



UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE
CONTEMPORÂNEA

MOACIR LIRA DE OLIVEIRA

UMA ANÁLISE DA INTERSECÇÃO FAMÍLIA E REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL-CAPS III DA CIDADE DE ALAGOINHAS-BAHIA

SALVADOR,
2011

MOACIR LIRA DE OLIVEIRA

**UMA ANÁLISE DA INTERSECÇÃO FAMÍLIA E REFORMA
PSIQUIÁTRICA NO CONTEXTO DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL-CAPS III DA CIDADE DE ALAGOINHAS-BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador para obtenção do título de Mestre em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientador: Dr. José Euclimar Xavier
de Menezes

**SALVADOR,
2011**

UCSAL. Sistema de Bibliotecas

O48 Oliveira, Moacir Lira de.
Uma análise da intersecção Família e Reforma Psiquiátrica no contexto do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III da cidade de Alagoinhas - Bahia/ Moacir Lira de Oliveira. – Salvador, 2011.
138 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Católica do Salvador.
Superintendência de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea.

Orientação: Prof. Dr. José Euclimar Xavier de Menezes.

1. Família – Reforma Psiquiátrica 2. CAPS - Centro de Atenção Psicossocial – Alagoinhas (BA) 3. Loucura - Família - Serviços substitutivos I. Título.

CDU316.356.2:159.972(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

Moacir Lira de Oliveira

**UMA ANÁLISE DA INTERSECÇÃO FAMÍLIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO
CONTEXTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS III DA CIDADE DE
ALAGOINHAS-BAHIA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 23 de fevereiro de 2011

Banca Examinadora:



Prof(a). Dr(a). José Euclimar Xavier de Menezes - Orientador(a)
Doutorado em Filosofia - UNICAMP
Universidade Católica do Salvador



Prof(a). Dr(a). Livia Alessandra Fialho da Costa
Doutorado em Antropologia Social e Etnologia - EHESS
Universidade Católica do Salvador



Prof(a). Dr(a). Mônica Lima de Jesus
Doutorado em Saúde Coletiva - UFBA
Universidade Federal da Bahia

*À minha avó, Doralice Oliveira Santos-Dona Teté
(in memoriam), doce presença, que com seus
exemplos me ajuda a enfrentar os desafios do
cotidiano, agradecendo por tudo e buscando sempre o
entusiasmo na difícil arte e ofício do viver.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Alcides de Oliveira e Célia Lira Gomes de Oliveira pelo apoio incondicional em todos os momentos da minha existência.

Ao meu orientador, professor Dr. José Euclimar Xavier de Menezes, pelo incentivo constante à busca da qualidade no fazer acadêmico. Minha profunda gratidão, respeito e admiração pela brilhante orientação na tecitura deste trabalho.

Às professoras Dr^a Livia Alessandra Fialho da Costa e Dr^a Mônica Lima de Jesus pelas fundamentais contribuições para conclusão desta dissertação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador, através de seus professores e funcionários, pela excelente formação proporcionada nesse mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas-Bahia, na pessoa de José Edésio Cardoso Silva, pela autorização e apoio para a realização desta pesquisa.

Aos usuários, familiares e funcionários do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia pela fundamental colaboração e inspiração maior para efetivação deste trabalho.

À professora Mercêdes Cunha Chaves de Carvalho (*in memorian*), pela importantíssima influência exercida na minha formação como psicólogo.

À Faculdade Santíssimo Sacramento e à Escola Técnica de Enfermagem Ana Nery: direção, professores, funcionários e alunos pelo apoio e aposta na concretização desse sonho.

Ao amigo Edlam de Souza Santos pela competente e paciente revisão técnica do texto.

Ao companheiro Josivaldo Araújo dos Santos (Val), pela presença efetiva nessa caminhada.

Às minhas irmãs Márcia Lira de Oliveira e Mônica Lira de Oliveira, sobrinhos, tios, primos, cunhados, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização dessa conquista.

À colega Maria Goretti Mendes Cruz que, durante este Mestrado, compartilhou comigo angústias e alegrias.

Louco, sim, louco, porque quis grandeza
Qual a Sorte a não dá.
Não coube em mim minha certeza;
Por isso onde o areal está
Ficou meu ser que houve, não o que há.

Minha loucura, outros que me a tomem
Com o que nela ia.
Sem a loucura que é o homem
Mais que a besta sadia,
Cadáver adiado que procria?

FERNANDO PESSOA

(D.Sebastião, Rei de Portugal, in: Poesias,
Porto Alegre: L & PM, 2009)

OLIVEIRA, Moacir Lira. Uma análise da intersecção Família e Reforma Psiquiátrica no contexto do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia. 2011. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea, Universidade Católica do Salvador

RESUMO

O objeto do presente estudo situa-se no campo das relações entre família e serviços substitutivos em saúde mental frente às responsabilidades de cuidado com o portador de transtorno psíquico, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O objetivo deste trabalho é o de compreender os conflitos gerados pelas expectativas dos familiares referentes aos cuidados prestados aos seus parentes em sofrimento psíquico pelo CAPS, bem como a contrapartida familiar esperada pelo serviço na efetivação desse cuidado. O trabalho combina procedimentos metodológicos de caráter investigativo-documental associado à revisão de literatura, tendo como referencial teórico a reflexão crítica de Michel Foucault acerca das instituições psiquiátricas e suas relações com a família. Foi realizada consulta aos arquivos do CAPS III de Alagoinhas, que constam nos prontuários dos pacientes, endereçados ao Ministério Público no ano de 2009, referentes às atribuições de responsabilidade frente aos usuários. Os dados permitiram verificar conflitos entre a família, a instituição e Ministério Público na definição das responsabilidades com o doente mental. O CAPS procura implicar a família no tratamento e os familiares esperam que o serviço assumira uma responsabilidade maior nesse cuidado. As expectativas dos familiares não são completamente atendidas por esse modelo considerado substitutivo ao hospital psiquiátrico. Nos impasses, entra em cena o Ministério Público para intervir e determinar como deverá se proceder à responsabilização do cuidado com o portador de transtorno psíquico.

Palavras-chave: Família, CAPS, Reforma Psiquiátrica, Loucura

Oliveira, Moacir Lira. **An analysis of the intersection Family and Psychiatric Reform in the context of the Psychosocial Attention Center –CAPS III in the city of Alagoinhas-Bahia.** 2011. Thesis (Masters) – Program in Family in Contemporary Society, Catholic University of Salvador

ABSTRACT

The object of this study lies in the field of relations between family and substitute services in mental health in the face of responsibilities of taking care of patients with mental disorders in Brazilian Psychiatric Reform scenario. The main target of this work is to understand the conflicts generated by the expectations of family members regarding the care provided to their relatives related to psychological distress by CAPS, as by the family return service expected by the care realization. The work combines methodological procedures for investigating feature-documentary associated with review of literature, taking as a theoretical framework Michel Foucault's critical thinking on the Psychiatric Institutions and their relationship with the family. Researches were held in the CAPS III archives of Alagoinhas, contained in the records of the patients, addressed to Public Prosecutors in 2009, relating to allocations of responsibility towards the users. The data allowed checking conflicts between family, institution and Public Prosecutors in the definition of responsibility with the mental patient. CAPS aims to involve the family in the treatment and family members expect the service assume greater care responsibility. The family expectations are not completely served by this model considered as a substitute by the psychiatric hospital. In deadlocks, the Public Prosecutors must intervene and determine how it should proceed to the accountability of care of the patient with mental disorders.

Keywords: Family, CAPS, the Psychiatric Reform, Insanity

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS.....	20
1.2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	21
1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO	31
2 RELAÇÕES ASILO E FAMÍLIA: NOTÍCIAS HISTÓRICAS	33
2.1 ASILO E FAMÍLIA NA PROTOPSIQUIATRIA.....	37
2.2 A FAMILIARIZAÇÃO DO ASILO.....	45
3 FAMÍLIA E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	50
4 FAMÍLIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: O CONTEXTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS III DA CIDADE DE ALAGOINHAS-BAHIA ..	62
4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS.....	96
ANEXOS	100
ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA	100
ANEXO II - LEI 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001.....	102
ANEXO III - PORTARIA 336 DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002	105
ANEXO IV - PROJETO TÉCNICO DO CAPS III DE ALAGOINHAS-BAHIA.....	114
ANEXO V - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES CAPS III DE ALAGOINHAS- BAHIA	126
ANEXO VI - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DO CAPS III DE ALAGOINHAS-BAHIA	127

INTRODUÇÃO

Marcelo, “o quebrador de vidros de carros”, doente mental, andarilho das ruas da cidade de Alagoinhas, homem negro de aproximadamente 45 anos, aparentemente sem referências familiares, vivia embaixo de uma árvore nas proximidades de uma residência, cujos moradores lhe forneciam água e alimento. Certo dia, a árvore foi cortada e Marcelo passou a perambular pelas ruas de Alagoinhas, sujo, maltrapilho, quebrando vidros de carros e, por esse motivo, sendo por várias vezes abordado por policiais e conduzido em determinadas ocasiões à Delegacia, em outras, ao Hospital Geral e ao Centro de Atenção Psicossocial-CAPS para que o problema fosse solucionado. Em outros momentos, os policiais buscavam a Secretaria de Ação Social do município. Cada uma das instituições apresentava os argumentos pelos quais não poderiam assumir Marcelo: o delegado afirmava que não podia prendê-lo pelo fato de o mesmo ser doente mental e, portanto, inimputável; o hospital limitava-se a administrar uma medicação de momento, mas de imediato recomendava que o mesmo fosse encaminhado ao CAPS por se tratar de pessoa com transtorno psíquico; chegando ao CAPS, por força das normas e rotinas do serviço, o mesmo também não poderia ser acolhido em função de não ter familiar ou responsável por ele; a Ação Social afirmava não se tratar de um problema daquela secretaria, pois o caso era de competência da Secretaria de Saúde que deveria encaminhá-lo a um hospital psiquiátrico para interná-lo; o hospital psiquiátrico não o internava pela falta de documentos e responsável legal pelo paciente. Em dado momento, Marcelo quebra vinte pára-brisas de carros e, novamente, faz toda essa peregrinação pelas instituições, acompanhado de policiais militares. Ao chegarem ao CAPS, o tenente que acompanha pessoalmente a situação, irritado, faz a seguinte indagação ao coordenador do CAPS: “*Afinal, de quem é a responsabilidade sobre Marcelo?*”. Além disso, solicita que o coordenador o acompanhe até a delegacia para que, definitivamente, providências fossem adotadas no sentido de dar resolutividade ao impasse. Na delegacia, o delegado regional escuta toda a problemática e faz contato com uma promotora do Ministério Público que autoriza a permanência de Marcelo no CAPS até que familiares fossem encontrados e responsabilizados, por força da lei, a assumirem o paciente. Marcelo permanece aproximadamente dois meses no CAPS

até que o serviço social localiza a família. Porém, tendo em vista o fato de que a mesma não desejava assumir a responsabilidade sobre Marcelo, alegando diversos motivos, dentre eles a falta de tempo, falta de recursos financeiros, riscos que Marcelo poderia representar para a segurança dos parentes, necessidade de internação, etc., a Promotoria Pública é acionada pelo CAPS no sentido de intervir, para que os familiares se responsabilizem pelo paciente. A Promotora de Justiça reúne 04 irmãos de Marcelo juntamente com a equipe técnica do CAPS, documentando a seguinte decisão:

Considerando o pedido formulado pela equipe do CAPS com relação ao doente mental Marcelo, internado naquela instituição há dois meses por descaso de familiares formula esta interseção esta Promotoria, formulando o seguinte termo de compromisso: 1- Compromete-se neste ato a família ao resgate de Marcelo do CAPS, nessa data; 2-compromete-se a manutenção dos horários regulares de refeição de acordo com orientação nutricional específica; 3- compromete-se a administração dos medicamentos prescritos pelo médico; 4- compromete-se a manutenção de companhia rotineira a fim de que Marcelo não se ausente de casa permanecendo sozinho; 5-compromete-se a senhora Joana, a se habilitar como curadora de Marcelo para seu benefício junto ao INSS, providenciando, para tanto, cópia dos seus documentos; 6- a fim de facilitar o deslocamento de Marcelo para manutenção do seu tratamento junto ao CAPS, devendo o mesmo ser encaminhado àquela instituição de segunda a sexta das 08 às 16 horas, providenciará a equipe do CAPS, carteira de passe municipal para Marcelo e acompanhante; 7- o não cumprimento deste Termo de compromisso acarretará a adoção das medidas policiais e judiciais cabíveis. Nada mais havendo, encerro o presente termo que, para constar, vai assinado pelos compromitentes (Arquivo CAPS, prontuário nº 8).

A partir dessa decisão formulada pela Promotora de Justiça, consta nos arquivos do CAPS¹ que a família solicitou um tempo à equipe de saúde mental para construir um quarto que pudesse abrigar Marcelo na casa de um dos seus irmãos, ficando combinado que ele passaria o dia no CAPS e às noites e finais de semana em companhia de familiares, que se revezariam para dar conta do cuidado com Marcelo. A equipe se posicionou concordando com a proposta, mas que faria uma supervisão constante para que o acordo fosse cumprido.

1 O relato do caso acima exposto encontra-se registrado no prontuário do paciente que fica arquivado no Posto de Enfermagem do CAPS. Por razões éticas os nomes das pessoas envolvidas no caso foram substituídos por nomes fictícios. O acesso aos arquivos para a presente pesquisa foi autorizado pelo Secretário Municipal de Saúde da cidade de Alagoinhas-Bahia. (Vide Anexo I).

Dado que essa pesquisa combina procedimentos metodológicos de caráter investigativo-documental associado à revisão de literatura, o Comitê de Ética da Universidade Católica do Salvador foi consultado acerca do uso dos dados constantes dos processos constitutivos dos arquivos utilizados. Por recomendação de seus membros, o pesquisador deveria preservar as identidades dos sujeitos ali descritos como cuidado a ser observado no manuseio dos dados.

Nesse registro, encontrado nos arquivos do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Alagoinhas, destaco a pergunta do tenente: “*De quem é a responsabilidade sobre Marcelo?*”. Essa indagação pontual remete a uma questão maior: de quem é a responsabilidade sobre o doente mental? Das instituições públicas, do Estado, dos CAPS, da família? A quem compete o cuidado com o doente mental? E ele próprio, qual o lugar que o portador de transtorno psíquico ocupa nessa decisão? Tem o doente mental o direito de opinar sobre seu destino, seus planos de vida e participar do seu projeto terapêutico ou as instituições continuam silenciando-o e destituindo-o dessa possibilidade, tal qual ocorria no modelo asilar?

No caso apresentado, vale ressaltar a intervenção do Poder Judiciário convocado pelo Serviço de Saúde Mental para responsabilizar a família no tocante ao cuidado com relação a Marcelo. A impossibilidade do acordo entre as partes, quais sejam, CAPS e família, sugere um campo conflituoso de relações que por vezes “necessita” do recurso a uma instância jurídica para dar resolutividade ao caso. O que justifica a judicialização de uma relação, a interpelação de um poder do Estado para intervir nos impasses que poderiam ser resolvidos no plano da espontaneidade?

É exatamente na trilha dessas indagações/inquietações, motivadas pelo caso de Marcelo, que procurei situar o objeto desta pesquisa no campo das relações/conflitos entre família e CAPS frente às responsabilidades de cuidado com o doente mental, no contexto do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo o *locus* de investigação o CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia.

A preocupação com a questão que orienta o presente estudo surgiu a partir da minha inserção no campo da saúde mental, como psicólogo, no município de Alagoinhas no ano de 2001 em um Ambulatório de Saúde Mental e, mais especificamente, no ano de 2003 quando da fundação do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III daquela cidade, instituição que colaborei na implantação e que, posteriormente, passei a assumir a coordenação até o final do ano de 2008. Entre dezembro do ano de 2008 e maio do ano de 2010, atuei como técnico no Setor de Psicologia da instituição. Atualmente, voltei a assumir a coordenação do serviço, onde atuo até o presente.

Minha inquietação com a problemática em foco deu-se a partir da relação cotidiana com os usuários e seus familiares tanto no contexto da gestão do serviço como nos atendimentos individuais e dos grupos de família nos quais tive a oportunidade de acompanhar as angústias, sofrimentos e até assistir terapeuticamente a processos de adoecimento de familiares no enfrentamento das questões ligadas ao cuidado com a pessoa portadora de transtorno mental.

