; Recursos sociais e econômicos); Processos de comunicação (Clareza; Expressões emocionais abertas; Colaboração na solução de problemas).

Alguns dos cuidadores entrevistados, ao que parece, conseguiram lidar com as adversidades do cotidiano de cuidados, não sucumbindo às crises, e procurando dar um novo enquadre para as situações estressoras.

A religiosidade, ou o 'sistema de crenças' também contribui para o enfrentamento das adversidades:

Ah, pela fé. Ela tem muita fé, né, Muita fé, e nós assim também..., E o apoio... Assim das pessoas né, Da família, dos parentes ... (FAMILIAR-CUIDADOR 7)

Em algumas das histórias relatadas nas entrevistas existe registro de comportamentos violentos no histórico pregresso do familiar em sofrimento psíquico. Como ilustrado por este pai:

Nós tinha sofrimento, porque nós não podia sabe... Ele passava a mão num pau, e vinha pra cima de nós... Nós tinha que correr dele, ele é um bruto de um homem, mais forte do que nós... Daí nós tinha que afastar dele... Mais graças a Deus tá aí, oh né... E graças a Deus tá aí. (FAMILIAR CUIDADOR 5)

Ou ainda a irmã que fala

...ela queria bater na minha filha (...) achava que a família tinha colocado veneno na comida (FAMILIAR-CUIDADORA 1)

Como superar as marcas destas cenas de violência? Como entender o relato atual da FAMILIAR-CUIDADORA 1 que não concebe outra pessoa cuidando

de sua irmã, por considerar que não conseguiriam compreender a irmã e possivelmente a maltratariam. E entender também o relato do pai, FAMILIAR-CUIDADOR 5, que refere não abrir mão da companhia do filho?

O importante é que está com nós... Está com nós aqui... Nós estamos cuidando dele aqui também... Tanto que eles cuidam lá (referindo ao CAPS), nós cuidamos dele aqui... (FAMILIAR-CUIDADOR 4)

Para além dos construtos biomédicos, a crise pode ser considerada como fazendo parte do modo constitutivo do sujeito. É também uma manifestação que requer acolhimento e preparo por parte de seu entorno.

É necessário dar às crises um lugar estrutural (depois de extirpadas de sua porção indesejável e evitável). As crises só terão uma acolhida como efeitos estruturais e, portanto, também estruturantes, se elas forem concebidas como integrantes do modo de o sujeito se posicionar em relação às conjunturas conflitivas (subjetivas e socioculturais) que os atravessam. Apenas numa concepção de saúde psíquica assim formulada será possível considerar seriamente os indivíduos como 'existência-sofrimento' (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001, p. 20).

Um acontecimento visto como desestabilizador, como a crise, é absorvido de forma diferente por diferentes pessoas. Transcender o fato e, atribuir à crise algum sentido, auxilia o cuidador a não focalizar seu olhar na parte, mas sim no todo, isto é, no sujeito em sofrimento.

Neste sentido, o olhar que o cuidador tem com relação ao seu familiar em sofrimento psíquico parece que transcende os sintomas e consegue ver vida onde todos enxergam perturbação (CAVALCANTE, 2003). O FAMILIAR-CUIDADOR 1 dá mostras de olhar a irmã para além das crises e das dificuldades cotidianas. Ela tenta dar algum contexto explicativo para o comportamento da irmã:

Ali daí conversei com o médico, expliquei, né. Falei do sofrimento dela, quando nós éramos jovens,. Fomos judiadas, né. Tinha que trabalhar pra ajudar a mãe. E ela já foi estuprada, tudo né. Tem quatro filhos, né. Uma está com 14 anos, uma está com 11 que morreu, uma está com 7, que o conselho tirou dela. Está com 5 anos, e ali foi indo sabe, vai pirando a pirando a cabeça dela ... (FAMILIAR-CUIDADOR 1)

Vê a irmã como uma pessoa que sente e responde às demandas da vida reagindo como qualquer outro sujeito. Inclusive o projeto que a cuidadora têm é de aproximá-la com uma das filhas:

A filha dela eu quero conseguir. Assim por enquanto, que quero conseguir a visita dela, pra ajudar minha irmã. Minha irmã... é que nem uma filha pra mim. Porque eu tenho uma filha, e é triste tirarem uma filha. Eu não ia permitir que tirassem a minha, ainda mais agora, a R. estando comigo. Não é mais uma irmã, é uma filha. E não permito que ninguém tire ela de mim... E um dia, se Deus quiser, eu vou conseguir a guarda da filha dela, pra mim e pra ela. (FAMILIAR-CUIDADOR 1)

A cuidadora tem a noção que esta aproximação deve ser tutelada, pois a irmã tem histórico de dificuldades com crianças, mas para a FAMILIAR-CUIDADORA 1, isto não se caracteriza como impedimento. Existe, inclusive, um processo de identificação da cuidadora (que é mãe) com a irmã, que é uma mãe e que deve ser cuidada. A cuidadora diz textualmente que o que não deseja para ela também não o quer para a irmã. Claramente ela apresenta uma visão da irmã como um sujeito que deve ter seus direitos preservados, que sofre e merece respeito.

Pelos relatos apresentados, é perceptível que, em alguma medida, os FAMILIARES-CUIDADORES pesquisados tem conseguido enxergar a pessoa para além dos sintomas. Em um processo reverso à estigmatização - considerando aqui a definição de Goffman (1988), onde a marca antecipa o indivíduo e torna seus demais atributos invisíveis – esses familiares têm colocado a marca identificadora como um aposto a mais no sujeito em sofrimento psíquico.

Isso não significa a inexistência de conflitos e dificuldades, nos diferentes vértices dessa relação: 'usuário'/familiar/CAPS/rede. Uma cuidadora comentou que, por vezes, ressentia-se com alguns profissionais do serviço, pois manifestam cobrança quando seu familiar entra em crise. Para ela, tal cobrança tem o sentido de culpabilização. Para essa cuidadora, o que os profissionais de saúde chamam de crise ela classifica como 'momentos de grande mau humor'. Segundo suas palavras:

Ele é assim mesmo. De vez em quando fica de mau humor, não quer falar com ninguém... xinga.... Eu já aprendi.... É só deixar ele sozinho que passa. (FAMILIAR-CUIDADOR 11)

Ao que parece, essa cuidadora está ressignificando o sujeito em sofrimento psíquico e dando um espaço para sua existência-sofrimento. Um espaço que supera o da classificação e o da normatização. Neste sentido, possivelmente a crise tem seu lugar, é esperada e em alguma medida, está sendo ressignificada como um momento de 'grande mau humor'.