No CAPS, tive, inclusive, a oportunidade de realizar reuniões com grupos de familiares, junto ao Serviço Social. Nessas reuniões, os familiares partilhavam suas dúvidas e solicitavam da equipe de saúde mental orientações para o lidar cotidiano, principalmente com as situações de crise e não adesão dos usuários ao tratamento. Vale ressaltar que, nesse contexto, os familiares buscavam entender o funcionamento do CAPS, suas normas e rotinas, bem como os benefícios oferecidos pelo serviço.

Na perspectiva de compreender essas relações entre a família e os novos dispositivos/estratégias/serviços de saúde mental, vale recordar que, por muitos anos, a assistência em saúde mental no Brasil foi orientada pelo princípio terapêutico do isolamento do meio familiar e social, fato que motivou movimentos de crítica às instituições psiquiátricas, com o objetivo de buscar alternativas para promover uma assistência que possibilitasse a reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico. Nesse contexto, a família foi convocada a se tornar importante elo entre o serviço e a sociedade e assumir co-responsavelmente o cuidado à pessoa com transtorno mental, como apontam Colvero *et al*/ na seguinte citação:

Afinal, o ' fato novo' com o qual a família está a se deparar é que o tratamento de seu familiar portador de transtorno mental não está mais centrado no hospital psiquiátrico. Nos quadros agudos recomenda-se que a internação seja de curta permanência, e a continuidade do tratamento realizada nos equipamentos extra-hospitalares; por conseguinte, o doente mental retornará à casa, à família (quando ela existe) e à comunidade (COLVERO et al, 2004, p.198).

A partir da década de 1970, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pondo em discussão a eficácia do tratamento prestado aos doentes mentais no modelo asilar. Como consequência, foram aparecendo gradualmente

propostas e experiências de substituição dos asilos por novos modelos de assistência em Saúde Mental.

O asilo, nesse momento, passa a ser visto como um espaço que:

[...] no plano ético e jurídico, viola os direitos humanos dos portadores de transtorno mental sem reconhecer-lhes os direitos inerentes à condição de cidadania. No aspecto clínico, pela sua ineficiência terapêutica, tornou-se um espaço patogênico e cronificador; na sua face institucional reproduz a violência por sustentar-se em relações de poder desigual e em relações impessoais, desumanas, massificadoras e burocratizantes, figurando assim como uma instituição total, que fecha os indivíduos na lógica e no tempo construído organizacionalmente. No aspecto sanitário, o asilo é identificado como instituição burocrática, pobre em termos de relacionamento humano, material, ambiental e simbólico. (ROSA, 2002, p. 265 e 266)

Depreende-se dessas idéias, que o espaço asilar passa a ser representado, num contexto geral, como um ambiente reprodutor de cronicidade que utiliza um método terapêutico falido e que, portanto, novas modalidades de assistência em saúde mental deveriam ser implementadas. Nesse sentido, todo o discurso, bem como as propostas práticas da Reforma Psiquiátrica, em termos de políticas públicas, tendem a criticar e a propor o desmonte do asilo/manicômio por considerar que o mesmo é um dispositivo ultrapassado e produtor de adoecimento.

Para Lobosque (2001), algumas influências, embates e acontecimentos foram decisivos para a definição dos princípios e dos projetos dessas Reformas Psiquiátricas orientadas por uma Luta Antimanicomial. A autora começa a sua argumentação mencionando alguns dos principais movimentos críticos à tradição psiquiátrica no mundo, ao longo do século XX, a saber: na Inglaterra do Pós-Guerra, cria-se a prática da psicoterapia grupal como saída para a grave situação dos hospitais psiquiátricos. No início dos anos 1950, surge a análise institucional francesa que põe em avaliação as práticas psiquiátricas; nessa mesma época, na Inglaterra, se desenvolvem as comunidades terapêuticas. No seio da contracultura dos anos 1960, surge a antipsiquiatria inglesa. Na França, naquele mesmo momento, foram elaborados projetos de reestruturação de modelos de assistência em saúde mental, visando uma nova política de organização de serviços, destacando-se, nesse particular, a psiquiatria de setor, que se organiza segundo a hierarquização e a regionalização de serviços com ênfase na prestação de cuidados

extra-hospitalares: criação de ambulatórios, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. No contexto norte-americano, destaca-se a psiquiatria preventiva ou comunitária, em que os cuidados eram organizados com base nos graus de complexidade primário, secundário e terciário, enfatizando-se a chamada atenção básica como principal espaço de prevenção do adoecer psíquico. Nos anos 1970, ocorrem na Itália experiências de psiquiatria denominada de democrática, cujo objetivo principal era romper com as práticas baseadas apenas numa reforma institucional, evidenciando as contradições de modelos do tipo comunidade terapêutica, optando por uma desconstrução das instituições psiquiátricas, bem como dos mitos em torno da doença mental, ao lado da proposição de novas formas de convivência entre a sociedade e a loucura.

Segundo Rotelli *et al* (1990), o processo de desinstitucionalização objetiva desmontar os aparatos administrativos baseados na separação entre o doente mental e a rede social da qual faz parte, abrindo possibilidades de respeito aos direitos sociais dos pacientes psiquiátricos e fazendo emergir a participação dos diversos sujeitos que compõem o campo, notadamente os profissionais de saúde, usuários e familiares. Nessa perspectiva, surge a necessidade de serem construídas novas estratégias de inserção desses atores para o rompimento com uma cultura psiquiátrica baseada na exclusão e na manicomialização da loucura.

Aqui no Brasil, no final dos anos 1970, terminada a Ditadura Militar, num momento marcado pela reorganização das forças democráticas do país, trabalhadores de saúde mental de vários Estados brasileiros mobilizam-se em torno de propostas de Reforma Psiquiátrica. Vale ressaltar, nesse ponto, que a política assistencial da primeira metade do século priorizava a construção dos grandes hospícios públicos para a população e que, a partir dos anos 1960, proliferaram hospitais psiquiátricos privados conveniados com o Poder Público, em conformidade com a política privatista que caracterizou o governo militar. Esse contexto coloca o Brasil numa situação singular no cenário internacional da Reforma Psiquiátrica, posto que, além de outros entraves para a implantação da Reforma, como, por exemplo, os preconceitos contra a loucura ligados aos mitos da periculosidade, da incapacidade e às práticas de invalidação, havia também interesses corporativos, representados pela chamada “indústria da loucura” (LOBOSQUE, 2001, p.15), num processo de mercantilização da saúde.

No final dos anos 1980, acontecem no Brasil importantes eventos no campo da saúde pública: o movimento de Reforma Sanitária conseguiu aprovar a criação de um Sistema Único de Saúde, com princípios básicos, tais como a garantia da universalidade do acesso, da equidade, da descentralização de recursos e do controle social. Nesse período, o então chamado Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental defende a necessidade de promover a extinção progressiva dos manicômios, adotando o lema “*por uma sociedade sem manicômios*”. Vale ressaltar que esse movimento postulava a necessidade de que, ao lado dessa extinção progressiva, fosse criada uma rede de assistência substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Na entrada dos anos 1990, ocorreu em Santos um marco histórico para essa luta: um hospital privado, superlotado e violento foi objeto de intervenção do Poder Público Municipal, sendo extinto e gradativamente substituído por uma rede de assistência. Nessa ocasião, o Movimento Antimanicomial procede à sua organização em nível nacional, delineando um novo perfil em sua composição, pois ao lado dos trabalhadores de saúde mental, passam a figurar como importantes atores do movimento os usuários e seus familiares, como reiteram, Azevedo, *et al*, (2003):

Na década de 1990, nota-se a presença marcante de usuários dos serviços de saúde mental e familiares como protagonistas no cenário na reforma psiquiátrica no Brasil. Esses protagonistas introduziram novas e imprevisíveis possibilidades no complexo cenário da psiquiatria brasileira. Assim, os usuários e familiares estão deixando de ser apenas objeto de intervenção técnica para assumirem, de fato, o papel de agentes transformadores da realidade, opinando e participando ativamente das discussões sobre as políticas de saúde mental. (AZEVEDO *et al*, 2003, p.182)

Contudo, a consolidação das propostas desse Movimento passa a ganhar mais consistência a partir da aprovação da Lei 10.216 (Anexo II), conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil que entrou em vigência somente em abril do ano de 2001. Essa Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como sobre o redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental no país.

A Lei 10.216 traz em sua constituição princípios básicos e objetivos da Reforma Psiquiátrica, quais sejam: reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental, substituição dos antigos por novos modelos de atenção em saúde

mental, criação de recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar, estímulo à inserção do doente mental no mercado de trabalho, participação da comunidade e, notadamente, da família no processo de cuidado e tratamento do doente mental.

Vale ressaltar que apesar de todo esse movimento de desmonte ter sido amplamente divulgado e efetivado na sociedade brasileira, sobretudo a partir do final da década de setenta, o modelo asilar ainda persiste como modalidade de assistência em saúde mental, ainda que convivendo com novos serviços e justificando-se, pela necessidade de atender os momentos de agudização do quadro psicopatológico, notadamente dos pacientes com transtornos severos e persistentes. A contenção do doente pela via da internação passa a ser, portanto, uma terapêutica prescrita para as situações de crises, agravos e surtos psicóticos.

A função do hospital psiquiátrico como espaço terapêutico limita-se, doravante, à atenção aos momentos de emergência e agudização do transtorno sendo que, nos demais casos, a família é orientada pelos operadores da saúde mental a encaminhar a pessoa em sofrimento psíquico ao tratamento ambulatorial, bem como aos serviços substitutivos de atenção em saúde mental. Nesse novo processo, a família é convocada a dividir a responsabilidade no provimento do cuidado ao paciente.

Diante de tal realidade, os familiares se vêem sobrecarregados com essas novas exigências passando a reivindicar, além do tratamento, a custódia do seu parente que demanda cuidados em saúde mental por parte de uma instituição que possa prover esse cuidado. Dessa forma, o ato de internação, de alta hospitalar e de encaminhamento para outros serviços de assistência em saúde mental passam a se constituir em um campo de tensões, caracterizado por uma luta de interesses antagônicos. De um lado, a posição dos operadores da saúde mental que defende a responsabilização da família no cuidado ao seu parente enfermo e, de outro, a solicitação da família no sentido de que o serviço de saúde mental se responsabilize pelo provimento do cuidado do mesmo. Os profissionais da saúde mental, orientados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, tentam a todo tempo convencer os familiares a não internar ou pelo menos a reduzir o tempo de internação, argumentando que a família e a comunidade constituem os melhores espaços para tratamento, ressocialização e reabilitação do doente mental. Os familiares, contudo, respondem a esta solicitação afirmando que o doente mental representa, muitas

vezes, ameaça de agressão física, material e emocional como apontamos no relato do caso de Marcelo.

Por conta dessa tensão, a internação do portador de transtorno psíquico passa a significar para a família a liberação de uma série de encargos decorrentes do convívio diário com alguém geralmente visto como dependente, incapacitado para o exercício de atividades laborativas e, em determinadas circunstâncias, perigoso, agressivo, ameaçador, promotor de desequilíbrio e constrangimentos no meio em que convive.

De acordo com Pereira (2003), como consequência das novas diretrizes das políticas públicas de atenção à saúde mental, passa a haver uma intensificação das exigências de comprometimento e parceria da família no processo de assistência ao doente mental. Esse paciente, antes internado no hospital psiquiátrico, era tutelado pela instituição, situação que “dispensava” a participação da família.

Porém, essa condição de ausência da família no tratamento do doente mental passa a sofrer transformações, na medida em que as novas estratégias de assistência em saúde mental, destacando-se aqui os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, considerados como principais ativadores dos modelos substitutivos, na sua própria dinâmica de funcionamento, normas e rotinas, demandam a presença efetiva do familiar.

Vale resgatar o conteúdo da Portaria GM (Gabinete do Ministério da Saúde) nº 336 (Anexo III), de 19 de fevereiro de 2002, que define os CAPS como serviços ambulatoriais de atenção diária, ou seja, após ter passado o dia no CAPS, participando das oficinas terapêuticas, atividades de educação física, oficinas profissionalizantes, atendimentos da equipe multidisciplinar, etc., o usuário retorna ao convívio com seus familiares. Além disso, os CAPS promovem reuniões com familiares, fazem mediações com a justiça nos processos de benefícios, interdições, curatelas, dentre outras atribuições que necessariamente convocam os familiares a se implicarem no processo de responsabilização do cuidado ao doente mental.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja base normativa - técnica e financeira - para implantação e funcionamento está regulada pelas Portarias Ministeriais 336 e 189, do Gabinete do Ministério da Saúde, ambas de 2002, é um serviço de saúde mental aberto e comunitário, constitutivo do Sistema Único de

Saúde (SUS). O CAPS foi projetado para ser um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e para promover a construção de uma rede efetiva de cuidados em saúde mental nas diferentes regiões do território brasileiro. Sua principal função é se constituir como um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência demandem sua inclusão num dispositivo de cuidado intensivo. Deve oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, dentre outras ações.

Além disso, as autoridades que o enunciam, recomendam que o CAPS deva ser instalado em espaço físico próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica. O imóvel deve ter estilo residencial, estar localizado em bairro de fácil acesso à população e contar com um ambiente que favoreça o acolhimento e a hospitalidade.

As ações de cuidado realizadas nos CAPS devem se caracterizar por ocorrer em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, na comunidade, no bairro. Um serviço de saúde mental inserido na sociedade, para Salles e Barros (2006), é aquele que promove a possibilidade de que os seus usuários organizem uma vida cotidiana em interação com os outros e que preconiza um tratamento baseado na participação da família, na inserção do doente mental no mundo do trabalho e do lazer.

Os projetos desses serviços também devem ultrapassar sua própria estrutura física porque, como estratégia, deve buscar a rede de suporte social própria a cada usuário sob sua responsabilidade, preocupando-se com o sujeito, sua singularidade, história, cultura e referências de sua vida cotidiana.

Em perspectiva local, o processo de Reforma Psiquiátrica em Alagoinhas, município de referência regional em Saúde Pública, segundo Projeto Técnico disponível na Secretaria Municipal de Saúde (Anexo IV), começa a se desenvolver a partir da intervenção do Estado em um serviço de internação psiquiátrica que se mantinha na cidade, anexo ao Hospital Regional Dantas Bião, devido à falta de condições mínimas para a realização de um tratamento adequado em saúde mental.

O referido serviço foi interditado em setembro do ano de 2000 pela vigilância sanitária da SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia). Por conta disso, em

abril de 2001, o Executivo Municipal implantou uma Equipe de Referência em Saúde Mental, formada por um médico psiquiatra, um psicólogo e uma assistente social que passaram a atender num Ambulatório de Saúde Mental. Nesse mesmo ano foi elaborado e encaminhado ao Ministério da Saúde o projeto de implantação de um CAPS na cidade, sendo o referido projeto aprovado em dezembro do ano de 2003. O CAPS de Alagoinhas passou a atender aos pacientes referenciados do ambulatório de saúde mental, bem como das Equipes de Saúde da Família, dos serviços de Emergência psiquiátrica e egressos de internação psiquiátrica hospitalar.

Em Alagoinhas foi estruturado um CAPS tipo III, que se diferencia das outras modalidades (tipos I e II), por ter funcionamento 24 horas e garantir, dentre outras atividades, a possibilidade do acolhimento noturno, inclusive nos feriados e finais de semana, com no máximo cinco leitos para eventual repouso e/ou observação, ficando a permanência de um mesmo paciente limitada a sete dias corridos ou dez dias intercalados, em um período de trinta dias, conforme preconiza a Portaria GM nº 336/2002.

Considerando as expectativas e implicações tanto da família como dos operadores da saúde mental no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico nos Centros de Atenção Psicossocial a partir da Reforma Psiquiátrica, o problema de investigação do presente estudo é proposto do seguinte modo: Quais as tensões geradas no CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia, como serviço que se pretende substitutivo ao hospital psiquiátrico, no que se refere às expectativas geradas tanto pelos familiares, quanto pelos operadores da saúde mental, no que tange ao provimento do cuidado em relação ao usuário com transtorno psíquico?

1.1 OBJETIVOS

O objetivo geral desta pesquisa é o de compreender os conflitos gerados pelas expectativas dos familiares referentes aos cuidados prestados aos seus parentes em sofrimento psíquico pelo CAPS, bem como a contrapartida familiar esperada pelo serviço na efetivação desse cuidado. Como objetivos específicos, o estudo busca identificar nos discursos produzidos em documentos oficiais o lugar da

responsabilização da família no cuidado do seu familiar em relação ao CAPS III, destacar conflitos vivenciados pelos familiares e pela equipe de saúde mental no processo de responsabilização do cuidado frente ao doente mental e conferir o hiato entre o que reza as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e o que se instaura na dinâmica de funcionamento na assistência em saúde mental.

1.2 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Para o alcance dos objetivos supramencionados, utilizei o recurso da pesquisa documental, a partir da consulta aos arquivos de relatórios, pareceres e solicitações emitidos e recebidos pela Coordenação Técnica, bem como pelo Serviço Social do CAPS III da Cidade de Alagoinhas-Bahia, que constam nos prontuários dos pacientes, relacionados ao Ministério Público no ano de 2009, referentes, sobretudo, às atribuições de cuidado e responsabilidade frente aos usuários do referido serviço.

Saliento que no CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia todos os documentos referentes aos usuários do serviço, incluindo evoluções médicas e da equipe técnica, relatórios, laudos, pareceres, solicitações do Ministério Público, atas de reuniões com familiares, etc. ficam arquivados nos prontuários dos referidos pacientes. Esses prontuários ficam sob a responsabilidade da equipe de enfermagem da unidade de saúde. Para o presente estudo selecionei sete casos registrados no ano de 2009, num universo de quinze casos que envolveram diretamente o Ministério Público, o CAPS e os familiares na definição de responsabilidades sobre o cuidado com o portador de transtorno mental. A eleição do ano de 2009 se deve ao fato de que no período de dezembro de 2003, quando o CAPS foi credenciado pelo Ministério da Saúde, até a presente data, foi no ano de 2009 que foi registrado o maior número de casos que envolveram o Ministério Público para definição de responsabilidades de familiares no tocante ao cuidado com usuários em sofrimento psíquico. Os demais oito casos foram descartados por não atenderem diretamente aos objetivos do presente estudo, tendo em vista que 05 desses casos dizem respeito a solicitações do Ministério Público ao CAPS para emissão de relatórios com vistas à obtenção de benefícios solicitados por familiares

como medicamentos de alto custo, gratuidade em transporte coletivo e benefício de prestação continuada e nos outros 03 casos o CAPS solicita apoio do Ministério Público para regularização de documentos de identificação de doentes mentais como certidão de nascimento, carteira de identidade, etc. a partir da solicitação de familiares. Esses oito casos não contemplados dizem respeito a demandas burocráticas comuns no cotidiano dos fluxos administrativos do CAPS, não evidenciando, portanto, conflitos entre as instâncias envolvidas.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Alagoinhas-Bahia, de acordo com dados encontrados na Secretaria Municipal de Saúde daquela cidade, foi credenciado junto ao Ministério da Saúde em dezembro do ano de 2003, na modalidade III, de acordo com a Portaria 336 de 19 de fevereiro de 2002 do Gabinete do Ministério da Saúde que estabelece as normas de funcionamento dos CAPS em suas diferentes modalidades. O CAPS de Alagoinhas, por se enquadrar na modalidade III, funciona 24 horas, incluindo feriados e finais de semana e se constitui em referência para 23 municípios da região. Atualmente, o CAPS conta com uma equipe composta por 02 médicos psiquiatras, 04 psicólogas, 01 assistente social, 01 terapeuta ocupacional, 01 farmacêutico, 01 educador físico, 05 enfermeiros, 06 técnicos de enfermagem, 01 assistente administrativa, 04 auxiliares de serviços gerais, 01 copeira e vigilantes que atuam em escala de plantão e pela coordenação técnica que no momento encontra-se sob a minha responsabilidade.

Esse serviço de saúde mental atende a uma média de 360 usuários distribuídos nas categorias intensivo, semi-intensivo e não-intensivo que são definidas a partir da frequência dos mesmos ao serviço, de acordo com o projeto terapêutico delineado para cada um. Assim, os intensivos freqüentam o serviço todos os dias da semana, os semi-intensivos 03 vezes na semana e os não-intensivos 03 vezes no mês.

O espaço físico dispõe de um amplo refeitório, uma cozinha, uma sala para reuniões da equipe técnica, três consultórios para atendimentos individuais, um posto de enfermagem, dois quartos amplos para acolhimento noturno, três salas para atividades grupais e oficinas terapêuticas, duas salas para coordenação e apoio administrativo, 01 almoxarifado, treze sanitários e uma sala para vendagem dos artefatos produzidos nas oficinas, dentre outros itens para geração de renda.

Quanto às atividades ali desenvolvidas, o CAPS oferece atendimento médico, psicológico e social tanto individual quanto em grupo, oficinas terapêuticas, assistência farmacêutica, atividades de educação física e ludo-pedagógicas e atendimento às famílias. (Vide Anexo V).

No que tange tanto à estrutura física quanto ao cronograma de atividades do CAPS, observo que apesar de a instituição cobrar muito a participação da família, a mesma não dispõe nem arquitetônica, nem funcionalmente de espaços que oportunizem uma interação maior dos familiares naquela unidade. Essa constatação se sustenta na observação de que a participação dos familiares no CAPS limita-se muito às reuniões quinzenais e a algumas intervenções pontuais com os mesmos, a exemplo de atendimentos individuais e visitas domiciliares previstos no Projeto Técnico. Além disso, na rotina do CAPS III, é muito comum se observar os momentos em que o familiar/responsável leva o usuário ao CAPS pela manhã e vai buscá-lo no final da tarde, tal como em rotinas escolares. Noto, também, uma ênfase na exigência de que os familiares façam acompanhamento em tempo integral nos casos em que o usuário tem indicação para acolhimento noturno.

Os resultados desse trabalho são estabelecidos a partir do uso do método de pesquisa documental, definida por Rudio (1986) como um tipo de pesquisa em que os documentos são investigados com a finalidade de comparação de usos e costumes, tendências, diferenças, etc. A pesquisa documental requer por parte do pesquisador uma reflexividade, além de atenção a alguns critérios para que os documentos possam se configurar como fontes de pesquisa, quais sejam: credibilidade, autenticidade, validade e representatividade.

Portanto, a análise de documento é um processo de garimpagem mediante o qual as categorias de análise são compostas pelo estado da arte eleito, combinadas com uma rede conceitual específica recortada com rigor epistêmico pelo pesquisador. Os dados que serão tratados precisam ser encontrados mediante técnicas de leitura que possibilitem a composição de um discurso. Com esse escopo recebe um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabelece os critérios de montagem das peças, como se estivesse simulando um quebra-cabeça.

Para May (2004), os documentos se constituem em uma fonte de dados importantes para entender os eventos, processos e transformações nas relações sociais. A abordagem qualitativa da pesquisa dos documentos busca uma apreensão da significação do documento, devendo levar em consideração as intenções do autor ao produzir o documento, os significados atribuídos pelo seu público potencial, incluindo o pesquisador que é parte integrante desse público e precisa agir reflexivamente.

A análise qualitativa do conteúdo do documento leva em consideração o processo ou contexto social em que esse documento está inserido, devendo ser abordado a partir do entendimento do contexto da sua produção, sendo tarefa do pesquisador selecionar o que é relevante para o seu estudo em consonância com os seus objetivos e problema de pesquisa.

Vale ressaltar que a abordagem do documento no nível do significado enfoca as relações dentro do próprio texto bem como com outros textos.

May (2004) adverte que ao realizar pesquisa documental é preciso não supor que os documentos são artefatos neutros. Eles precisam ser analisados dentro do contexto social em que foram engendrados. Para o autor

[...] aquilo que as pessoas decidem registrar, incluir ou deixar de fora, é informado pelas decisões que se relacionam ao ambiente social, político e econômico dos quais são parte. (MAY, 2004, p.228).

Os documentos, na perspectiva da pesquisa social, são lidos como a sedimentação das práticas sociais, tendo o potencial de informar e estruturar as decisões que as pessoas tomam diariamente e a longo prazo, constituindo-se também em leituras particulares dos eventos sociais.

May (2004), parte da constatação de que este exercício de análise documental, de arquivo, de laudos, de correspondências, etc, já foi investigado por Foucault em perspectiva que reflete o modo de ordenamento do mundo social, principalmente em seus estudos de medicina, doença mental, sexualidade e criminalidade, a partir de consultas a arquivos e análise dos documentos neles contidos, sobretudo para averiguar a produção de discursos que servem para

justificar, fornecer razões e princípios para a normatização e controle de condutas. O que coincide com a observação da seguinte citação:

O trabalho de Michel Foucault é um projeto crítico que não é tão preocupado com a relação entre o autor e o documento, mas as maneiras nas quais a utilização de um documento está ligada ao presente como os atos escritos históricos estão ligados inevitavelmente aos usos correntes. (MAY, 2004, p.214).

Desse modo, o trabalho de Foucault é caracterizado por uma análise em que o texto é abordado em termos das intenções do autor e o contexto social no qual foi produzido. Além disso, os documentos, nessa perspectiva, são vistos como meios através dos quais o poder social se expressa.

De acordo com Fischer (2001), Foucault ensina aos pesquisadores um modo de investigar não “o que está por trás” dos textos e documentos, nem “o que se queria dizer” com aquilo, mas, antes de tudo, descrever as condições de existência de um dado discurso ou conjunto de enunciados, acolhendo-o no jogo de relações em que está inserido e indagar por que essa singularidade ocorre daquele modo, naquele lugar, dentro daquelas condições.

O que a autora afirma, tomando como referência a letra de Foucault é que um determinado objeto de pesquisa, a exemplo de um conjunto de enunciados registrado num documento, engendra-se na dinâmica de um feixe de relações, a partir de condições de aparecimento histórico de certo discurso relativo à instituições, processos sociais e econômicos e que tudo isso pode ser descrito a partir dos próprios textos, numa determinada época, fazendo emergir aquele objeto.

Foucault (1977), ao analisar um caso de parricídio do século XIX, a partir de três relatórios médicos, um conjunto de peças judiciais e o fragmento de um memorial redigido pelo próprio acusado tinha como objetivo estudar a história das relações entre psiquiatria e justiça penal.

Na apresentação do texto Foucault afirma:

Creio que, se decidimos publicar esses documentos, todos esses documentos, é para fazer de algum modo o plano dessas lutas diversas, restituir esses confrontos e essas batalhas, reencontrar o jogo desses discursos, como armas, como instrumentos de ataque e defesa em relações de poder e de saber.

De um modo mais preciso, pareceu-nos que a publicação exaustiva desse dossiê poderia dar um exemplo do material que existe atualmente nos arquivos e que se oferece a possíveis análises.

a) Visto que a lei de sua existência e de sua coerência não é nem a de uma obra, nem a de um texto, seu estudo deve permitir manter afastados os velhos métodos acadêmicos da análise textual e todas as noções que derivam do prestígio monótono e escolar da escrita.

b) Documentos como estes do caso Rivière devem permitir analisar a formação e o jogo de um saber (como o da medicina, da psiquiatria, da psicopatologia) em suas relações com instituições e os papéis que são aí prescritos (como a instituição judiciária com o perito, o acusado, o louco-criminoso etc.).

c) Permitem decifrar as relações de poder, de dominação e de luta dentro das quais os discursos se estabelecem e funcionam; permitem pois uma análise do discurso(e até dos discursos científicos) que seja ao mesmo tempo política e relacionada com o acontecimento, logo estratégica.

d) Pode-se enfim captar aí o poder de perturbação próprio de um discurso como o de Rivière e o conjunto de táticas pelas quais se tenta recobri-lo, inseri-lo e classificá-lo como discurso de um louco ou de um criminoso. (FOUCAULT, 1977, pp. XII e XIII).

Parece ser esta uma espécie de justificativa da opção metodológica eleita por Foucault naquele trabalho. A maneira de uso dos documentos é claramente uma questão metodológica, bem como uma questão de natureza teórica. Para realizar essa modalidade de análise precisam ser estabelecidos problemas de relevância, alcance e relações entre os eventos.

Sá- Silva *et al* (2009), consideram que a pesquisa documental configura-se como um método de escolha e verificação de dados que visa o acesso às fontes pertinentes, de acordo com o objeto e os objetivos do estudo, configurando-se como parte integrante da heurística de uma determinada investigação. O uso de documentos em pesquisa possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural, por exemplo, a reconstrução de uma história vivida.

Nessa perspectiva, o conceito de documento ultrapassa a idéia de registro escrito, assumindo a configuração de fonte de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões propostas pelo pesquisador.

Segundo esses autores:

“A etapa de análise dos documentos propõe-se a produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender os fenômenos. É condição necessária que os fatos devem ser mencionados, pois constituem os objetos da pesquisa, mas, por si mesmos, não explicam nada. O investigador deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e na medida do possível fazer a inferência” (Sá- Silva *et al*, 2009,p.10).

Além disso, a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, comportamentos, mentalidades, práticas, dentre outros.

Neves (1996, p.3), assim define o procedimento metodológico adotado neste trabalho:

“A pesquisa documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar. Pode oferecer base útil para outros tipos de estudos qualitativos e possibilita que a criatividade do pesquisador dirija a investigação por enfoques diferenciados.”

Para May (2004), as fontes de pesquisa documental incluem, dentre outros, documentos históricos como leis, declarações, relatos de pessoas, biografias, autobiografias e relatórios técnicos. Além disso, contempla arquivos e documentos contidos em computadores.

A presente pesquisa, a exemplo, propõe-se a investigar informações contidas no arquivo do CAPS de Alagoinhas, que, seguindo os critérios estabelecidos por Paes (2002), pode ser classificado como um arquivo público municipal, de terceira ordem ou permanente, central, pois todos os documentos gerados concentram-se em um único arquivo e pela sua natureza, configura-se como um arquivo especializado, tendo em vista que detém sob sua custódia documentos resultantes da experiência humana num campo específico, qual seja, o campo da saúde mental e das relações estabelecidas entre os atores sociais ali envolvidos: pacientes, familiares, operadores da saúde e do direito.

Seguindo as orientações desses autores no tocante aos critérios a serem observados na pesquisa documental, para a coleta dos dados relevantes para

esse estudo, selecionei sete peças documentais, num universo de quinze, a partir de análises de casos registrados no CAPS no ano de 2009, que evidenciam situações de busca de definição de responsabilidades em relação ao usuário com transtorno psíquico, envolvendo, sobretudo a família, o serviço de saúde mental e o Ministério Público.

A triagem deste conjunto de documentos foi feita com a preocupação de reduzir ao mínimo a arbitrariedade do pesquisador, e para essa garantia, procurei o Serviço Social para a seleção desse material, considerando que no CAPS da cidade de Alagoinhas é nesse setor onde são feitas, de modo privilegiado, as mediações entre a equipe técnica de saúde mental, os familiares e o Poder Judiciário na definição das responsabilidades de cuidado com o doente mental. A partir dessa consulta preliminar, acessei os documentos arquivados nos prontuários que respondiam aos objetivos estabelecidos no presente estudo, além de fazer uma leitura completa de cada prontuário para melhor compreensão dos casos em análise. Os documentos foram selecionados atendendo ao critério de se configurarem como veículos de comunicação entre o CAPS e o Ministério Público, tendo em vista que isso ocorre, sobretudo, quando os conflitos não se resolvem no diálogo entre a família e a instituição de saúde mental, evidenciando de maneira mais ostensiva os impasses dessa relação, a ponto de ser judicializada.

Duas fases, portanto, orientaram esta pesquisa: o recorte das teorias disposta no referencial teórico, seu uso pelos especialistas da área compuseram a primeira etapa do trabalho, cujo resultado está depositado nos capítulos 1 e 2. Na segunda fase foi realizada uma primeira organização do material, quando se tornou indispensável olhar para o conjunto de documentos de forma analítica, buscando averiguar como poderia proceder para torná-lo inteligível, de acordo com o objetivo de investigar os vínculos dos profissionais do CAPS com a família do usuário e o Ministério Público.

Todos os documentos eram arquivados em pastas ao mesmo tempo em que dava prosseguimento à coleta. O critério estabelecido para tal organização foi a fonte documental. As leituras e fichamentos tiveram papel central nessa fase. Cada documento foi etiquetado com uma ficha de leitura contendo resumo, síntese do histórico do atendimento, organograma do encaminhamento/solução, além de algumas transcrições de trechos que poderiam ser utilizados posteriormente.

A organização do material deu-se a partir do processamento da leitura segundo critérios da análise de conteúdo, comportando algumas técnicas, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes, decodificação dos micro-discursos dos interlocutores implicados nos documentos, criação de códigos para facilitar o controle e manuseio das informações. Dessas ações, no estudo realizado, resultou um quadro que sintetizou a classificação realizada sobre todo o material obtido, seguindo a cronologia dos atendimentos. A discussão dos dados está depositada no terceiro capítulo desta dissertação.