Como já anteriormente referido, a política dos CAPS prevê a inclusão da família no tratamento, considerando-a fundamental no tratamento. Para isso o CAPS

deve superar a concepção onde a família é responsabilizada pelo sofrimento que vivencia a pessoa com transtorno mental. “Um dos grandes ganhos na inclusão sistemática da família no tratamento diz respeito à retirada destes estereótipos, por exemplo, por ela ser responsável pela doença do paciente” (COIMBRA et al., 2005, p. 102).

Para o FAMILIAR-CUIDADOR 11, a relação estabelecida com seu familiar em sofrimento psíquico, ao que tudo indica, está indo em uma direção que aponta para além da remissão dos sintomas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas perguntas-chave foram distribuídas nos quatro capítulos dessa dissertação. Elas podem ser condensadas em três questões: é possível falar em histórias exitosas no contexto dos serviços do CAPS? Como é avaliado esse êxito, na perspectiva dos profissionais? Em que medida os familiares das pessoas em sofrimento psíquico acompanham e compartilham esse êxito?

Durante o correr da pesquisa de campo e da análise dos dados, as respostas a essas questões desvelaram algumas das contradições que permeiam o tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico, na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica. Contradições essas que apareceram nítidas, tanto nos registros escritos dos profissionais de saúde como nas falas dos familiares-cuidadores, captadas durante as entrevistas.

A vasta gama documental produzida pela pesquisa oportunizou olhar com mais atenção para tais contradições. Com efeito, o êxito no tratamento é compreendido, ora pelo prisma da psiquiatria biomédica, ora pelo enquadre epistemológico da Reforma Psiquiátrica. Daí a opção de apresentar um título interrogativo para essa dissertação: Além da remissão dos sintomas? Sim e não. Esta tensão entre modelos diferenciados permeia os serviços dos CAPS dos Campos Gerais e, provavelmente, também está presente em outros serviços relacionados à saúde mental, ofertados aos brasileiros nas diferentes partes do país.

Termos como doente e paciente foram bastante usados pelos coordenadores dos CAPS e profissionais que ali trabalham, nas respostas aos questionários, e também pelos familiares, nas entrevistas. Mas uma palavra não é apenas uma palavra: ao considerar o sujeito como doente mental, desvela-se uma concepção de desajustamento/exclusão e desqualificação, fruto de um constructo histórico no qual foram enquadrados os sujeitos em sofrimento psíquico. Assim, o uso de uma palavra, muitas vezes, pode denunciar a concepção que pauta o olhar dos profissionais e familiares sobre o sujeito em sofrimento psíquico, e por consequência, também do tratamento a ele indicado. Assim, no bojo da concepção de doente/paciente está contida também a concepção de cura.

Se por um lado é bem verdade que os preceitos da psiquiatria biomédica estão presentes nas falas dos profissionais - quer pela terminologia adotada, quer pela definição de alguns critérios de sucesso, como o da 'melhora do quadro psiquiátrico' e o do 'boa adesão à medicação' (vide tabela 22) – por outro lado, ombreando esses critérios, existem sentidos que apontam que os profissionais de saúde também pensam o sofrimento mental para além da remissão dos sintomas. Muitos consideraram como critério de êxito no tratamento a perspectiva da inserção no mercado de trabalho, da autonomia para atividades da vida diária, do retorno à formação escolar.

Dessa feita, é possível dizer que no entendimento dos profissionais de saúde que atuam na contemporaneidade da Reforma Psiquiátrica, também é visível a perspectiva apontada por Saraceno (1999) que considera que a Reabilitação Psicossocial envolve qualificar os sujeitos em sofrimento psíquico, não no sentido de migrar da desabilitação até a habilitação, mas “num conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afeto: é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito ‘habilitador’.” (SARACENO, 1999, p. 112).

Conceber sucesso na área do sofrimento mental também significa considerar a possibilidade da existência da crise, da convivência na diferença. Assim, olhar o êxito no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico impõe afastamento, ou ainda, impõe rompimento com a definição de saúde como um “completo estado de bem estar.” (OMS, 1948). Sucesso não pode ser pensado como algo linear, e muito menos como algo homogêneo. O êxito, conforme identificado nessa pesquisa está em movimento e parece localizar-se entre avanços e recuos, ziguezagueando, às vezes com elementos da perspectiva biomédica, às vezes com elementos constitutivos da perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Pelo conteúdo das entrevistas com as famílias, foi possível perceber que estas ainda interpretam a pessoa em sofrimento psíquico pelo prisma da moralidade. Também existe, por parte delas, o entendimento do CAPS como um ‘normatizador’, numa expectativa de que o serviço atue de forma pedagógica sobre o comportamento da pessoa em sofrimento psíquico.

Seguindo a coerência da contradição presente neste estudo, para além da moralidade e da normatização, também ficou evidente nestas famílias, uma maior compreensão acerca do sofrimento de seu ente, que, por vezes, estão sendo vistos

por seus cuidadores como sujeitos de desejos e de direitos. Sujeitos possíveis de existência na diferença.

De uma forma geral, o alento de poder compartilhar dificuldades e dúvidas foi um sentimento freqüente nas famílias pesquisadas. O CAPS, um serviço aberto e que atua numa lógica de reinserção psicossocial, foi visto, por parte destas famílias, como um local de acolhimento da angústia vivida por elas. Mas também, por vezes, foi visto como um local de julgamento, onde estas famílias sentiram-se criticadas e culpabilizadas. O processo de desqualificação/exclusão experimentado pelas pessoas em sofrimento psíquico também foram vivenciados por suas famílias. No decorrer dessa dissertação foi possível perceber que a aproximação família/pessoa em sofrimento psíquico/CAPS não é simples e está permeada de referências teóricas defendidas pelas ciências psi, em diferentes períodos históricos. Aspectos como a de culpabilização da família pela 'crise' de seu ente, o conceito de família desestruturada, a crença na inabilidade da família no cotidiano do cuidado, ainda permeiam o olhar lançado pelos profissionais sobre os familiares cuidadores, e em alguma medida, também, são constructos que podem ter sido assimilados como verdadeiros pelos próprios familiares.

As opções metodológicas feitas nessa pesquisa auxiliaram a trazer à tona dados que podem resultar em informações relevantes para as pessoas interessadas no caminhar da Reforma Psiquiátrica e, em especial, na reflexão sobre os serviços dos CAPS situados na região dos Campos Gerais. A opção desta pesquisa se estender para além de um único serviço em uma única cidade oportunizou sair do 'bairrismo' e olhar para as igualdades e diferenças nos serviços dos CAPS, em uma região sabidamente conservadora, e que viu emergir os preceitos da Reforma Psiquiátrica apenas a partir de meados da década de 2000. Também estender o território pesquisado permitiu a troca de informações entre os serviços, e, quem sabe, trará em um futuro breve, oportunidades de criação de uma rede mais solidificada, com encontros e trocas mais freqüentes.