Transcrevi cada peça documental e as numerei de um a sete de acordo com uma ordem própria, a fim de não utilizar os números dos prontuários do CAPS, garantindo, desse modo, o sigilo das informações. Os sete casos eleitos atendem ao relevante critério de elucidar as questões propostas como objetivos deste estudo, quais sejam, os de compreender os conflitos gerados pelas expectativas dos familiares referentes aos cuidados prestados aos seus parentes em sofrimento psíquico pelo CAPS, bem como a contrapartida familiar esperada pelo serviço na efetivação desse cuidado. Além disso, dar destaque a alguns dos conflitos vivenciados pelos familiares e pela própria equipe de saúde mental no processo de responsabilização do cuidado frente ao doente mental no cotidiano daquele serviço, seus limites e possibilidades, tomando como referência as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Observei também o critério de configuração de solicitação de demandas tanto do Poder Judiciário para o CAPS quanto do CAPS para o Poder Judiciário, tendo sempre como foco o envolvimento da família nos processos, como descrito no quadro-síntese abaixo:

Quadro 1 – Fluxo e perfil dos documentos do CAPS III analisados na pesquisa

DOCUMENTO	FLUXO	PERFIL
01	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Solicitação de apoio ao Ministério Público por parte do CAPS no sentido de responsabilizar familiares no cuidado de uma doente mental.
02	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Solicitação de apoio ao Ministério Público por parte do CAPS no sentido de responsabilizar familiares no cuidado de uma doente mental
03	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Pedido de intervenção realizado pelo CAPS ao Ministério Público no sentido de impedir ação de interdição movida por familiar em relação a um parente portador de transtorno psíquico
04	MINISTÉRIO PÚBLICO-CAPS	Solicitação de exame médico-psiquiátrico a ser realizado no CAPS para respaldar o judiciário em Ação de Interdição movida por familiar.
05	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Solicitação de intervenção do Ministério Público na implicação de outros familiares, além da curadora, no cuidado com doente mental.
06	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Pedido de averiguação emitido pelo CAPS a ser realizada pelo Ministério Público quanto a denúncias de maus tratos sofridos por uma doente mental tendo como autores seus próprios familiares.
07	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Relatório de atendimento expedido pelo CAPS, por solicitação do Ministério Público, de portador de transtorno psíquico naquela unidade de saúde mental, contemplando questões sobre a participação da família no processo de tratamento.

Considerando a prescrição ética dos cuidados do pesquisador no tocante ao sigilo com as histórias de vida materializadas naqueles documentos, preservei a identidade das pessoas envolvidas nos casos analisados, fazendo uso de nomes fictícios e omitindo dados que poderiam comprometer a confidencialidade das informações como endereço, nº de documentos pessoais, datas e nº do prontuário no arquivo do CAPS. Este procedimento, inclusive, foi configurado como condição para que a pesquisa fosse autorizada no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Alagoinhas.

No último capítulo desta dissertação, dedicado à análise dos dados (p.60 a 87), acrescentei elementos encontrados na leitura dos prontuários para uma melhor

compreensão dos casos discutidos, tais como: diagnóstico do paciente, idade, histórico de internações psiquiátricas e admissão no CAPS, dinâmica familiar, etc.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho está estruturado em três capítulos que atendem às finalidades abaixo descritas:

O capítulo 1, intitulado *Relações asilo e família: notícias históricas*, apresenta como objetivo principal promover uma reflexão, sobretudo a partir das idéias de Foucault (1996; 2006) sobre as alianças e rupturas históricas entre a família e as instituições asilares de tutela da loucura, notadamente o hospital psiquiátrico. Do vasto Estado da Arte especializado na obra do autor-referência deste trabalho recorri a comentadores como Rabinow e Dreyfus (1995), Passos (2008), Caponi (2009), Torrano (2007) e Castro (2009). Esse capítulo pretende estabelecer o marco teórico referencial e, com ele, capturar chaves de leitura que permitam a análise dos documentos que compõem o *corpus* de documentos promotores de uma reflexão acerca do novo sistema de assistência e manejo da saúde mental.

O capítulo 2 discute a relação da família com os serviços de saúde mental, ditos substitutivos ao hospital psiquiátrico, no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo como finalidade problematizar os conflitos e os desafios contemporâneos das propostas desinstitucionalizadoras e antimanicomiais que convocam os familiares a assumirem responsabilidades frente aos portadores de transtorno mental. Na construção desse capítulo, a interlocução se deu com autores como Rosa (2003), Vasconcelos (2003), Melman (2008), Pitta (1996), Cervený (2004), dentre outros especialistas nas discussões sobre a Reforma Psiquiátrica. O recurso de sua construção tem como intuito criar um cenário, no interior desta pesquisa, para alocação mais adequada da realidade a ser analisada na sequência, análise que se pretende contextualizada e como que ressonante aos movimentos históricos mais abrangentes, em que creio inscrever-se a realidade de Alagoinhas.

O capítulo 3 mostra os resultados e enceta uma discussão dos dados encontrados nos arquivos do CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia, que

evidenciam as expectativas, bem como os pontos de conflitos entre a família, o serviço de saúde mental e o Poder Judiciário daquele município no processo de responsabilização do cuidado prestado ao doente mental. Ao tempo em que especifica a realidade institucional investigada, deseja ensejar a montagem da hipótese de que o CAPS III de Alagoinhas reverbera movimentos mais gerais da reforma psiquiátrica brasileira.

Considero que o desenvolvimento do presente estudo seja relevante no âmbito de um Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea pelo seu caráter interdisciplinar, uma vez que discutir sobre família no contexto da saúde mental requer contribuições de áreas do conhecimento como o Direito, a Psicologia, a Sociologia e a Saúde Coletiva, saberes convocados a constituírem as abordagens triadas pela UCSal no seu *Stricto Sensu* em família. Convergingo nessa direção, a pesquisa propõe uma reflexão sobre relações familiares em contextos complexos, notadamente aqueles de convivência com a diferença, que impõe os desafios da inclusão e da responsabilização pelo cuidado frente à pessoa com transtorno psíquico. Além disso, o trabalho deseja ser um contributo para uma análise do cenário da Reforma Psiquiátrica em Alagoinhas, provocando um repensar acerca do lugar ocupado pela família nas diretrizes novas de atenção em saúde mental naquele município. Neste sentido, quiçá, a presente pesquisa poderá ser um documento útil aos agentes desse movimento naquela cidade para repensar o seu funcionamento, a sua estruturação, a direção de suas rotinas sob o influxo reflexivo aqui manejado.

2 RELAÇÕES ASILO E FAMÍLIA: NOTÍCIAS HISTÓRICAS

Na perspectiva de compreender as relações entre a família e os novos modelos de assistência em saúde mental, especialmente nos Centros de Atenção Psicossocial, julguei necessário recorrer a aportes reflexivos e dados históricos referentes à relação asilo e família. Tomei como ponto de partida para essa discussão uma aula de Michel Foucault, ministrada no Collège de France em 05 de dezembro de 1973. Essa aula encontra-se publicada na obra “O Poder Psiquiátrico” (2006) e versa sobre o asilo e a família, trazendo importantes reflexões acerca da interdição, do internamento, da ruptura entre o asilo e a família, das casas de saúde e, notadamente, sobre dispositivos disciplinares e poder familiar. A eleição desse texto como referência para as considerações que pretendemos apresentar, justifica-se por uma contribuição mais explícita e específica que Foucault nos oferece no que diz respeito a uma relação, por ele definida como privilegiada, difícil, e até mesmo problemática, que o asilo estabelece com a família.

As idéias contidas em “O poder psiquiátrico” atendem aos objetivos do presente trabalho pelas seguintes razões: De acordo com Caponi (2009), a maior diferença existente entre a “*A história da loucura na época clássica*” e o curso de 1973-1974, ministrado por Foucault no Collège de France está em seus objetos de estudo, posto que no primeiro caso se tratava de estudar a representação da loucura como fenômeno histórico e social, as imagens que foram produzidas sobre a loucura nos séculos XVII e XVIII e, no segundo caso, tratava-se de analisar não as percepções da loucura, mas os discursos, as ciências, os jogos de poder e de verdade que tomaram por objeto a loucura, como assinalado pela autora:

Enquanto em 1961 Foucault insistia na problemática do fechamento e violência, em 1974 sua preocupação será outra, será a de analisar o modo como se estabelecem e o modo como se circulam as relações de poder dentro desse espaço médico que é a psiquiatria. Agora mais que analisar as imagens construídas em torno da figura da loucura nos séculos XVII e XVIII, os temores que elas suscitaram, os saberes que se formaram a partir de modelos botânicos, naturalistas ou médicos, estudará os modos como se articulam saber, verdade e poder, por referência a esse fenômeno ambíguo que chamamos loucura (CAPONI, 2009, p.96).

Ou seja, em “O poder psiquiátrico”, Foucault se propõe a responder em que medida um dispositivo de poder produz certo número de enunciados e de discursos sobre a loucura. Os dispositivos de poder passam a ser analisados como instâncias de produção das práticas discursivas e dos jogos de verdade em torno da loucura e do saber psiquiátrico.

Além disso, no curso de 1973-1974, Foucault põe em evidência a relação entre espaço disciplinar e espaço asilar, a disciplina como instância de normalização, a constituição do indivíduo pela tecnologia disciplinar e a microfísica do poder asilar.

Segundo Soalheiro e Amarante (2008), o conjunto do pensamento de Michel Foucault, tornando-se referência para os que se ocupam de analisar os jogos de saber e poder fundantes da psiquiatria asilar e inspirou teses e práticas de reforma identificados, por adeptos da Reforma Psiquiátrica, como um “novo projeto” para a saúde mental. Para esses autores:

Michel Foucault, com suas pesquisas, e em suas reflexões sobre o sentido de sua obra e militância política, talvez possa nos dar algumas indicações importantes para pensar sobre a complexidade do processo político em torno da Reforma Psiquiátrica, os conflitos e impasses presentes nas relações entre os diversos segmentos e interesses envolvidos [...] (SOALHEIRO e AMARANTE, 2008, p.136).

Contudo, é preciso lembrar que o pensamento foucaultiano nos convida a um mais-além da análise-denúncia dos jogos de dominação sobre a loucura asilada, para o exercício de uma reflexão crítica acerca das relações de poder presentes em uma psiquiatria que se pretende e intitula de “portas abertas” ou de “reformada”.

Passos (2008), afirma que a atualidade de Foucault consiste em nos ajudar a entender, no contexto atual da Reforma Psiquiátrica, que certa condenação “humanista” da prática do isolamento asilar dos chamados doentes mentais é insuficiente para desmontar a lógica da manutenção do poder médico-disciplinar, que consegue se manter com ou sem a estrutura que historicamente garantiu o espaço do seu exercício, qual seja, o hospital psiquiátrico. Ou seja: a despeito da desmontagem física da instituição psiquiátrica de antes da Reforma, práticas estruturadas no decorrer de uma longa história de internação se insurgem,

sorratamente, no interior de novas arquiteturas que albergam as formas de loucura, recapitulando antigos moldes da lide para com o louco.

Sobre essa questão, Caponi (2009) afirma que as estratégias de poder utilizadas historicamente pela psiquiatria não se limitam às instituições fechadas, persistindo ainda nos centros de atenção psicossocial, como podemos notar na seguinte citação:

Lamentavelmente, ainda hoje muitas vezes a reforma psiquiátrica e a desmanicomialização se limitam a descentralizar essas velhas tecnologias de poder. Muitas vezes, por falta de estrutura, de medicação adequada ou de programas de inserção comunitária, essas velhas tecnologias de poder próprias da psiquiatria clássica se reproduzem nos centros psiquiátricos de referência que no Brasil conhecemos com o nome de CAPS (CAPONI, 2009, p. 102).

Se a constatação reflexiva da autora faz sentido, suponho que a função normalizadora do asilo, legitimada pelo saber-poder psiquiátrico e psicológico, se atualiza em novas práticas reformadas, como, por exemplo, nos CAPS, configurados como serviços de saúde mental contemporâneos e sedimentados em prerrogativas humanistas e reformistas, que também se ocupam das questões relativas à família, tomando-a como campo de referência para aplicar uma “pedagogia da lida” com a doença mental, utilizando-se de certo discurso técnico-científico e, porque não dizer, de um saber-poder tão bem apropriado e difundido pelos operadores da saúde mental que se incubem, inclusive, de responsabilizar a família pelo cuidado com o parente enfermo, “instrumentalizando-a” e oferecendo o suporte considerado necessário para o êxito desse pleito.

Foucault (2006) apresenta o asilo como um sistema disciplinar, produtor de certo tipo de discurso de verdade, estabelecendo com a família uma relação muito específica e sobrecarregada que demorou muito a se elaborar e não parou de se transformar ao longo do século XIX. Para ele, esse discurso de verdade que se forma no asilo e sua relação com a família se apóiam mutuamente, gestando certo discurso psiquiátrico que tomará como objeto e campo de referência a família, os personagens e os processos familiares. O problema, portando, colocado em relevo pelo autor, consiste em saber como o discurso psiquiátrico, que nasce do exercício do poder psiquiátrico vai poder se tornar o discurso da família e sobre a família.

Para Castro (2004), o termo discurso é dos temas centrais do trabalho de Foucault, sendo definido pelo mesmo como um conjunto de enunciados que provêm de um mesmo sistema de formação, a exemplo do discurso clínico, discurso econômico, discurso da história natural e discurso psiquiátrico que se constitui em dispositivo estratégico nas relações de poder. Segundo o autor, não há uma oposição discurso e poder, posto que os discursos são elementos táticos no campo das relações de força.

O autor lembra que Foucault se ocupa da função do discurso como formador da subjetividade. Vale ressaltar que essa função não consistia em descobrir uma verdade sobre o sujeito, mas de fazer do sujeito, objeto de um discurso verdadeiro que pudesse se converter em uma matriz de comportamentos éticos. O discurso como objetivação do sujeito será uma modalidade fundamental na confissão e, posteriormente, das ciências humanas e da Psicanálise.

No que tange particularmente às verdades enunciadas pelo discurso psiquiátrico, Rabinow e Dreyfus (1995), afirmam que na perspectiva foucaultiana, a loucura não era um objeto ou uma experiência limite situada fora do discurso que cada época tentou capturar nos seus próprios termos e pontuam:

[...] Foucault compreende que a doença mental foi constituída pelo conjunto daquilo que foi dito no grupo de todos os enunciados que a nomeavam, recortavam, descreviam, explicavam, contavam seus desenvolvimentos, indicavam suas diversas correlações, julgavam-na e eventualmente emprestavam-lhe a palavra, articulando, em seu nome, discursos que deviam passar por seus. [...] (RABINOW e DREYFUS, 1995, p.69).

Na construção desses discursos de verdade, entram em cena as instituições, acontecimentos políticos, práticas e processos econômicos. No caso da gestação do discurso psiquiátrico, nota-se uma confluência de fatores que envolvem o poder médico, o asilo e a família.

Segundo Foucault (2006), a própria família, ao longo de século XIX, foi também se tornando objeto de análise e intervenção do poder psiquiátrico, que foi construindo todo um discurso acerca da relação que deveria se estabelecer entre ela, o asilo e o louco.

Em sua análise histórica, Foucault afirma que a relação asilo e família sofreu profundas transformações, distinguindo uma primeira etapa denominada de protopsiquiatria, representada por Pinel, Fódéré e Esquirol, sendo esta a fase do asilo sem família, em ruptura com a família, de outra fase caracterizada pelo duplo movimento da familiarização da psiquiatria e do asilo, e da psiquiatrização da família.

Essa segunda fase me interessa mais particularmente por se aproximar, ainda que num contexto e momento histórico distintos daquele investigado por Foucault, da atual realidade vivenciada a partir das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica que, em certo sentido, convoca a família a entrar no “asilo” (aqui hipoteticamente entendido como um “asilo reformado”), ao tempo em que esse “asilo” também penetra a família, orientando-a sobre como cuidar do seu familiar enfermo e convocando-a, intimando-a a ser co-partícipe no processo do seu tratamento.

Passemos então à análise da reflexão de Foucault.

2.1 ASILO E FAMÍLIA NA PROTOPSIQUIATRIA

Na chamada protopsiquiatria, Foucault concentra suas análises nas transformações que a Lei Francesa de 1838 introduz quanto à internação psiquiátrica. Anteriormente a essa lei, o procedimento que regia as relações entre a família e o “alienado” era a interdição definida como:

Um procedimento jurídico que, em primeiro lugar, era e devia ser pedido pela família; em segundo lugar, uma medida de ordem judiciária, isto é, era um juiz que a decidia a pedido da família, mas depois da consulta obrigatória aos membros da família; enfim em terceiro lugar, esse procedimento de interdição tinha por efeito jurídico transferir os direitos civis do indivíduo assim interditado a um conselho de família e fazia o alienado cair sob o regime da curatela. Era, portanto, se assim podemos dizer, um episódio do direito familiar validado por procedimentos judiciários. Isso era o procedimento de interdição, o procedimento fundamental: o louco era essencialmente aquele que era interditado, e reconhecia-se alguém como dissipador, pródigo, louco, etc., pela designação do seu estatuto, que era o de ser um interditado. (FOUCAULT, 2006, p. 118 e 119).

Já o internamento, que ocorreu durante toda a época clássica, era um procedimento de origem bastante irregular, que circundava a interdição, podendo eventualmente substituí-la, mas que não tinha estatuto judiciário homogêneo e fundamental nessa espécie de investidura sobre o louco. A investidura sobre o louco era, de fato, a interdição-episódio do direito familiar, validado pelo procedimento judiciário.

Foucault prossegue sua análise considerando que a Lei de 1838 consiste em fazer o internamento passar acima da interdição, tornando-o, desse modo, a peça essencial na investidura sobre o louco. Nesse sentido, a interdição só funcionaria como suplemento judiciário eventual, quando os direitos civis do indivíduo pudessem ser comprometidos ou comprometer a situação da sua família pelos direitos que possui.

O internamento representa, nessa perspectiva, a captura do corpo que é agora a peça jurídica fundamental não se limitando à destituição dos direitos civis ou dos direitos familiares. A captura desse corpo, segundo Foucault, na maior parte do tempo era assegurada a pedido da família, mas não necessariamente, posto que:

O internamento, na lei de 1838, pode perfeitamente ser decidido pela autoridade prefetoral, sem que ela tenha sido acionada pela família. Em todo caso tendo ou não sido acionada pela família, é sempre a autoridade prefetoral, coadjuvada pela autoridade médica, que em última instância deve decidir sobre o internamento de alguém (FOUCAULT, 2006, p.120).

O diagnóstico definitivo da loucura, portanto, só podia ser sacramentado a partir de uma perícia feita por alguém que recebeu qualificação da autoridade civil. O louco já não possui estatuto em relação ao campo familiar, mas no interior de um campo denominado por Foucault de técnico-administrativo ou médico-estatal, constituído pela associação do saber e poder psiquiátricos, e do inquérito e do poder administrativos.

Nesse momento, o louco emerge como um inimigo, um perigo para a sociedade e não mais como aquele que pode comprometer, por em risco os direitos, riquezas e privilégios de uma família. Na perspectiva Foucaultiana, é o inimigo social, designado pelo mecanismo da lei de 1838 e, com isso, pode-se dizer que a família se vê destituída do controle sobre o mesmo. Essa prevalência do

internamento sobre a interdição, do poder científico sobre o poder familiar, tem a finalidade de proteger concomitantemente a vida e os direitos do círculo pessoal.

De fato, durante todo o tempo em que o longo, difícil procedimento da interdição era a peça essencial, assenhorear-se de um louco era, no fim das contas, algo relativamente difícil; e, durante todo esse período, o louco podia efetivamente realizar seus estragos em seu círculo pessoal próprio e, contra esse perigo, seu círculo pessoal direto era exposto às suas fúrias. Era preciso, portanto proteger esse círculo pessoal, donde a necessidade de priorizar o procedimento rápido do internamento em relação ao procedimento longo da interdição. (FOUCAULT, 2006, p.121).

Castro (2009), ratificando essas idéias de Foucault, afirma que a partir da Lei de 1938, é a internação que será a peça fundamental na condução dos destinos do louco, convertendo-se a interdição numa medida judicial eventual e suplementar. A internação, segundo a referida lei, consiste em assenhorar-se do corpo do louco, sem o pedido da família, sendo decidida pela autoridade do prefeito acompanhada da autoridade médica que opina acerca do caráter alienado do sujeito em questão.

Nesse contexto, assiste-se ao surgimento de um campo técnico-administrativo, médico-estatal de intervenção, em que:

[...] o louco aparece como um inimigo e um perigo para a sociedade. No contexto dessa lei, trata-se também de proteger a família dos perigos que o alienado representa (...). Contudo, além da proteção, a lei de 1938 marca uma ruptura entre a família e a internação. Desde o ponto de vista do saber médico, a lei representa também uma ruptura. Jamais se pode curar um alienado no âmbito da família, ela é absolutamente incompatível com a cura. (CASTRO, 2009, p.354).

Entra em cena, portanto, o poder técnico-estatal, apoderando-se de certas atribuições que eram da família, como pontua Foucault:

[...] Vocês estão vendo que, na medida em que todos os grandes asilos funcionaram já faz cento e cinquenta anos a partir dessa forma jurídica, é importante notar que esta não favorece os poderes familiares; ao contrário, ela destituiu a família dos seus poderes tradicionais. Juridicamente, portanto, ruptura entre o asilo e a família. (FOUCAULT, 2006, p.122)

A tática médica encontrada na disciplina psiquiátrica até o século XX, praticada nos asilos, corroborava com o poder estatal, instrumentalizando-o para destituir a família do poder de responsabilização do cuidado frente ao seu parente enfermo, asseverando que nunca se pode curar um alienado na família, tendo em vista a idéia de que o meio familiar é absolutamente incompatível com a gestão de qualquer ação terapêutica.

Para Foucault, formulações desse princípio podem ser encontradas através de todo o século XIX:

Eu lhes darei uma apenas, a título de referência e de exemplo, porque é antiga e, de certo modo, fundadora. É um texto de Fodéré, datado de 1817, em que ele diz que quem é admitido num asilo 'entra num novo mundo no qual deve estar inteiramente separado dos parentes, amigos e conhecidos'. É um texto mais tardio, de 1857, que cito porque vai nos servir de referencial (temos aí uma clivagem importante). 'Aos primeiros albos da loucura, separem o doente da sua família, dos seus amigos e do seu lar. Ponham-no imediatamente sob a tutela da arte'. Logo nunca se pode curar um alienado na sua família (FOUCAULT, 2006, p. 122 e 123).

Explicita-se aqui a idéia de que o pensamento psiquiátrico da época em questão considerava a família como desnecessária e até mesmo maléfica no tocante ao cuidado para com o doente mental, devendo ser excluída do seu processo de tratamento e legitimando o asilo como instância potencialmente útil e exclusiva para essa finalidade.

Além disso, durante o processo da terapia, da operação médica que deve levar à cura, todo contato com a família era considerado perturbador, perigoso, sendo, portanto, necessário evitá-lo. É o princípio do mundo estrangeiro. O poder disciplinar do asilo deve ser absolutamente estrangeiro em relação ao espaço familiar, por algumas razões que seguem abaixo:

A primeira é o princípio da distração: Um louco, para se curar, nunca deve pensar na sua loucura. Esquecer sua loucura, não dizê-la, afastá-la do seu espírito, pensar em outra coisa - princípio da não-associação, da dissociação. Logo, se a família deve estar ausente, se o indivíduo louco deve ser colocado num mundo absolutamente estrangeiro, é por causa do princípio da distração. Ou seja, o convívio com a família faz com que o louco pense na sua própria loucura, impossibilitando, desse modo, a cura.

A segunda razão é que a família é identificada como sendo, se não a causa, pelo menos a ocasião da alienação, pois, o que vai provocar o episódio da loucura são as contrariedades, as preocupações financeiras, o ciúme amoroso, as tristezas, separações, ruína, miséria, etc. Considerando que a família é a grande deflagradora e reforçadora da loucura, seria preciso separar, isolar o doente da mesma.

A terceira razão refere-se à noção apresentada por Esquirol da “*suspeita sintomática*”: Esquirol afirma que o doente mental é essencialmente maníaco e acometido de uma “suspeita sintomática”. Isto significa dizer que no processo da alienação mental, o indivíduo vai mudar de humor, suas sensações vão ser alteradas, impressões novas serão experimentadas, não verá as coisas exatamente da mesma maneira, ouvirá vozes sem suporte real, terá alucinações. O doente não compreende a causa dessas mudanças por não saber que está louco e por não conhecer os mecanismos da loucura. Não compreendendo a causa dessas transformações, ele vai buscá-la fora do seu círculo pessoal, associando tudo isso à malevolência dos que o circundam, tornando-se perseguido. A perseguição para Esquirol denominava-se “suspeita sintomática”: espécie de pano de fundo sobre o qual vão se desenrolar as relações do doente com seu círculo pessoal. Desse modo, para romper com essa “suspeita sintomática”, fazer o doente tomar consciência que está doente e que a estranheza das suas sensações vem unicamente do seu mau, seria preciso desconectar a sua existência da dos familiares que o circundam.

A quarta razão apontada pelos psiquiatras para justificar a necessidade de ruptura com a família é o fato de existirem relações de poder que são incompatíveis com a cura da loucura por duas razões: A primeira diz respeito às relações de poder que, em si, alimentam a loucura, como ilustra Foucault:

Que um pai possa exercer sua vontade tirânica sobre os filhos e sobre o seu círculo pessoal é algo que pertence à trama de poder da própria família, é evidentemente o que vai reforçar o delírio de grandeza do pai. Que uma mulher, em função das relações de poder próprias do espaço familiar, possa legitimamente fazer valer seus caprichos e impô-los ao seu marido, é algo que pertence ao tipo de poder próprio da família, mas que evidentemente só pode alimentar a loucura da mulher. Por conseguinte é preciso privar os indivíduos da situação de poder, dos pontos de apoio de poder que são seus na sua família (FOUCAULT, 2006 p.125).

Mais uma vez, reforça-se a idéia de que o doente deveria ser apartado do seu núcleo familiar para obter a cura do seu transtorno alimentado, nessa perspectiva, no seio daquela estrutura.

A outra razão é que o poder médico é um tipo de poder diferente do poder familiar que, para ser efetivamente exercido, atuar com eficácia sobre o doente, faz-se necessário suspender tudo o que são configurações, pontos de apoio e mediações próprios do poder familiar. Essa razão se posicionava totalmente desfavorável à parceria da família com o serviço de saúde mental para promover o tratamento do indivíduo em sofrimento mental.

Em linhas gerais, para Foucault, foram estas as razões encontradas na psiquiatria da época, por ele denominada protopsiquiatria, para explicar a ruptura terapêutica necessária entre o asilo e a família. Consideramos relevante destacar esses argumentos que posicionam a família como um negativo da cura em certo momento da psiquiatrização, para, comparativamente, analisarmos quais argumentos sustentam contemporaneamente justamente o oposto, o positivo da cura que contempla a participação da família. Sustenta-se, no discurso da Reforma Psiquiátrica orientada por uma Luta Antimanicomial com reflexos nos novos modelos de assistência em saúde mental, a necessidade premente da participação familiar no tratamento do doente mental. A que se deve essa virada?

A entrada do doente no asilo quando da protopsiquiatria implicava numa ruptura com a família. Depois de efetuado o ingresso do doente no asilo, analisando como a cura deveria se processar percebe-se que a família nunca deveria estar envolvida como operador de cura, bem como deveriam ser distanciados quaisquer elementos, disposições, estruturas que, de alguma maneira, pudessem evocar a família para operar a cura.

Foucault considera que até os anos de 1860, período por ele demarcado como primeiro episódio do poder psiquiátrico, representado por Esquirol e seus sucessores, o que de fato cura no hospital é o próprio hospital: sua disposição arquitetônica, a organização do espaço, a maneira como os indivíduos são distribuídos nesse espaço, como se circula por ele, como se olha e se é olhado nele, tudo isso é que teria valor terapêutico em si. O destaque dado à supremacia do próprio asilo, o modelo hospitalocêntrico: o hospital, por si mesmo e com as

características que lhes são inerentes tem o poder de curar independente e necessariamente desconectado do ambiente doméstico/familiar.

Quanto ao asilo, o autor situava sua função da seguinte forma:

Qual poderá ser então o papel do asilo neste movimento de volta às condutas regulares? Certamente ele terá de início a função que se confiava aos hospitais no fim do século XVIII. Permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, possa mascará-la, confundí-la, dar formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la. Mais ainda que um lugar de desvelamento, o hospital, cujo modelo foi dado por Esquirol, é um lugar de confronto. A loucura, vontade perturbada, paixão pervertida, deve aí encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas [...] (FOUCAULT, 1996, p.121).

O hospital era então definido como o lugar de eclosão da verdadeira doença e que o doente deixado em liberdade, em seu meio, na sua família, com seu regime, hábitos, ilusões etc., não tinha competências descritivas da doença tal como ela é. Ou seja, essa doença era mascarada, impedindo que sua verdadeira natureza se revelasse para que fosse adequadamente diagnosticada e tratada.

Nesse debate, Foucault (1996) lembra que antes do século XVIII a loucura não era internada, posto que considerada como uma forma de erro ou ilusão e que os lugares reconhecidos como terapêuticos eram a natureza e o teatro. As prescrições dadas pelos médicos eram a viagem, o passeio, o repouso, o retiro. Além disso, utilizava-se o teatro, na perspectiva de apresentar ao doente a comédia de sua própria loucura colocando-a em cena, emprestando-lhe um instante de realidade fictícia.

A prática do internamento no começo do século XIX coincide com o momento em que a loucura é representada menos com relação ao erro e, agora, muito mais com relação à conduta regular e normal. Nesse momento, a loucura não aparece mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, sentir paixões e de ser livre. Ou seja, ao invés de se inscrever no eixo verdade-erro-consciência, passa a se inscrever no eixo paixão-vontade-liberdade. Ora, a família é o lugar de ebulição dessa tríade segunda. O tratamento, portanto, dessa loucura, consiste agora no internamento, sendo o hospital o espaço adequado, propício e legitimado para a contenção dessa paixão, dessa vontade e dessa liberdade produtoras de adoecimento e potencializadas pelo meio em que o doente estava inserido, notadamente o meio familiar.

Na reflexão Foucaultiana, tudo isso remete a um sistema psiquiátrico no qual a família não desempenha absolutamente qualquer papel, como se pode notar:

[...] Não só a família foi asseptizada, excluída desde logo, mas nada no que se supõe ser a operação terapêutica do aparelho asilar lembra no quer que seja a família. E o modelo em que se pensa, o modelo que funciona é evidentemente muito mais o modelo da oficina, o modelo das grandes explorações agrícolas de tipo colonial, é a vida de quartel com suas paradas, suas inspeções. (FOUCAULT, 2006, p.133).

Era com essa lógica que os hospitais da época funcionavam. O panóptico como sistema geral de inspeção, de olhar incessante, de vigília, sem a participação da família. Portanto, um tipo de coerção inteiramente extrafamiliar. No asilo, nada lembrava a organização do sistema familiar, mas sim o modelo militar da oficina, da escola, do quartel: revista, inspeção, enfileiramento no pátio, olhar do médico. É dessa forma que funcionava o asilo até 1850.

Caponi (2009), fazendo uma leitura das reflexões de Foucault (2006), assevera que o asilo nessa época estava a serviço do poder técnico-estatal, centrado, sobretudo, na figura do médico, o mestre da loucura. Nesse espaço, o que se colocava em jogo era a produção e a terapeutização da doença mental a partir de certas estratégias de poder que não incluíam a família, uma vez que no manicômio permite-se que:

[...] se articulem magistralmente dois problemas sociais: a garantia de hegemonia da ordem social (que exige ser protegida contra a ameaça de desordem) com certas exigências de cura que falam da eficiência terapêutica do isolamento e do encerramento. (CAPONI, 2009, p.100).

Portanto, o que está em relevo nesse momento é o poder disciplinar, impondo classificações nosológicas, definindo a normalidade e a patologia, impondo mecanismos de saber-poder do médico sobre o paciente e sua família e prescrevendo as terapêuticas consideradas eficazes, notadamente as centradas na exclusão e no isolamento.

Caponi (2009, p.102), reitera que uma releitura a posteriori de Foucault (2006), permite compreender que: [...] “A *psiquiatria centrada em estratégias de*

poder tais como o interrogatório e o encerramento, fala de um excesso de poder por parte do médico". Esse poder se manifestava no isolamento punitivo, na subjugação do alienado, nas práticas disciplinares. Segundo a autora:

[...] O psiquiátrico será esse lugar onde a vontade perturbada, as condutas indesejadas, as paixões pervertidas se defrontam com a retidão da moralidade socialmente esperada. Entre vontade e terapêutica se estabelece um processo de oposição, de luta, de dominação. Como afirma Esquirol: é necessário subjugar o caráter inteiro de certos doentes, vencer suas pretensões, dominar seu orgulho (CAPONI, 2009, p.100).