Para um trabalho de pesquisa mais completo, seria necessário também ouvir as pessoas em sofrimento psíquico. Mesmo considerando a coerência da opção metodológica dessa pesquisa, ouvir os 'usuários' para além dos números sobre eles coletados, que traçaram seu perfil (Capítulo 2), enriqueceria essa pesquisa, visto que permitiria coletar algumas informações sobre as impressões que eles têm acerca do tratamento que experienciam. Em que medida os 'usuários' também

consideram seu tratamento como uma história exitosa? O que para eles significa sucesso em seu viver cotidiano?

Mas as opções metodológicas são feitas baseadas não apenas no desejo e na coerência com a problemática a ser pesquisada. Há que considerar também o tempo disponibilizado por um curso de mestrado. Então, o contido nessa dissertação também se configurou como um exercício do possível. A considerar Hermanno Vianna (apud ALBERTI, 2000, p. 206) toda escolha resulta em um empobrecimento, e talvez, possa ser compreendido o empobrecimento dessa pesquisa, ou em outras palavras, o que nela faltou, como um projeto para novos estudos.

Ao olhar sobre a experiência de meia década da Reforma Psiquiátrica nos Campos Gerais, foi possível perceber avanços significativos na relação loucura-sociedade. Ao matizar esses avanços, identificando os limites dos casos exitosos no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico, ficaram perceptíveis as múltiplas contradições existentes. A realidade se apresenta contraditória em movimentos de avanços e recuos, onde o novo tem existência simultânea com o velho, ou seja, os constructos que permeiam a Reforma Psiquiátrica coexistem e se contrapõem aos constructos da psiquiatria biomédica, que ainda assombram o cotidiano de cuidados.

Assim, é possível falar em êxito no tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico? Sem dúvida o êxito existe, ainda que na contradição. Mas é fundamental estar atento para a revisão dos constructos que permeiam o dia a dia dos serviços. A tarefa dos CAPS, que se configura como uma das estruturas que carrega o ideário da Reforma Psiquiátrica brasileira, não é nem um pouco simples. A considerar Amarante (2007, p. 104) “o que está se configurando é, certamente, a construção de um novo modo de lidar com o sofrimento mental, acolhendo e cuidando efetivamente dos sujeitos, e a construção, conseqüente, de um novo lugar social para a diversidade, a diferença e o sofrimento mental.” Um lugar que acolha os sujeitos em suas especificidades. Um lugar em que a crise seja possível. Um lugar social, ou seja, que se esparrame pelo território, e não fique circunscrito a um ou outro serviço de saúde mental.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, Verena. Um drama em gente: trajetórias e projetos de Pessoa e seus heterônimos. In: SCHMIDT, B. (org.). **O biográfico**: perspectivas interdisciplinares. Santa Cruz do Sul: EDUNISV, p. 179-241, 2000.

ALBERTINI, P., SIQUEIRA, F. Z, TOMÊ, Luciano Aparecido. MACHADO, Tânia Lisboa. Reich e o Movimento de Higiene Mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 393-401, mai./ago. 2007.

ALMEIDA, Leandro S. et al. Acesso e sucesso no ensino superior em Portugal : questões de gênero, origem sócio-cultural e percurso acadêmico dos alunos. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre: v. 19, n. 3, p. 507-514, set./dez., 2006.

AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul./set. 1995.

AMARANTE, Paulo. (org). **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMARANTE, Paulo. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP, p. 47-52, 1999.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 120p., 2007.

AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida; DAMASCENO, Prisciany Ramos; TERTO, Luisa de Marilak de Souza and SILVA, Renata Raimundo da. Arranjos familiares de crianças das camadas populares. **Psicologia em estudo**. vol. 8, p. 11-20, 2003.

ANDREOLI, Sérgio Baxter et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 20, n. 3, p. 836-844, 2004.

AYRES, J. R.; CALAZANS, Gabriela Junqueira ; SALETTI FILHO, Haraldo César ; FRANÇA JÚNIOR, Ivan . O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. . In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado

de. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 1a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-140, 2003.

BERQUÓ, Elza. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica. In: SEVCENKO, Nicolau (org.), **História da vida privada no Brasil**. São Paulo: Cia das Letras, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde (2001). **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm> Acesso em: 18 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (2002). **Portaria n.º 336/GM de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília; 2004. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (2005). **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, nov. 2005. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>> Acesso em: 17 jul. 2009

BRASIL. Ministério da Saúde (2010). **Saúde Mental em dados 7**. IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial. Ano V, n. 7, jun. 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663> Acesso em: 06 ago. 2010

BRITTEN, Nicky. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, Catherina. MAYS, Nicholas. (Orgs). **Pesquisa Qualitativa na atenção à Saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 21-29, 2005.

BIRMAN, J.; COSTA, F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 41-72. Disponível em <http://jfreirecosta.sites.uol.com.br/artigos/artigos_pdf/psiquiatria_comunitaria.pdf> Acesso em: 10 jul. 2010.

BOARINI, Maria Lucia. **A loucura no leito de Procusto**. Maringá: Dental Press, 128 p., 2006.

BORBA, Letícia de Oliveira, SCHWARTZ, Eda, KANTORSKI Luciane Prado. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paulista de Enfermagem**, 21(4):588-594, 2008.

CARTA DE DIREITO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, (1993). Disponível em < <http://www.inverso.org.br/index.php/content/view/5474.html> > Acesso em: 05 mar. 2010.

CARVALHO .M. I. L. **Entre os cuidados e os cuidadores: o feminino na configuração da política de cuidados às pessoas idosas**. p. 269-280 , 2009. Disponível em: < <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/campusocial/article/view/239/148> > Acesso em: 20 ago. 2010.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. **Pessoas muito especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz (Coleção Antropologia e Saúde), 432p., 2003.

CECCARELLI, Paulo. O sofrimento psíquico na perspectiva da psicopatologia fundamental. **Psicologia em Estudo**, v.10, n. 3, set./dez. 2005. p. 471-477

CERVI, Emerson Urizzi, Métodos quantitativos nas ciências sociais: uma abordagem alternativa ao fetichismo dos números e ao debate com qualitativistas. In: BOURGUIGNON, J. A. **Pesquisa social: reflexões teóricas e metodológicas**. Ponta Grossa; Todapalavra, p. 125-143, 2009.

CHAVES, Niltonci Batista. A saia verde está na ponta da escada. As representações discursivas do Diário de Campos a respeito do integralismo em Ponta Grossa". IN: **Revista de História Regional**, vol. 4 (1): 57-80, Ponta Grossa-PR, 1999.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2008.