Esse lugar, porém, não incluía a família como um positivo para a terapêutica e sim como um negativo, um elemento perturbador para o estabelecimento dessa ordem, desse disciplinamento normativo de condutas morais prescritas para o louco, diferentemente da fase posterior, denominada por Foucault "*a familiarização do asilo*" que passaremos a analisar no item que segue.

2.2 A FAMILIARIZAÇÃO DO ASILO

Por volta dos anos 1850-1860, começa a ser formulada a idéia de que o louco deve ser posto num meio análogo à família, embora este meio não seja propriamente a família. De todo modo, concebe-se um espaço que acolhe o louco dotado desses elementos "quase familiares" que, inversamente ao cenário anterior, possui um valor terapêutico. Fournet, apud Foucault (2006, p.135), afirma que a família tem um valor terapêutico e é um modelo a partir do qual se pode construir certa ortopedia psicológica e moral, inclusive fora do hospital psiquiátrico.

As casas de saúde, a exemplo da clínica de Brierre de Boismont, no Faubourg Saint-Antoine, eram organizadas, modeladas com base na família, isto é, com um pai e uma mãe de família: vivem todos na mesma casa, fazem juntos as refeições e compartilham sentimentos familiares. A reativação do sentimento familiar e o investimento de todas as funções familiares dentro da clínica vão se constituir no operador da cura. Ruptura radical do delineamento do perfilamento da família no contexto imediatamente anterior.

Essa quase família desempenhava um papel de sobre e subfamília: Sobrefamília na medida em que representa a família ideal, que funciona em estado puro, exercendo a função ortopédica que lhe é atribuída. Subfamília, considerando que seu papel é de se apagar diante da verdadeira família, de só ativar os sentimentos de tipo canonicamente familiar para que a verdadeira família seja a beneficiária destes.

Embora a casa de saúde burguesa, familiarizada, funcionasse com base no modelo familiar, seria necessário que a família exercesse seu papel, ou seja, designasse os que são loucos e apontasse: aqui está dentre nós o louco, o anormal, que depende da medicina. Na análise Foucaultiana, de um lado havia a familiarização do meio terapêutico nas casas de saúde e, de outro, a disciplinarização da família, que a partir desse momento vai se tornar a instância de anomalização dos indivíduos, como se pode verificar na seguinte reflexão:

Enquanto a família soberana não levantava a questão do indivíduo anormal, mas da ordem hierárquica dos nascimentos, da ordem das heranças, das relações de fidelidade, de obediência, de preeminência que havia entre uns e outros - ela se ocupava do nome e de todas as subfunções do nome-, a família assim disciplinarizada vai começar a substituir essa função soberana do nome pela função psicológica da designação do indivíduo anormal, da anomalização dos indivíduos (FOUCAULT, 2006, p.143).

Nesse sentido, a família se torna uma microcasa de saúde que controla a normalidade ou a anomalia do corpo e da alma, pelo exercício de controle de tipo disciplinar no interior da família.

No referido trabalho, Michel Foucault afirma que os abalos que sacudiram a psiquiatria desde o fim do século XIX colocaram essencialmente em questão o poder do médico e seu efeito sobre o doente, seu saber e a verdade daquilo que dizia sobre a doença. Ele assim analisa:

Digamos mais exatamente que de Bernheim a Laing ou a Basaglia, o que foi questionado é a maneira pela qual o poder do médico estava implicado na verdade daquilo que dizia, e inversamente, a maneira pela qual a verdade podia ser fabricada e comprometida pelo seu poder. Cooper disse: a violência está no cerne do nosso problema. E Basaglia: a característica destas instituições (escola, usina, hospital) é uma separação decidida entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm. (FOUCAULT, 1996, p. 123 e 124).

Ou seja, todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, para Foucault, se situam em torno das relações de poder, configurando-se em tentativas de deslocar, mascarar, anular ou até mesmo eliminar este poder concentrado ora nas mãos de um, ora nas mãos de outro ator social. Na visão do autor, a psiquiatria moderna é atravessada pela antipsiquiatria que recoloca em questão o papel do psiquiatra, antes encarregado de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar.

No cerne da antipsiquiatria existe uma luta com, dentro e contra a instituição. Foucault afirma que quando no começo do século XIX foram instaladas as grandes estruturas asilares, o isolamento do louco era justificado por Esquirol, a partir de cinco principais razões: garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submeter-lhes a um regime médico e impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. Todas essas razões remetem a uma questão de poder: dominar o poder do louco, neutralizar os poderes que de fora possam se exercer sobre eles, estabelecer um poder terapêutico e de adestramento, de “ortopedia”. A antipsiquiatria vai colocar em questão a instituição como lugar, forma de distribuição e mecanismo dessas relações de poder. No contexto do internamento, a exemplo, o poder do médico diminui o poder do doente, posto que, uma vez estando internado, passa a ser um cidadão sem direitos, entregue às determinações do médico e da equipe de saúde.

Foucault, situando o papel da antipsiquiatria na reação, no contracontrole a esse exercício do poder psiquiátrico, afirma:

É este círculo que a antipsiquiatria pretende desfazer, dando ao indivíduo a tarefa e o direito de realizar sua loucura levando-a até o fim numa experiência em que os outros podem contribuir, porém jamais em nome de um poder que lhes seria conferido por sua razão ou normalidade; mas sim destacando as condutas, os sofrimentos, os desejos de estatuto médico que lhes tinham sido conferidos, libertando-os de um diagnóstico e de uma sintomatologia que não tinham apenas valor classificatório, mas de decisão e de decreto, invalidando enfim a grande retranscrição da loucura em doença mental, que tinha sido empreendida desde o século XVII e acabada no século XIX. (FOUCAULT, 1996, p. 127 e 128).

A antipsiquiatria, na ótica de Foucault, coloca em relevo, essencialmente, no campo das reformas psiquiátricas a questão do poder médico legitimado por um saber, um conhecimento que produz uma verdade sobre a loucura.

Rabinow e Dreyfus (1995), ao analisarem as tecnologias do poder, afirmam que as mesmas operam estabelecendo uma definição de objetivos e procedimentos que assumem a configuração de manifestos e reúnem exemplos de como um domínio bem ordenado de atividade humana deveria ser organizado.

Para os autores supracitados:

Estes modelos, como o Panopticon e o confessional, definem imediatamente o que é normal; ao mesmo tempo, definem as práticas que ficam fora do sistema como um comportamento desviante que deve ser normalizado [...] a tecnologia disciplinar funciona para estabelecer e preservar um conjunto gradativamente diferenciado de anomalias, que é o próprio modo pelo qual amplia seu saber e poder para domínios cada vez mais abrangentes. (RABINOW E DREYFUS, 1995, p.217).

Torrano (2007), refletindo sobre as idéias de Foucault no que tange às tecnologias do poder no universo das práticas psiquiátricas tradicionais ou reformadas afirma que:

[...] todo e qualquer conhecimento está sempre imbuído de poder, de tal forma que um não pode ser dissociado do outro. O saber provoca efeitos de verdade e, em contrapartida, jogos de verdade conferem poder a uma prática (TORRANO, 2007, p.7).

Caponi, ao se referir às práticas de psiquiatria reformada, propõe que há certa atualização do tradicional poder psiquiátrico que se manifesta, porém, assumindo novas formas, como podemos notar na citação:

Em lugar de docilizar pelo encerramento físico manicomial, dociliza-se pelo encerramento químico, pelo isolamento que impõe o uso de psicofármacos que modelam os hábitos e as condutas, que dominam os pensamentos e os delírios, que minimizam os riscos de violência, mas que ao mesmo tempo, exigem um custo muito elevado. O custo de perpetuar a idéia da psiquiatria clássica de ausência do corpo do louco. Só quando imaginamos essa ausência de corpo podemos compreender que sejam legitimados os graves efeitos secundários e indesejados dessas drogas, tais como a impotência, o sono, a fadiga permanente, a dor física, a insensibilidade corporal (CAPONI, 2009, p.103).

Diante dessa constatação, a autora entende que deveríamos discutir o papel da psiquiatria nesses novos espaços de atendimento, observando que ainda se perpetuam velhos instrumentos de poder, a exemplo do interrogatório, do uso de drogas e atribuição de um diagnóstico binário louco-não louco. Além disso, ela propõe uma análise do papel que o corpo, a moralidade, as paixões ocupam no atual discurso psiquiátrico.

Seguindo essa direção reflexiva, questiono: e qual o papel ocupado pela família no atual discurso psiquiátrico? Pretende o movimento contemporâneo de Reforma Psiquiátrica, orientado por uma Luta Antimanicomial e de desmedicalização, despsiquiatrização da loucura uma transferência de poder sobre o louco para as famílias?

Na perspectiva de elucidar essas questões discutirei no próximo capítulo as relações família e serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira no que se refere a esse poder de responsabilidade sobre o doente mental.

3 FAMÍLIA E SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Ao analisar a história da relação da família com os serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Rosa (2003) demarca três momentos: o primeiro, que vai da emergência da sociedade burguesa ao período que antecede a Segunda Guerra Mundial, quando surgem o modelo assistencial hospitalocêntrico e a psiquiatria. Nesse contexto, a relação da família com o portador de transtorno mental é mediatizada pelo sistema asilar que prescreve o isolamento social, excluindo a família da abordagem terapêutica e limitando o seu papel ao de informante e visitadora. No segundo período, que se estende do pós-Segunda Guerra Mundial até fins da década de 1970, a psiquiatria inicia um movimento de saída dos espaços asilares e vai à comunidade, propondo-se a intervir nos grupos sociais. Nesse cenário, a família passa a ter uma visibilidade em suas relações internas e é identificada como o grupo que cria e alimenta o transtorno mental por sua organização autoritária e simbiótica. Ou seja, a família tende a ser culpabilizada pela emergência de um portador de transtorno mental, tornando-se, então, objeto de intervenções terapêuticas. No terceiro período, que vai do final dos anos 1970 até a contemporaneidade, a análise da relação entre o portador de transtorno mental e a família é complexificada, coexistindo ou articulando-se várias perspectivas teóricas no intuito de melhor compreender os particularidades dessa relação. Socialmente, num contexto da valorização da solidariedade e da parceria comunitária, a família é revalorizada como um lugar de cuidado e afeto.

Nesse capítulo de revisão da literatura, privilegiei o estudo do terceiro período apontado por Rosa (2003), o pós 1970, pelo fato de o mesmo contemplar, segundo a autora, a partir de diversas perspectivas teóricas, a complexidade das relações entre família e serviços de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica, considerando ser este o foco da presente pesquisa. Além disso, de acordo com Sidrim (2010), o pós 1970 configura-se como um período de suma importância na trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil pelo fato de ter sido marcado pelo processo de redemocratização, face ao fim da ditadura militar. Os movimentos sociais se reorganizaram, inclusive no campo da saúde mental. A estrutura asilar

psiquiátrica, tanto no aspecto físico quanto das condições de trabalho para os funcionários deteriorou ainda mais, provocando crescente insatisfação entre profissionais de hospitais psiquiátricos. Em 1978, os profissionais das quatro unidades da então Divisão Nacional de Saúde Mental-Centro Psiquiátrico Pedro II, Hospital Pinel, Colônia Juliano Moreira e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho deflagraram um movimento de greve que

[...] propiciou organização dos trabalhadores que, para além de pautas específicas, relacionadas às condições de trabalho, compartilharam insatisfações com a prática psiquiátrica em vigor e inauguraram movimento em prol da reformulação da assistência psiquiátrica. Assim nasceu Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). (SIDRIM, 2010, p.38).

Amarante *et al* (1995), ainda pontuam que o pós 1970 foi marcado por eventos de suma importância no processo da reforma psiquiátrica brasileira, tais como: I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, realizado em 1978 no Rio de Janeiro, I Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1979 em São Paulo e II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em 1980 em Salvador. Sidrim (2010), justifica a relevância desses eventos, pontuando:

[...] Deles, o primeiro, por contar com a participação de teóricos, vinculados ao pensamento crítico em saúde mental, tais como Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castel e Erving Goffman; o segundo por favorecer articulação desse movimento com outros movimentos sociais organizados, como aqueles em prol da anistia política; e o terceiro, por favorecer o aparecimento da defesa dos direitos humanos dos pacientes, tendo como porta voz, grupos de direitos humanos, atores ainda inéditos neste processo. (SIDRIM, 2010 p. 38 e 39).

Entretanto, para Vasconcelos (1997), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, foi o evento que, mais intensamente, favoreceu a reorganização da saúde na perspectiva da Reforma Sanitária e impulsionou politicamente a Reforma Psiquiátrica. Como consequência da organização política viabilizada nesse encontro nacional, outros eventos se sucederam: A I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru (SP), também no ano de 1987, sob a bandeira “Por uma

sociedade sem manicômios” que agregou, além de técnicos da saúde mental, outros segmentos sociais como usuários, familiares, intelectuais e outros membros da sociedade civil sensíveis à causa.

Referido-se aos eventos acima citados, Sidrim lembra que:

Todo este contexto permitiu o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, e a intervenção da Casa de Saúde Anchieta, em Santos (SP), com a conseqüente criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), também na cidade. Ainda em 1989, e o então deputado Paulo Delgado (PT-MG) apresentou Projeto de Lei 3657/89 que dispõe sobre extinção progressiva dos manicômios e devida substituição por novas modalidades de atendimento. O projeto seria aprovado em 06.04.2001 e se tornou a Lei 10.216.(SIDRIM, 2010, p.40).

A autora ainda afirma que na década de 1990, ampliaram-se as formas assistenciais substitutivas ao hospital psiquiátrico, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas e hospitais-dia. Em 1992, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental.

Porém, vale ressaltar que a III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, em Brasília, com o tema central “*Cuidar Sim, Excluir Não!*” foi crucial no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica, marcando o redirecionamento da assistência à saúde mental como política oficial do governo federal.

Mas, e a participação da família em todo esse processo de construção de reformas na assistência psiquiátrica?

Parece que contemporaneamente ao tempo de Reforma Psiquiátrica, o tema família e o cuidado com o portador de transtorno mental assume lugar de destaque, posto que se constitui num grande desafio para os atores sociais envolvidos na questão como os familiares, os próprios portadores de transtorno psíquico, os operadores da saúde mental e as instituições de saúde que se pretendem substitutivas ao modelo asilar, hospitalocêntrico, uma vez que põe em discussão a problemática sobre a responsabilidade do cuidado com o doente mental.

Para Melman (2008), a desospitalização e o movimento de crítica e reforma na Psiquiatria, configuraram uma nova realidade na qual um número crescente de pessoas passou a ser assistido em serviços extra-hospitalares e, como conseqüência, novos elementos foram introduzidos no campo de negociações entre

famílias e o campo da saúde mental, obrigando as partes implicadas a rediscutirem as bases de uma nova relação.

Neme e Rodrigues (2003, p.179), assim situam as finalidades da Reforma Psiquiátrica:

A Reforma Psiquiátrica propõe transformar o modelo assistencial em saúde mental e construir um novo estatuto social para o louco, o de cidadão como todos os outros. Não pretende extinguir o tratamento clínico da doença mental, mas, sim, a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Para isso propõe a substituição do modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial de base comunitária. Nesse novo modelo de cuidados, os usuários dos serviços têm à disposição equipes multidisciplinares para o acompanhamento terapêutico. Adquirem, também, o status de agentes do próprio tratamento e o direito de se organizarem em associações que podem se conveniar a diversos serviços comunitários, promovendo a inserção social de seus membros.

A Reforma Psiquiátrica, portanto, orientada por uma Luta Antimanicomial, pautada em propostas de “desinstitucionalização” e de severas críticas ao internamento e ao modelo asilar convoca a família a se responsabilizar pelo cuidado com o ente portador de transtorno mental. Porém, questões conflituosas surgem, tendo em vista os encargos, impactos e dificuldades decorrentes dessa proposta.

Essa temática ganha relevância acadêmica nos anos 1990, no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, mas ainda de maneira tímida, até porque, é nesse momento que a família passa a se constituir como ator político no interior desse movimento. Apesar disso, a família continua a cuidar independentemente de uma visibilidade pública. Nesses anos, cresce o número de pesquisas sobre a relação da família com o portador de transtorno mental orientadas pelos debates suscitados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, apontando para o fato de que a família assume um lugar de provedora maior de cuidado, posto que os serviços de saúde atuam sobre os momentos de crise, tratando pontualmente, mas não prestando cuidados contínuos.