COIMBRA, Valéria Cristina Chistello; GUIMARÃES, Jacileide; SILVA, Mariluci Camargo Ferreira da; KANTORSKI, Luciane; SCATENA, Maria Cecília Moraes – Reabilitação psicossocial e família: considerações sobre a reestruturação da

assistência psiquiátrica no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 01, p. 99 – 104, 2005. Disponível em: < <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> > Acesso em: ago. 2010.

CONSULTÓRIO ETIMOLÓGICO. Disponível em <http://origemdapalavra.com.br/consultorio-etimologico>. Acesso em ago 2010.

COSTA-ROSA, Abílio da; LUZIO, Cristina Amélia; YASUI, Silvio. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial. **Saúde em debate**. 25(58): 12-25, mai./ago. 2001.

CUNHA, Antonio Geraldo. **Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1998.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2008. 440p.

DATASUS. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br> >. Acesso em: 18 dez. 2009.

DEPARTAMENTO DE DICIONÁRIOS DA PORTO EDITORA. **Dicionário de Latim – Português**. 2 ed. Porto: Porto Editora, 2001.

DIADEMA, Disponível em: < http://www.diadema.sp.gov.br/apache2-default/index.php?option=com_content&view=article&catid=250:releases&id=6699:aps-diadema-retoma-o-curso-familiares-parceiros-no-cuidado >. Acesso em 16 set. 2010.

DICIONÁRIO HISTÓRICO E GEOGRÁFICO DOS CAMPOS GERAIS. Disponível em: <<http://www.uepg.br/dicion/oquee.htm>> Acesso em: out 2009.

EDITORA TODA PALAVRA. **Esclarecimentos**. [Mensagem profissional]. Mensagem recebida por < luconeglian@uol.com.br > em: 06 jan. 2011.

FREJ, Tatiana Asfora e ALENCAR, Luciana Hazin. Fatores de sucesso no gerenciamento de múltiplos projetos na construção civil em Recife. **Produção**, vol. 20, no. 3, p. 322-334. Set. 2010.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GARRIDO, Pedro B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol.41, suppl.2, p. 72-79, 2007.

GERANDO SAÚDE MENTAL. Disponível em <
http://www.gerandosaudemental.org.br/index.php >. Acesso em: 19 jun. 2010.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais**: paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.

GOHN, Maria da Glória. **História dos movimentos e lutas sociais**: a construção da cidadania dos brasileiros. 3 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

GONÇALVES, Alda M.; SENA, Roseni R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 9 (2): 48-55, Mar. 2001.

GRUPO DE ESTUDOS SOBRE CONSTRUÇÃO DEMOCRÁTICA. Sociedade Civil e Democracia: reflexões sobre a realidade brasileira. In: **IDÉIAS**. Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. UNICAMP. 1998/1999. Dossiê: os movimentos sociais e a construção democrática.

GUIMARÃES, Jacileide; MEDEIROS, Soraya Maria de; SAEKI, Toyoko; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. Desinstitucionalização em Saúde Mental: considerações sobre o paradigma emergente. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p.5-11. 2001.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 8 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

HOSSNE, William Saad. Bioética, riscos e proteção: os sujeitos da pesquisa. **Revista PUC Viva**. São Paulo, n. 27, p. 94-104. jul./set. 2006.

INOUE, Keika; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.26, n.5, pp. 891-899, 2010.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Perfil dos Municípios**. Disponível em: < <http://www.ipardes.gov.br> >. Acesso em: 18 jun. 2010.

JUCÁ, Vlória. A cura em saúde mental: história e perspectivas atuais. In WADI, Y. M.; SANTOS, N. M. W.; (orgs) **História e loucura**: saberes, práticas e narrativas. Uberlândia. EDUFU. 2010. p .307-330

KANTORSKI, L. C. et al. Contribuições do estudo de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, n.1, jan./abr. 2009. Disponível em: < http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/20_Luciane_Kantorski.pdf > Acesso em: 25 ago. 2010.

LANCETTI, Antonio e AMARANTE, Paulo. Saúde Mental e Saúde Coletiva. IN: CAMPOS, Gastão Wagner de S. et. Al. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, p. 615-634, 2006.

LENDZION, Kelli C. **Vozes dissonantes: a Reforma Psiquiátrica em Ponta Grossa**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em História) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, UEPG, 2007.

LINO, Márcia Aparecida. **A convivência de pessoas com transtornos mentais e seus familiares no contexto do domicílio**. 2006, 78p. Dissertação Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn e RODRIGUES, Jefferson O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.12, n.2, p. 399-407, mar./abr. 2007.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JUNIOR, Alfredo. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem** vol.14, n.3, p. 448-456, 2006.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010.

MAIA, Rousiley. Mídia e deliberação: atores críticos e o uso público da razão. In: MAIA, Rousiley; CASTRO, Maria Ceres S. (Orgs.) **Mídia, esfera pública e identidades coletivas**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006, p. 153-179.

MANICA, Giselle; TESSMER, Liz. Terapeuta de referência: uma visão referenciada por profissionais da Saúde Mental. **Psicologia Hospitalar**. vol.5, n.2, p. 89-111, 2007.

MANIFESTO DE BAURU. (1987) Disponível em < capufpr.files.wordpress.com/2007/12/manifesto-de-bauru.doc >. Acesso em: 05 mar. 2010.

MELLO, Rôsame. **Identidade social de usuários, familiares e profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro**. Tese doutorado. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2005.

MELMAN, Jonas. Intervenções familiares no campo da Reforma Psiquiátrica. In: FERNANDES, M. I.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (orgs.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, p. 171-185. 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da Antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de S. et. al (orgs) **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, São Paulo: Hucitec, 2006.

MIRANDA, Lilian e CAMPOS, Rosana Tereza Onocko. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, vol. 42, no. 5, p. 907-913, 2008.

MONTEIRO, A. R. M.; BARROSO, M. G. T. A família e o doente mental usuário do hospital-dia: estudo de um caso. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 8(6):20-6, dez. 2000.

MOREIRA, Lúcia Vaz de Campos; RABINOVICH, Elaine Pedreira; SILVA, Célia Nunes. Olhares de crianças baianas sobre família. **Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação**. (Ribeirão Preto), vol. 19, n.42, p. 77-85, 2009.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. 2 ed. Lisboa: Instituto Piaget, 1990

NUNES M.; TORRENTÉ M. Estigma e violências no trato com a loucura . **Rev Saúde Pública** 2009; 43 (Supl. 1), p. 101-108. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/752.pdf> > Acesso em: 03 ago. 2010.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de; LOYOLA, Cristina Maria. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. **Acta Scientiarum. Health Sciences Maringá**, v. 26, no. 1, p. 213-222, 2004.

OLIVEIRA, Mariani Bandeira. **Sociedade campeira e fortunas escravistas**. Castro, 1826-1850. . Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em História) - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preâmbulo à Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**, 10a revisão. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança – 2001. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001. Disponível em < http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf >. Acesso em: mai. 2009.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Caderno de Saúde Pública**. vol. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. **O paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

OSINAGA, Vera Lúcia Mediondo. **Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares**. Tese. Ribeirão Preto/USP. 2004. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-27102004-152642/> > Acesso em: 04 ago. 2010.

PARANÁ, **Paraná - CAPS habilitados**. 2008. Disponível em: <
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/SaudeMental/saude_mental_CAPS.pdf > Acesso em: 11 de nov. 2010.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto R. Antecedentes da Reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. In: **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.11, n. 2, p. 241-58, mai./ago. 2004.

PEREIRA, Magnus Roberto de Mello. **Semeando iras rumo ao progresso**. Curitiba: Editora da UFPR, 1997.

PEREIRA Maria Alice Ornellas, PEREIRA JR., Alfredo. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem**, 37(4): 92-100, 2003.

PINHO L. B, HERNÁNDEZ A. M. B., KANTORSKI L. P. Trabalhadores de saúde mental: contradições e desafios. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, abr./jun; 14 (2), p. 260-267, 2010.

PITTA AM. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? In: Pitta AM, organizadora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p.19-30, 1996.

POCINHO, Margarida Maria Ferreira Diogo Dias. Psicologia, cognição e sucesso escolar: concepção e validação dum programa de estratégias de aprendizagem. **Psicol. Reflex. Crit.**, vol.23, n.2, p. 362-373, 2010.

PRADO, Maria do Carmo Cintra de Almeida. **Destino e mito familiar**: uma questão na família psicótica. São Paulo: Vetor, 226p. 2000.

REDEPSI. Disponível em: <
<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/wordbook/entry.php?entryID=3> > Acesso em: 23 nov. 2009.

ROSA, Lucia. **Transtorno mental e o cuidado na família**, 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

RUSSO, Rosária de Fátima Segger Macri e SBRAGIA, Roberto. Tendência empreendedora do gerente: uma análise de sua relevância para o sucesso de projetos inovadores. **Gest. Prod.**, vol.14, n.3, p. 581-593, dez. 2007.

SAAVEDRA, Luísa. Alunas da classe trabalhadora: sucesso acadêmico e discurso de regulação. **Psicol. Reflex. Crit.**, vol.17, n.2, p. 267-276, 2004.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **Epidemiologia da imprecisão**: processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SARACENO Benedeto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta, A. M., (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec; p.13-8, 1996.

SARACENO, Benedeto. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Tradução de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora / Instituto Franco Basaglia, 1999.

SARTI, Cynthia Anderson. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 5. ed. São Paulo: Cortez. 2009.

SEGALEN, Martine. **Sociologia da Família**. Lisboa: Terramar. 1996.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP, vol.42, n.1, pp. 127-134, 2008.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira; CARNEIRO, Terezinha Féres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 22, n. 8, p. 1629-1638, 2006.

SOUZA, Rozemere Cardoso de; SCATENA, Maria Cecília Moraes. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.13, n.2, p. 173-179, 2005.

SVARÇA, Décio R.; CIDADE, Maria L. 1955: O voto "verde" em Curitiba. **História: questões e debates**. Curitiba: v. 10, n. 18, p. 181-211, jul./dez. 1989.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v.9, n.1, p. 25-59, jan./abril. 2002.

TOLEDO, José Carlos de et al. Fatores críticos de sucesso no gerenciamento de projetos de desenvolvimento de produto em empresas de base tecnológica de pequeno e médio porte. **Gest. Prod.**, vol.15, n.1, p.117-134. Abr. 2008.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da Reforma Psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e Argumento**, v. 1, 2009, p. 68-98.

WANDRELEY, Mariângela Belfiore. **Publicização do papel do cuidador domiciliar**. IEE - Instituto de estudos Especiais da PUC – SP; Brasília: Secretaria de Assistência Social/MPAS, 1998. Disponível em: < <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-123.pdf> > acesso em 20 ago. 2010.

YASUI, Sílvio. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan./abr. 2009. Disponível em: < http://www.cbasm.org.br/artigos/artigos/11_Silvio_Yasui.pdf > Acesso em: 03 ago. 2010.

YASUI, Sílvio. **Rupturas e Encontros**: Desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 192p.

YUNES, Maria Angela Mattar. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em estudo**. vol. 8, n.spe, 2003, p. 75-84.

ZIMMERMANN, Clóvis; SILVA, Marina da Cruz. As experiências internacionais de renda mínima na redução da pobreza. **Revista Espaço Acadêmico**. n 82. Ano VII. Março de 2008. p. 1-5. Disponível em <<http://www.espacoacademico.com.br/082/82zimmermann.pdf>> Acesso em: 15 dez. 2010

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Res.196/96

O Sr. / a Sra. _____

Idade: _____ RG: _____ Endereço: _____

Pai/ mãe/ outro (especificar parentesco) _____ de _____

Idade: _____ RG: _____

está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**Saúde e Sociedade – CAPs na região dos Campos Gerais, Pr**”, que está sendo desenvolvido por Lucimar Aparecida Garcia Coneglian, aluna do curso de Mestrado de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG e orientada pelo Prof. Doutor José Augusto Leandro.

O objetivo desta pesquisa é identificar relação de cuidado dos familiares com seus membros portadores de transtorno mental e qual a atuação que os Centros de Atenção Psicossocial têm sobre a família de seus usuários.

Você foi selecionado para participar desta pesquisa por que é familiar de um portador de Transtorno Mental severo, de longa data, e que atualmente recebe tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de _____.

Para tanto, será necessário que você responda algumas perguntas que serão gravadas em fita cassete em encontro para entrevista previamente agendado.

Os benefícios esperados não serão financeiros, mas pessoais. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

O estudo não envolve riscos, por se tratar de uma pesquisa em que a coleta de informações acontece por meio de entrevista.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar, retirar seu consentimento a qualquer momento e por qualquer razão, bastando para isto me comunicar sua desistência, sem que haja nenhuma consequência para você.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um pseudônimo, evitando expor você ou seu familiar.

Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de responsabilidade do participante.