De acordo com Pereira (2002), um exemplo histórico de intersecção da família com a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil pode ser identificada no Centro de Atenção Psicossocial Professor Luís Rocha Cerqueira criado em São

Paulo, em 1987, posto que, além de pioneiro como projeto piloto de CAPS no país, apresenta um trabalho considerado de vanguarda na abordagem da família.

Melman (1998), ao analisar ao analisar a atuação desse CAPS, em sua dissertação de mestrado, afirma que o serviço redirecionou a demanda de cuidados do doente mental para os familiares e sua rede de sociabilidade com ênfase para os cuidadores.

Rosa (2003), também se referindo ao CAPS Luís Rocha Cerqueira, no que tange à inserção dos familiares no contexto do tratamento dos usuários, informa:

A inovação dessa abordagem decorre dos deslocamentos que promove da sintomatologia e do diagnóstico para as repercussões do transtorno mental sobre as relações sociais e para a subjetividade dos familiares, mobilizando recursos, criando novas redes de sociabilidades a partir da vivência comum, inventando novas referências em saúde mental e novos laços com os serviços que são ressignificados. Descentra o olhar sobre e a partir da família para outros territórios e assim abre novas possibilidades de acolhida, reconstrução e criação de novas relações sociais, novos sentidos, novas representações, novas formas de ser e estar no mundo, e como protagonista no processo de produção de serviços assistenciais públicos, de forma integrada, e de ação junto à política de saúde mental. (ROSA, 2003, p.83).

A elaboração de grupos de discussão e informação, de grupos psicoterapêuticos voltados para a família foi um dos passos na direção de uma maior interação do serviço com a instituição familiar.

Pereira (2002) relata que foi com o advento da greve dos profissionais de saúde do Estado de São Paulo, em 1990, que os familiares dos usuários daquele CAPS empreenderam um início de participação efetiva no serviço de saúde mental. Naquela oportunidade, fundou-se a Associação Franco Baságliã que se tornou um importante dispositivo de integração dos familiares e de responsividade às suas demandas. A referida Associação voltou-se para a busca, através de reuniões e elaboração de estratégias, de estimular a participação mais efetiva dos familiares. Naquela Associação:

Formou-se então o Núcleo Familiar na entidade, que se responsabilizou pela organização de reuniões mensais, em que os participantes conversavam, trocavam experiências, ouviam palestras, assistiam a vídeos, planejavam atividades, etc. Com o tempo percebeu-se a necessidade de que houvesse estratégias mais efetivas para envolver os

familiares, e em março de 1993, aconteceu a primeira reunião do grupo de familiares no CAPS. O Grupo de familiares se dividiu em dois trabalhos: A reunião de Projetos e o Grupo Terapêutico (PEREIRA, 2002, p.257).

Essa experiência do Grupo de Familiares possibilitou aos profissionais do CAPS perceber a importância do espaço de troca de experiências como um primeiro passo para a intervenção em questões ligadas ao estresse familiar ao lidar com a loucura, ao preconceito e ao desconhecimento em torno do assunto que têm como consequência o isolamento social, os sentimentos de frustração e impotência desses familiares frente ao adoecer psíquico.

Naquela oportunidade, a troca de experiências entre os familiares foi descrita pela autora como uma “ferramenta valiosa” para ampliar a capacidade dos familiares para lidarem com o portador de transtorno mental agora num contexto de desospitalização, em um serviço considerado substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Pereira (2002) considera que a importância dessa experiência reside no caráter de modelo que assume para os operadores da saúde mental que objetivam tornar realidade os ideais de uma Reforma Psiquiátrica Brasileira ampla que conte com a participação de profissionais, usuários, familiares e outros segmentos da sociedade. Além disso, ela entende que a ampliação dessas abordagens para outras instituições similares ao CAPS Professor Luís Rocha Cerqueira é de suma importância por privilegiar o apoio aos familiares no que concerne aos desafios sociais, culturais e econômicos inerentes ao lidar cotidiano com uma pessoa em sofrimento psíquico.

Nesse contexto, para a autora:

[...] a família passa a ser mais que um receptor de intervenções por parte dos profissionais, torna-se um agente ativo no próprio processo de apoio psicossocial, no desenvolvimento de projetos e no planejamento e avaliação dos próprios serviços, vindo a interferir, inclusive, na própria política de assistência psiquiátrica [...] (PEREIRA, 2002, p. 259).

Ratificando essa idéia, Rodrigues *et al* (2010, p.153), afirmam que o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a consequente modificação do modelo de assistência em saúde mental, permitiram maior inclusão da família, ao

tempo em que possibilitou-lhe desempenhar papel ativo no processo de reabilitação dos pacientes portadores de sofrimento mental, transformando-a em elemento estratégico e privilegiado das intervenções de reabilitação e reinserção psicossocial dos pacientes.

Rosa (2002), ao discutir sobre a dinâmica e o percurso da relação entre a família, os serviços psiquiátricos e o portador de transtorno mental, faz a seguinte distinção entre o modelo tradicional e os atuais serviços substitutivos de assistência em saúde mental:

Os serviços tradicionais do manicômio são estruturados com base no internamento em tempo integral e na abordagem predominantemente maciça, medicamentosa e centrada na figura do médico, delimitando sua ação sobre a família de forma pontual, particularmente no ato da internação, quando lhe é solicitado prestar informações sobre as características do portador de transtorno mental e da evolução de seu quadro clínico. A família é encarada como uma unidade separada do enfermo e por isso é excluída da intervenção terapêutica (...). Os novos serviços (centros de atenção psicossocial, lares abrigados, pensões protegidas, hospital-dia, hospital-noite etc.), construídos no cerne do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, calcados na internação parcial, no trabalho em equipe e na abordagem grupal, procuram resgatar a complexidade do transtorno mental, buscam construir novas formas de relação entre a sociedade e a loucura e, com isso, contribuem para a construção de novas práticas e novas representações sobre a loucura. Visam incluir a família em sua abordagem, executando um trabalho educativo de esclarecimento, de capacitação, dividindo com ela o ônus dos cuidados, à medida que nos Centros de Atenção Psicossocial o portador de transtorno mental passa o dia todo (ROSA, 2002, p. 280-281).

Para a autora, a família tende a considerar o modelo da psiquiatria tradicional com suas instituições de natureza manicomial, “o destino social e de cura por excelência” do portador de transtorno mental.

Por outro lado, Rosa observa que a atenção diferenciada dos novos modelos de atenção, modifica a relação da família com os serviços e com os familiares, posto que, à medida que a família é incluída na abordagem do serviço, passa a compreender melhor a natureza do transtorno, tornando-se mais sensível para aceitar o paciente em casa, aprendendo a lidar com sua “sintomatologia”, como se pode notar na seguinte citação da pesquisadora:

O que se pretende mostrar, portanto, são as alterações que a abordagem do serviço pode desencadear nas atitudes dos familiares. Há

uma pedagogia institucional que interfere e de certa forma modifica a relação da família com o portador de transtorno mental. Evidencia-se, desse modo, que, se a família abandona o portador de transtorno mental é porque também foi abandonada pelos serviços assistenciais e, conseqüentemente, pelo Estado. (ROSA, 2002, p. 282)

Além disso, a autora afirma que atualmente coexistem no Brasil, modelos diferenciados de assistência tanto fundamentado no modelo asilar, quanto no modelo dos novos serviços, sendo que o modelo asilar ainda permanece hegemônico.

Para Gonçalves (1999), a Reforma Psiquiátrica no Brasil configura-se como um movimento histórico de caráter político, social e econômico que apresenta como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com o conseqüente desmonte do manicômio e sua progressiva substituição por práticas que visam resgatar a cidadania do doente mental, sendo que esse resgate passa necessariamente pela convocação da família a ser partícipe na reabilitação psicossocial da pessoa com sofrimento psíquico.

Vale ressaltar, contudo, que o conceito de desinstitucionalização proposto pela autora supracitada não se restringe à substituição do hospital por modelos alternativos, mas, antes, envolve questões de natureza jurídico-política, sociocultural e ideológica. Dentre essas questões, situamos os enfrentamentos da família com os serviços de saúde mental e vice-versa, no tocante a situar as responsabilidades com o doente mental.

Corroborando com essa reflexão, Cervený afirma:

Esse contexto que transcende a idéia de simplesmente realizar a (des) hospitalização, na prática, trouxe efetivamente problemas de diversas ordens, ou seja, nesse percurso transitório para uma nova organização assistencial, as primeiras ações concretas se deram pela diminuição das internações em hospitais psiquiátricos e pela busca de criar recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar.

Em conseqüência, houve uma intensificação das exigências de comprometimento da família que tem um dos seus membros adoecido, o que modifica significativamente sua trajetória de participação neste processo assistencial. Esse processo traz à tona a emergência da solicitação da participação da família até os dias atuais. (CERVENÝ, 2004, p. 151)

Nesse sentido, defende-se a idéia de que o que se espera da reforma não é apenas a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, mas o respeito à sua subjetividade e dignidade, à sua autonomia e a possibilidade de reintegração do mesmo à família e à sociedade.

A partir das novas propostas, estigmatizar, excluir e recluir os loucos passaram a ser vistas como atitudes absolutamente condenáveis. Contudo, há que se questionar também a responsabilização das famílias, como se elas tivessem a capacidade de resolver as demandas geradas pela convivência e cuidados cotidianos com o doente mental.

Segundo Rosa (2003), o lugar da família no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira é reforçado no âmbito da responsabilidade do provimento de cuidado com o doente mental, apontando-a como a principal encarregada de cuidar, embora deva contar com a parceria e o apoio dos serviços de saúde mental.

Contudo, a partir da revisão da literatura consultada para a produção deste trabalho não encontrei dados suficientes que dessem conta de assegurar que é a criação dos novos modelos de assistência em saúde mental, notadamente os CAPS, que de fato reposiciona o lugar da família como recurso de apoio para intervenção no provimento de cuidado ao portador de transtorno mental. Portanto, essa é uma questão que merece aprofundamento em investigações posteriores.

Rosa (2003), fazendo uma contextualização histórica do posicionamento da família nesse lugar de provimento do cuidado, lembra que a partir dos anos 1970, com a crise fiscal do Estado no Primeiro Mundo, houve uma reorientação das políticas públicas pelo ideário neoliberal, em que a família ganha outra visibilidade naqueles países e no Brasil. Segundo a autora:

Muitas funções no campo social, anteriormente assumidas pelo Estado, são devolvidas e, ao mesmo tempo, outras lhe são exigidas em virtude da reestruturação produtiva e do desemprego estrutural que se instala pela eliminação de vários postos de trabalho. 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, 2003, p.76)

Nesse contexto, as famílias passam a pressionar o Estado pela manutenção e ampliação dos serviços públicos de corte social, destacando-se uma preocupação

com as repercussões das crises no interior do grupo familiar e com os processos de reforma psiquiátrica.

A partir dos anos 1980, sob a influência dos estudos feministas, dos movimentos dos familiares, do marxismo e pelas conseqüências das reformas psiquiátricas norte-americana e italiana, além do ideário neoliberal que postula políticas regressivas de retração da ação estatal em políticas de corte social e retorno do cuidado para o âmbito familiar, a relação da família com o doente mental no cotidiano e nas análises teóricas passa a ser complexificada (ROSA,2003).

Nessa perspectiva, caberá às instituições de saúde mental o cuidado não mais integral, mas agora compartilhado da loucura com os familiares. Nesse momento, caberá aos serviços de saúde mental, orientados pelos princípios antimanicomiais potencializar a mediação entre o doente mental e a família (PITTA, 1996).

Porém, vale ressaltar, que essa mediação não é simples, considerando que o impacto que o transtorno mental provoca, segundo Fausto Neto (1982), afeta sobremaneira o grupo familiar na medida em que atinge a rotina das pessoas, acarreta conseqüências financeiras, promove desgaste emocional e, no limite, termina por também comprometer a saúde mental dos membros desse grupo.

Para Heller (1989, p.17), é no cotidiano, na vida de todo homem, que se realizam muitas das atividades relacionadas ao provimento de cuidado. Este cuidado materializa-se por meio de atividades rotineiras que permitem a perpetuação da vida, possibilitando sua recriação, transformação. O cuidado de um portador de transtorno psíquico, segundo o autor, exige um trabalho complexo que se constrói no ensaio e erro da experiência cotidiana. Nessa construção, os familiares sofrem e aprendem, muitas vezes sem o suporte necessário, sendo exigido dos mesmos um saber e uma prática competentes sobre a matéria que, na maioria dos casos, eles não dominam, mas que o internamento, antes, respondia às demandas de “cuidado total, integral”.

Vasconcelos (2003) pontua que o atual processo de Reforma Psiquiátrica apresenta muitos paradoxos e desafios. A exemplo, os novos serviços de saúde mental ainda não conseguiram desenvolver a sensibilidade necessária, ou mesmo implementar o apoio efetivo e amplo demandado pelas famílias dos usuários frente ao provimento do cuidado cotidiano com a doença mental, centralizando todo o

discurso no problema do internamento e das práticas asilares, perdendo de vista a complexidade da questão.

Contribuindo com essa reflexão, Rodrigues *et al* (2010, p.153), asseveram:

[...] apesar dos avanços obtidos com este novo modelo, a integração da família no projeto terapêutico dos pacientes ainda representa um desafio que, na prática, não se fez acompanhar pela infraestrutura necessária ao cumprimento dos objetivos reabilitadores propostos pela Reforma.

Nesse ponto, cabe destacar que a família muitas vezes é culpabilizada pelos serviços de saúde mental, por não estar prestando a atenção devida ao doente mental como, por exemplo, administrar corretamente a medicação prescrita, conduzi-lo à unidade de saúde diariamente, supervisionar a higiene do paciente, etc.

Os familiares nos Centros de Atenção de Psicossocial (CAPS), a exemplo, são convocados a participar de reuniões rotineiras, que têm como objetivo esclarecer sobre a doença mental e sobre os cuidados na abordagem e convivência cotidiana com um portador de transtorno psíquico. Quando estes não comparecem, são advertidos e responsabilizados por eventuais problemas no decurso do tratamento do familiar que frequenta as atividades do serviço.

Murta *et al* (2008), ao considerar essa responsabilização imputada à família no provimento de cuidados do doente mental chamam a atenção para as dificuldades encontradas por esses familiares que muitas vezes têm limitações no cuidar por conta de um desconhecimento da doença. Além disso, advertem que nem sempre os profissionais de saúde mental são sensíveis a essas tensões vivenciadas sobretudo em contextos de desinstitucionalização que preconizam a necessidade do envolvimento da família no processo de tratamento.

Waidman, corroborando com essas reflexões, ao discutir as relações dos operadores de saúde mental com os familiares dos portadores de transtorno psíquico no contexto da Reforma Psiquiátrica, sugere as seguintes ações:

[...] trabalhar em parceria com a família, respeitando suas necessidades, porque nem sempre as necessidades reais da família são aquelas que o profissional acredita serem; respeitar valores e crenças da família e intervir somente quando estes põem em risco a saúde e vida de um de seus membros; respeitar a individualidade de cada membro da família e ver suas necessidades individuais e a família como um todo; respeitar o

direito da família de querer ou de se recusar a participar do cuidado; compartilhar saberes com a família e não impor conhecimentos [...] (WAIDMAN, 2004, p. 211-212).

Ao que tudo indica, parece haver um campo conflituoso que vem se configurando no cenário da Reforma Psiquiátrica no tocante às relações da família com os novos dispositivos de assistência em saúde mental, como pronunciado na seguinte citação:

O adoecimento psíquico e o processo histórico da reforma psiquiátrica fazem-se entender pelas perspectivas das próprias famílias dos usuários, a dinâmica de como vão elaborando o reconhecimento do transtorno mental, e como se relacionam com diversas formas de intervenção profissional, revela também uma temática mais universal, em que o grande frio e sombrio buraco da sociedade contemporânea, aprofundada em sua crise atual, e escondida abaixo da superfície das relações sociais de maior visibilidade a questão da produção de cuidados sociais na família que não podem prover de si mesmas. (MURTA *et al*, 2008, p.314)

Nesse contexto, o Poder Judiciário tem sido acionado para se posicionar na resolução dos conflitos decorrentes da necessidade de se definir as responsabilidades do cuidado com o doente mental.