Em caso de esclarecimento ou reclamação, pode contatar a pesquisadora Lucimar Aparecida Garcia Coneglian, RG 1.650.476-9, Psicóloga – CP 08-02205 pelo telefone (42) 9925 6467 ou (42) 3232 4017.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefício do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Comissão de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Av: Gen. Carlos Cavalcanti, 4748 CEP: 84030-900 Bloco M, Sala 12

Campus Uvaranas - Ponta Grossa - Fone: (42) 3220-3108 - E-mail: seccoep@uepg.br

ANEXO B – Questionário institucional

ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO (A ser aplicado nos CAPs da região dos Campos Gerais, e preenchido por chefia da instituição)

Pesquisadora: Lucimar Garcia Coneglian luconegli@uol.com.br (42) 9925 6467 e (42) 3232 4017

(Para as respostas abertas, use o espaço que desejar no verso e nas páginas anexas)

1. Nome CAPs: _____

2. Cidade: _____

3. Inaugurado em ____/____/____

4. Credenciado pelo Ministério da Saúde em ____/____/____

5. Número de trabalhadores e carga horária:

_____ Médico com _____ hs semanais.

_____ Enfermeiro com _____ hs semanais.

_____ Assistente Social com _____ hs semanais.

_____ Psicólogo com _____ hs semanais.

_____ Pedagogo com _____ hs semanais.

_____ Terapeuta Ocupacional com _____ hs semanais.

_____ Auxiliar de enfermagem com _____ hs semanais.

_____ Técnico de enfermagem com _____ hs semanais.

_____ Auxiliar/técnico administrativo com _____ hs semanais.

_____ Auxiliar de serviços gerais com _____ hs semanais.

_____ Instrutor de Oficina em _____ com _____ hs semanais.

_____ Estagiário de _____ com _____ hs semanais.

Outros _____

6. Quais são os serviços desenvolvidos com os familiares dos portadores de transtorno mental que frequentam seu CAPs?

7. Existem dificuldades no trabalho com os familiares? Caso afirmativo, poderia descrever as mesmas?

8. Informações adicionais que desejar acrescentar.

ANEXO C – Questionário para os trabalhadores dos CAPS dos Campos Gerais

ROTEIRO DE QUESTIONÁRIO SEMI-ESTRUTURADO (A ser aplicado com os trabalhadores dos CAPs da região dos Campos Gerais)

Pesquisadora: Lucimar Garcia Coneglian luconeglian@uol.com.br (42) 9925 6467 e (42) 3232 4017

A título de esclarecimento:

- A pesquisa não fará a identificação dos profissionais quando da análise dos resultados, portanto, não é necessário identificar-se pelo nome neste questionário.
- Para as respostas abertas, use o espaço que desejar no verso e nas páginas anexas.

1. Profissão: _____

2. Sexo () masculino () feminino

3. Idade: _____ anos

4. Qualificação profissional (registrar ano de conclusão):

- () Graduação em _____
() Especialização em _____
() Residência em _____
() Mestrado em _____
() Doutorado em _____

5. Tempo de trabalho no CAPs (em anos): _____

6. Recebeu alguma qualificação específica/treinamento para este trabalho?

() sim () não

Qual: _____

Este treinamento foi promovido por:

- () Iniciativa própria
() Secretaria Estadual de Saúde
() Secretaria Municipal de Saúde
() Outro _____

7. Descreva as atividades que desenvolve no CAPs em seu cotidiano de trabalho.

8. Partindo da sua experiência de trabalho no CAPs, responda:

A. No seu trabalho e/ou no trabalho desenvolvido em seu CAPs há alguma atividade direcionada constantemente/ correntemente para os familiares dos usuários? Poderia exemplificar?

B. Pela sua experiência, considera que a família do usuário pode constituir um obstáculo para o sucesso do seu trabalho? Caso afirmativo, poderia indicar quais fatores relacionados à família do usuário estariam agindo nesse sentido.

C. Cite dois ou três "casos de sucesso" de tratamento realizado no CAPs (que foi ou está sendo acompanhado pelo CAPs onde trabalha) e tente explicar quais aspectos você considera (considerou) como mais importantes para classificar o (s) caso (s) como "sucesso"?

ANEXO D – Roteiro de entrevista com famílias

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (a ser aplicada com o familiar caracterizado como o cuidador responsável pelo portador de transtorno mental).

1. DADOS DO FAMILIAR CUIDADOR:

Nome/Pseudônimo: _____ Data _____

de nascimento: ____/____/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Renda familiar: _____

Escolaridade: _____

Religião: _____

Estado civil do cuidador_____

Grau de parentesco com o portador de transtorno mental:

() Pai () Mãe () Irmão () Irmã () Esposa () Marido () _____

2.DADOS DA FAMÍLIA:

Números de pessoas que moram na casa

[illegible]

3. DADOS DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Nome/Pseudônimo: _____

Data de nascimento: __/__/____

Sexo: () Masculino () Feminino

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Renda familiar: _____

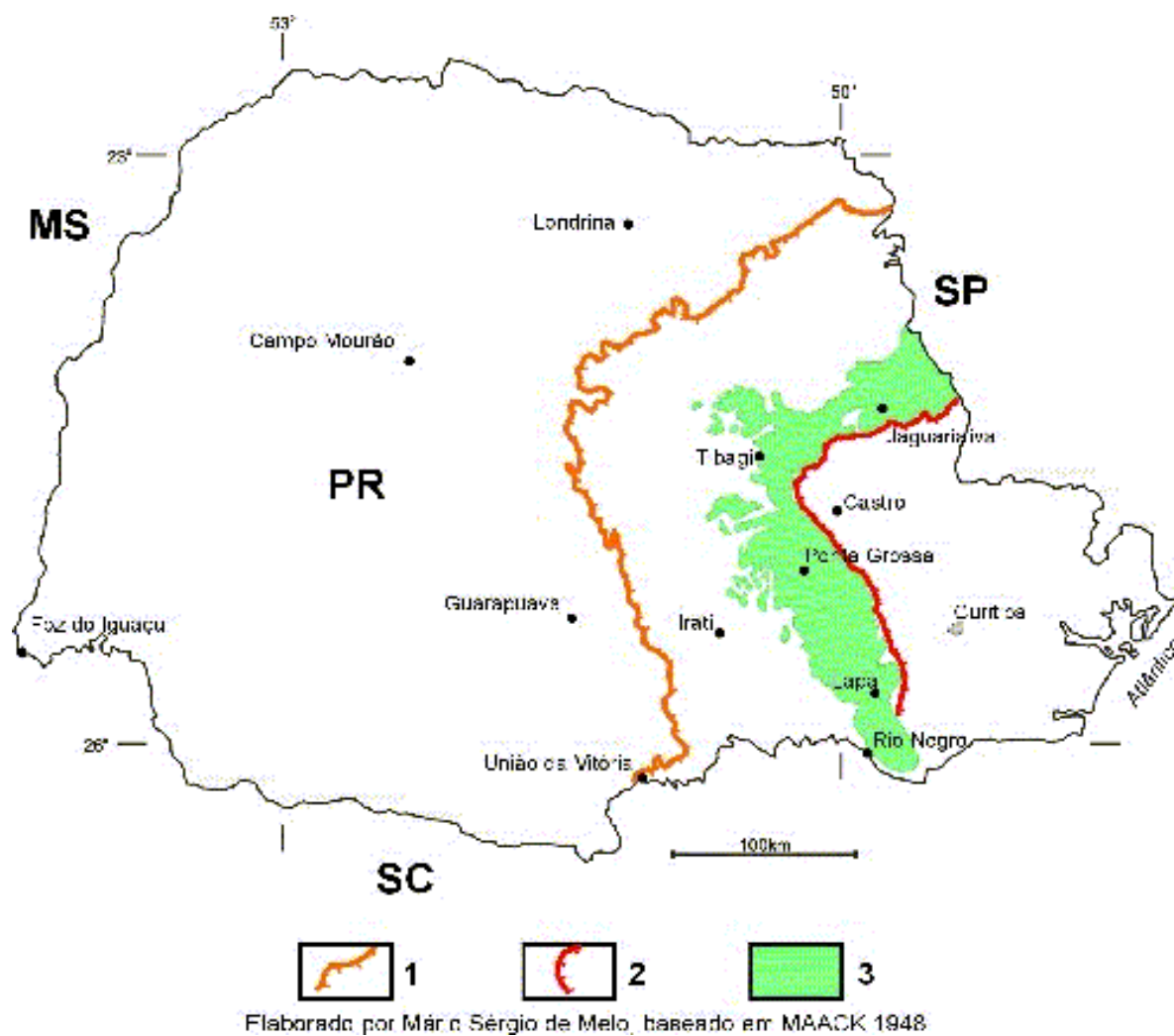
Escolaridade: _____

Religião: _____

4. Histórico da doença (Inclui como aconteceu o primeiro surto e os subsequentes, reações dos familiares, tratamentos realizados, resultados alcançados)
5. Informações que possui sobre a doença de seu familiar. (Inclui quem informou sobre o diagnóstico, quando e quais as informações fornecidas e no que estas informações auxiliaram na dinâmica de cuidado com seu familiar adoecido)
6. Como funciona o manejo do familiar com transtorno mental. (Inclui porque ele ficou como cuidador principal, dificuldades que vivencia no manejo com portador de transtorno mental, apoio dos demais membros da família nesse manejo).
7. Qual a expectativa que o familiar tem com relação à doença de seu familiar. (Inclui expectativa de evolução)
8. Tipo de informação/acompanhamento/orientação que recebe atualmente dos profissionais de saúde sobre o familiar adoecido.
9. Relacionamento que o familiar tem com os profissionais que trabalham no CAPs. (Inclui solução que a instituição dá quando encontra alguma dificuldade, como é o relacionamento com os funcionários do CAPs).
10. Qual a expectativa que o familiar tem com relação ao CAPs
11. Ao que você atribui a melhoria do familiar adoecido? (Inclui auxílio de outros familiares, auxílio financeiro do governo (benefício do INSS), apoio do CAPs e profissionais, religião, entre outros)
12. Observações adicionais.

ANEXO E – Mapa da região dos Campos Gerais, segundo Dicionário Histórico
Geográfico dos Campos Gerais

MAPA 1 - Os Campos Gerais do Paraná segundo sua definição original



Fonte: Dicionário Histórico Geográfico dos Campos Gerais (sem data, sem página)

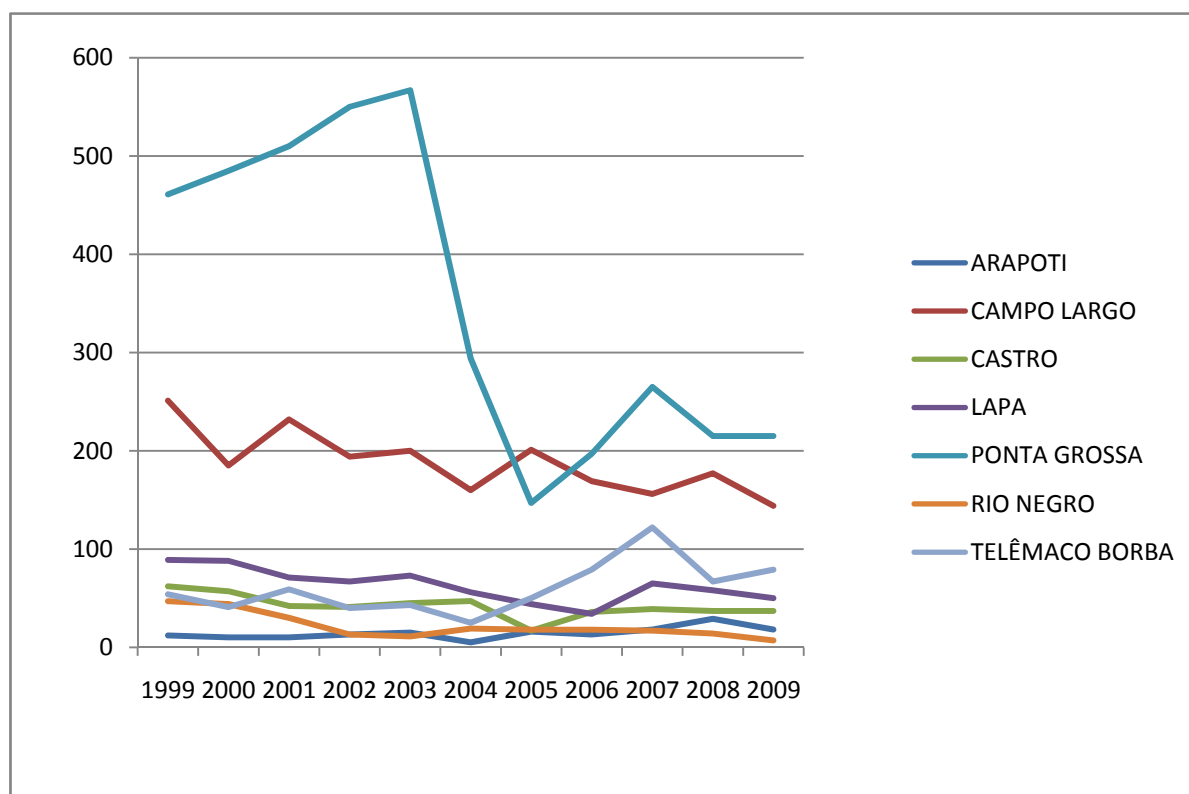
ANEXO F – Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência. Diagnóstico CID 10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas

TABELA 27 - Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência. Diagnóstico CID 10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ARAPOTI	12	10	10	13	15	5	16	13	18	29	18
CAMPO LARGO	251	185	232	194	200	160	201	169	156	177	144
CASTRO	62	57	42	41	45	47	17	36	39	37	37
LAPA	89	88	71	67	73	56	44	34	65	58	50
PONTA GROSSA	461	485	510	550	567	294	147	197	265	215	215
RIO NEGRO	47	44	30	13	11	19	18	18	17	14	7
TELÊMACO BORBA	54	41	59	40	43	25	50	79	122	67	79

Fonte: Datasus – Elaborado por Lucimar Coneglian

GRÁFICO 3 - Número de internações/ano, de 1999 a 2009, segundo local de residência. Diagnóstico CID 10: Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool; Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas



Fonte: Datasus – Elaborado por Lucimar Coneglian

ANEXO G – Distribuição dos ‘usuários’ dos CAPS dos Campos Gerais por
principais hipóteses diagnósticas

TABELA 28 - Distribuição dos sujeitos por principais diagnósticos nos CAPS dos Campos Gerais – 2010

	Arapoti	Campo Largo	Castro	Lapa	Ponta Grossa	Rio Negro	Telêmaco Borba	TOTAL
F20 – Esquizofrenia	26	15	25	1	9	12	25	113
F31 – Transtorno Bipolar	7	19	4	16	9	17	9	81
F20.0 – Esquizofrenia paranóide	12	11	21	2	20	5	1	72
F32 – Episódios depressivos	5	2		27	1	22	5	62
F10 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	3	3	17	22		2	5	52
F32.3 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	10	6	1	5	24	2	1	49
F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	2	3		2	19	11		37
F31.9 – Transtorno afetivo bipolar, não especificado		5		4	27			36
F20.9 – Esquizofrenia não específica		4		8	22	1		35
F10.2 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool. Síndrome de dependência	4		1	26		1		32
F20.1 – Esquizofrenia Hebefrênica	6	5	16			3		30
F32.1 – Episódio depressivo moderado	3			16	4	2	1	26
F33 – Transtorno depressivo recorrente	9			2		12	1	24
F71 – Retardo mental moderado		1	15	1		3	2	22
F29 – Psicose não orgânica não especificada	1	7		2	4	4	3	21
F33.2 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	5	3		1	10	1		20
F31.6 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto		17			3			20
F31.5 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave com sintomas psicóticos	1	8		7	2	1		19
F31.2 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos		9		2	5	1		17
F33.0 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve	8		2		5	2		17
F32.0 – Episódio depressivo leve	6		1	5	3	1		16
F25 – Transtornos esquizoafetivos		6	1	2		6	1	16
F70 – Retardo mental leve		5	5	2		2	2	16
F33.1 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	2	1		6	4	2		15
F41.2 – Transtorno misto ansioso e depressivo	3	3		1		8		15
F06.2 – Transtorno delirante orgânico, tipo esquizofrênico	1	1	5		2	1	3	13
F20.5 – Esquizofrenia residual	1	3	9					13
F41 – Outros transtornos ansiosos	3			4		6		13
F25.1 – Transtorno esquizoafetivo do tipo maníaco		4	6	2				12
F33.3 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos	3	2	1	1	4		1	12

F06 – Outros transtornos mentais devido a lesão e disfunção cerebral e a doença física	1	3	2		1	1	3	11
F10.3 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, síndrome de abstinência				10		1		11
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos		8	2	1				11
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	1	3	6				1	11
F43.2 – Transtorno de adaptação						3	7	10
F19.2 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substância psicoativas, síndrome de dependência	2		1	6		1		10
Outros	18	26	22	36	38	58	25	222
TOTAL	143	183	161	221	217	192	95	1212

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

TABELA 29 - Distribuição dos sujeitos por diagnósticos pertencentes ao agrupamento do CID 10 de F20 – F29 – Esquizofrenias, transtornos esquizotípicos e delirantes - 2010

	Arapoti	Campo Largo	Castro	Lapa	Ponta Grossa	Rio Negro	Telêmaco Borba	TOTAL
F20 – Esquizofrenia	26	15	25	1	9	12	25	113
F20.0 – Esquizofrenia paranóide	12	11	21	2	20	5	1	72
F20.9 – Esquizofrenia não especificado		4		8	22	1		35
F20.1 – Esquizofrenia hebefrênica	6	5	16			3		30
F29 – Psicose não-orgânica não especificada	1	7		2	4	4	3	21
F25 – Transtorno esquizoafetivo		6	1	2		6	1	16
F20.5 – Esquizofrenia residual	1	3	9					13
F25.1 – Transtorno esquizoafetivo do tipo depressivo		4	6	2				12
Outros	5	4	9	3	7	6	7	41
TOTAL	51	59	87	20	62	37	37	353

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

OUTROS inclui: F21 (7 casos); F20.2 (6 casos); F20.3 (5 casos); F23 (5 casos); F 20.6 (4 casos); F22 (3 casos); F22.8 (2 casos); F23.2 (2 casos); F21.2 (1 caso); F 22.9 (1 caso); F 23.9 (1 caso); F24 (1 caso); F 25.0 (1 caso); F25.2 (1 caso); F28 (1 caso).

TABELA 30 - Distribuição dos sujeitos por diagnósticos pertencentes ao agrupamento do CID 10 de F30 – F39: Transtornos do humor

	Arapoti	Campo Largo	Castro	Lapa	Ponta Grossa	Rio Negro	Telêmaco Borba	TOTAL
F31 – Transtorno afetivo bipolar	7	19	4	16	9	17	9	81
F32 – Episódios depressivos	5	2		27	1	22	5	62
F32.3 – Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos	10	6	1	5	24	2	1	49
F32.2 – Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos	2	3		2	19	11		37
F31.9 – Transtorno afetivo bipolar, não especificado		5		4	27			36
F32.1 – Episódio depressivo moderado	3			16	4	2	1	26
F33 – Transtorno depressivo recorrente	9			2		12	1	24
F33.2 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos	5	3		1	10	1		20
F31.6 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual misto		17			3			20
F31.5 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave, com sintomas psicóticos	1	8		7	2	1		19
F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos		9		2	5	1		17
F33.0 – Transtorno depressivo recorrente, episódio atual leve	8		2		5	2		17
F32.0 – Episódios depressivos	6		1	5	3	1		16
F33.1 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual moderado	2	1		6	4	2		15
F33.3 - Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos	3	2	1	1	4		1	12
F31.4 – Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicóticos		8		2	1			11
F31.7 – Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão	1	3	6				1	11
Outros	1	7	5	4	14	5	4	40
TOTAL	62	86	15	96	121	74	19	513

Fonte: Prontuários dos CAPS – Elaborado por Lucimar Coneglian

OUTROS inclui: F32.9 (9 casos); F33.9 (5 casos); F 31.1 (4 casos); F 31.3. (4 casos); F34.1 (4 casos); F 30.1 (3 casos); F 31.0 (3 casos); F34 (2 casos); F 39 (2 casos); F 30.0 (1 caso); F 32.11 (1 caso); F 33.4 (1 caso); F 34.8 (1 caso).