Como ilustração, a problemática das relações da família com uma estratégia específica de assistência em saúde mental que é o CAPS, bem como com o Poder Judiciário na definição das responsabilidades de cuidado em relação ao doente mental pode ser verificada a partir de registros constantes nos arquivos do CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia, onde se nota, como descrito no último capítulo dessa dissertação, os impasses decorrentes da solicitação de participação/responsabilização dos familiares na atenção aos seus entes adoecidos psiquicamente. Nesse contexto, passo a indagar se o CAPS não estaria estendendo o seu poder-saber sobre a família e não mais somente sobre o doente, quando interpela o Ministério Público para intervir nas situações em que os familiares estão deixando de se responsabilizar pelo membro com transtorno mental.

Na perspectiva de averiguar como esses conflitos ecoam na realidade local do CAPS III de Alagoinhas, o próximo capítulo é dedicado à análise dos documentos dos arquivos daquela instituição que colaboram no sentido de responder às questões provocadas nesse estudo.

4 FAMÍLIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA: O CONTEXTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL- CAPS III DA CIDADE DE ALAGOINHAS-BAHIA

Neste capítulo, dedicado à análise dos dados encontrados na consulta aos arquivos do CAPS de Alagoinhas, referenciado teoricamente nos dados arrolados nos dois primeiros capítulos e nos critérios apresentados no delineamento metodológico (p. 24 a 26) da introdução deste trabalho, organizei a apresentação da seguinte forma: Transcrevi os documentos, substituindo os nomes reais por nomes fictícios e omitindo dados que poderiam comprometer o sigilo e a confidencialidade das informações. Os documentos estão numerados de um a sete, sendo que os de números um, dois e cinco apresentam como perfil uma solicitação de apoio que o CAPS faz ao Ministério Público no sentido de implicar familiares na responsabilização do cuidado com a pessoa portadora de transtorno mental. Os documentos de números três e quatro dizem respeito a ações de interdição movidas por familiares em relação a parentes com doença mental, envolvendo o Ministério Público e o CAPS para definição do pleito. O documento de número seis diz respeito a uma solicitação de averiguação que o CAPS faz ao Ministério Público de possíveis maus-tratos sofridos por uma usuária do serviço de saúde mental tendo como autores seus próprios familiares. Finalmente, o documento de número sete configura-se como um relatório de atendimento realizado pelo CAPS, a pedido do Ministério Público, contemplando a participação de familiares no processo de tratamento de um usuário portador de transtorno psíquico.

Reitero que a escolha do perfil dos documentos em análise deu-se a partir do objetivo geral desta pesquisa, qual seja, o de compreender os conflitos gerados pelas expectativas dos familiares referentes aos cuidados prestados aos seus parentes em sofrimento psíquico pelo CAPS, bem como a contrapartida familiar esperada pelo serviço na efetivação desse cuidado. Além disso, a escolha busca atender também aos objetivos específicos: Identificar nos discursos produzidos em documentos oficiais o lugar da responsabilização da família no cuidado do seu familiar em relação ao CAPS III, destacar conflitos vivenciados pelos familiares e pela equipe de saúde mental no processo de responsabilização do cuidado frente ao

doente mental e conferir o hiato entre o que reza as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e o que se instaura na dinâmica de funcionamento na assistência em saúde mental.

Saliento que além da transcrição dos documentos, examinei os prontuários dos usuários envolvidos, acrescentando dados que julguei relevantes para melhor compreensão dos casos em questão: idade do paciente, diagnóstico, histórico de internações psiquiátricas, admissão no CAPS, dentre outros.

Seguem os resultados e discussão dos casos.

4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Documento um:

Rosemere da Luz, solteira, nascida em xxxxxx, portadora do RG xxxxxx, residente à rua xxxxxx, filha de João de Deus e Cássia dos Anjos, reside com a senhora Cássia (mãe) e a irmã Francisca da Luz. Possui quatro irmãos: Suzana da Luz, residente à Rua xxxxxx, Jorge da Luz, Helena da Luz, residente à rua xxxxxx, Francisca da Luz, residentes à rua xxxxxx.

A mesma já passou por várias e longas internações em hospitais psiquiátricos como: Colônia Lopes Rodrigues em Feira de Santana, Casa de saúde Ana Néri, Anexo Psiquiátrico de Alagoinhas; e recentemente ficou acolhida neste serviço. A sua primeira admissão no CAPS ocorreu em xxxxxx. Rosemere, apesar de ser uma paciente crônica, necessita de cuidados contínuos, para que possa ter uma vida digna, com qualidade e dentro das suas limitações. Necessita de um tratamento intensivo e com a participação mais efetiva da família. Este fato não ocorre, pois os familiares não têm colaborado, uma vez que vivem em conflitos, interferindo no seu tratamento, pois isto é percebido visivelmente em sua residência. As condições de moradia são precárias, o telhado desabou há bastante tempo, permanecendo a céu aberto e outra parte está por desabar colocando em risco a vida da paciente e da sua mãe idosa que também já não tem estrutura física e nem psicológica para lidar com a situação. A renda da família se compõe de um benefício assistencial (BPC-Benefício de Prestação Continuada) de Rosemere e uma pensão de D. Cássia; e mesmo assim, as condições de moradia são as piores possíveis.

A equipe profissional do CAPS realizou diversas visitas domiciliares, reuniões familiares, acordos para tentar minimizar algumas situações, mas não obtivemos sucesso. Tentamos exaustivamente sensibilizá-los da necessidade de manter a sua frequência ao serviço com a participação da família, mas só comparecem em caso de emergência, quando a paciente apresenta quadro de agressividade ou quando terminam as medicações, e freqüentemente é trazida pelo SAMU. Ressaltamos que a família não segue a prescrição médica corretamente.

Atualmente a paciente faz uso das seguintes medicações: Haloperidol 5mg, Biperideno 2mg, Diazepam 5mg, Levomepromazina 100mg e Risperidona 2mg.

Sugerimos desta Promotoria uma visita a esta residência para constatar os fatos citados, bem como solicitamos apoio no sentido de chamar esta família para que possamos em parceria dar andamento ao tratamento de Rosemere que merece ter uma vida digna e com qualidade.

Ao examinar o prontuário de Rosemere, encontrei os seguintes dados: trata-se de paciente com 49 anos de idade e 29 anos de doença psiquiátrica. Diagnóstico de esquizofrenia com histórico de várias e longas internações em hospitais psiquiátricos, inclusive no extinto Anexo Psiquiátrico de Alagoinhas. No CAPS foi admitida há 07 anos.

Estudou até o primeiro ano do curso de magistério. Tem quatro irmãos, sendo três mulheres e um homem e pais falecidos.

A paciente reside em uma casa, herança dos genitores, de condições muito precárias em companhia da irmã mais nova. A dinâmica familiar é marcada por conflitos nas relações entre esses irmãos que não querem se responsabilizar por Rosemere alegando diversos motivos, dentre eles falta de condições financeiras, problemas de saúde, falta de tempo, etc. Por conta disso, são recorrentes as visitas desses familiares ao CAPS para resolução do problema. Na impossibilidade do acordo, o CAPS convoca o Ministério Público para intervir na mediação do impasse.

Ressalto que não encontrei no CAPS um projeto terapêutico para Rosemere. Foi feito um acordo com os familiares da mesma, respaldado pelo Ministério Público, em que a família foi responsabilizada no sentido de conduzir Rosemere todos os dias ao CAPS a partir das 08 horas da manhã e buscá-la às 17 horas. Rosemere faz as refeições no CAPS, não participa de atividades terapêuticas, ficando a maior parte do tempo a caminhar nas dependências da instituição, fumando ou dormindo.

No relatório, expedido pelo serviço social do CAPS para o Ministério Público, é possível perceber uma denúncia que o serviço de saúde mental faz a um órgão da justiça acerca de uma falta de responsabilização de familiares em relação a uma doente mental. Por outro lado, questiono: quais benefícios o serviço está oferecendo a esta usuária no sentido da conquista dessa vida “digna” e de “qualidade”?

A ausência de um projeto terapêutico singular para Rosemere sugere uma reprodução, agora num contexto psicossocial, daquilo que podia ser assistido no modelo asilar: silenciamento do louco, inexistência de um poder do mesmo sobre seu próprio destino, poder este confiscado pelas instâncias familiares, jurídicas e técnicas na esfera da saúde mental.

Qual seria a diferença da rotina de Rosemere se ela estivesse num hospital psiquiátrico? Não dormir em sua residência? De fato, nessa configuração, o que Rosemere faz ao sair do CAPS é apenas dormir. Portanto, não há trabalho algum de aproximação da paciente com seus familiares. Ela não participa dos programas de lazer dos seus parentes, não visita pessoas, sendo limitada ao percurso CAPS-residência e residência-CAPS, todos os dias, sem outras perspectivas.

Parece que a frequência de Rosemere ao CAPS resolve muito mais um problema de ordem jurídica, por um lado, e de outro, burocrática do serviço de saúde mental, do que as demandas da própria paciente. Nesse interjogo de interesses, em momento algum, contempla-se um espaço para a expressão da usuária quanto aos seus desejos, sonhos, expectativas e de elaboração de um projeto terapêutico com a sua participação. Nesse sentido, indago: Com essa conduta, não estaria o CAPS, em certo sentido, repetindo um modelo manicomial com Rosemere, tendo em vista a sua exclusão como cidadã e, portanto com direitos a expressar, dentro dos seus limites e possibilidades, como qualquer ser humano, o que pretende para sua vida, com quem morar, o que comer e vestir, quando freqüentar o CAPS e participar de tais ou quais atividades?

Contribuindo com reflexões acerca dessa indagação, Sidrim (2010) informa que, à medida que os CAPS foram se constituindo como caminho para a construção de um novo modelo de assistência em saúde mental, havia também uma preocupação de que eles pudessem repetir, em menor escala, a estrutura manicomial, atentando para o fato de que por manicômio não se deve entender apenas o lugar de confinamento, mas, antes de tudo, a forma de pensar a loucura caracterizada por exclusão e segregação social.

Ratificando essas idéias, a autora esclarece:

Desta maneira, podemos repetir o modelo manicomial em qualquer espaço de tratamento. A extinção de hospícios e a criação de rede

descentralizada de assistência à saúde mental não são suficientes para indicar mudanças nesta assistência.

A humanização do atendimento, o aperfeiçoamento de técnicas de manejo dos transtornos mentais e a criação de novos espaços de tratamento são condições essenciais para concretização da reforma, mas,... o que se busca é construção de novo paradigma para loucura, um 'outro lugar social' onde seja garantido espaço da diferença e respeito pela singularidade.(SIDRIM,2010,p.44).

No caso em questão, ênfase que parece não haver, ao menos de modo explícito, uma preocupação das instâncias envolvidas com a singularidade de Rosemere, o seu poder de decidir, pelo menos conjuntamente, participando da construção de um projeto terapêutico.

Além disso, nota-se o exercício de um saber-poder da instituição de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica, atualizando, em certo sentido, a reflexão que Foucault (1996) oferece no tocante ao fato de que no cerne de todas as reformas na psiquiatria, o que está em questão é essencialmente o poder, ora concentrado nas mãos de um ou outro ator social.

Sidrim (2010), ao refletir sobre o tema loucura e poder a partir de uma análise das influências do paradigma médico-psiquiátrico no contexto do trabalho em equipe e na estruturação dos CAPS, tomando como referência a letra de Foucault, afirma:

Compreender o processo de transformação da política assistencial psiquiátrica no Brasil implica, necessariamente, atentar também à discussão sobre como os constitutivos do tripé, discurso-saber-poder psiquiátrico, constituíram-se como o principal produtor de verdade sobre a loucura, mantendo vivo, ainda hoje, esta tripla relação como fundamento essencial do estabelecimento da psiquiatria na sociedade. (SIDRIM, 2010, p.58).

Para Colvero e cols (2004), também seguindo a trilha da reflexão Foucaultiana, a qualificação pelo diagnóstico psiquiátrico do quadro apresentado pelo familiar mobiliza *“um jogo significativo entre o conhecimento institucional (político, administrativo, profissional) e o conhecimento dos grupos sociais (família, comunidade) sobre o processo saúde-doença mental”* (p.204).

No caso em questão, destaca-se o poder que o CAPS exerce de além de atestar o diagnóstico da paciente e acolhê-la em suas dependências, também invadir o espaço familiar. Os operadores da saúde mental, na condição de peritos,

através da visita domiciliar, avaliam as condições da residência da doente, a renda mensal, os conflitos familiares e propõem intervenções no sentido de convocar essa família a dividir responsabilidades no cuidado com Rosemere, sendo que, diante da constatação da resistência da família, o serviço aciona o Ministério Público com o objetivo de garantir que o pleito seja atendido.

Esse documento também confirma o apontado pela literatura (Murta *et al*, 2008; Waidman, 2004), que parece não haver por parte dos profissionais de saúde mental, em determinadas situações, uma sensibilidade para as limitações dessa família no tocante ao cuidado com o doente mental. No caso em foco chama a atenção, por exemplo, o fato da genitora da paciente ser idosa, as condições de moradia serem precárias, fatores estes que dificultam o provimento dos cuidados por parte de familiares que também demandam cuidados.

Documento dois:

Joice Dias, solteira, nascida em xxxxxx, portadora do RG xxxxxx, residente à Rua xxxxxx, filha de Antônio Batista e Ruth Oliveira. A paciente vem apresentando mudança de comportamento há mais ou menos seis meses, humor elevado e está em uso de medicação.

A mesma esteve acolhida nesta unidade em xxxxxx, para tratamento, sendo reincidente em xxxxxx. Uma das normas do CAPS é que o paciente tenha acompanhamento de um familiar o que não ocorreu na primeira internação; realizamos contato com a mãe a senhora Ruth Oliveira que colocou bastante dificuldades em acompanhar a filha; percebemos um ambiente familiar extremamente conturbado, pois não aceitam a doença, não sabem lidar com a situação, fazendo pouco caso, desrespeitando a sua condição. Joice tem duas filhas e está separada do companheiro e não tem intenção de reatar a relação, mas, com tudo isso o ex-companheiro é quem se dispõe a acompanhar a paciente, pois se sente culpado de certa forma, pois era usuário de drogas e agredia muito, maltratava e hoje se coloca a disposição para cuidar, inclusive das filhas que, no momento, estão morando com ele e que por outro lado necessita trabalhar ficando sem condições, pois tem que dar assistência às filhas. Várias vezes chamamos a mãe para conversar, orientar, mas não conseguimos, colocamos a disposição para dar o apoio necessário à família, mas como não obtivemos êxito solicitamos deste Ministério Público apoio no sentido de chamar esta família para dividir responsabilidades para o bem estar da paciente.

Joice, 29 anos, doméstica, estudou até a quinta série do antigo ginásio. Foi admitida no CAPS em 2008 com diagnóstico de transtorno afetivo bipolar e histórico de internação em hospitais psiquiátricos por vários meses.

A genitora nunca aceitou a doença da filha e, por este motivo, sempre a rejeitou. Além disso, Joice por várias vezes sofreu agressão física por parte do companheiro, sendo por este motivo, em diversas ocasiões, acolhida no CAPS em crise.

Quanto ao relatório acima transcrito é possível destacar um dado institucional relevante dos atuais serviços de saúde mental: **“Uma das normas do CAPS é que o paciente tenha acompanhamento de um familiar...”** Esse dado ratifica o argumento já utilizado nesta dissertação, extraído da literatura, sobretudo nos escritos de Vasconcelos (1992), Rosa (2003) e Melman (2008), cuja idéia trata desse processo de responsabilização da família por parte dos serviços de saúde mental a partir das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica. Uma das regras fundamentais para acolhimento do paciente no CAPS é a participação do familiar.

Os referidos autores afirmam que com o processo de desinstitucionalização psiquiátrica e a conseqüente montagem de serviços substitutivos, notadamente os CAPS, a família foi intimada a assumir a responsabilidade pelos seus entes com transtorno mental. A família é então convocada a participar dentro e fora do serviço de saúde do processo de tratamento do doente mental.

Além disso, aparece nesse documento a aliança que o CAPS faz com o Poder Judiciário no sentido de garantir que a família efetivamente assuma a responsabilidade pelo doente mental. Por outro lado, parece que há uma preocupação insuficiente por parte do serviço no tocante ao preparo dos familiares para cuidar do parente nas condições de adoecimento psíquico, apesar de nesse serviço, conforme aparece no cronograma de atividades da instituição, estarem previstas reuniões mensais com grupos de familiares com o objetivo de discutir questões relacionadas ao cuidado do doente mental. Mas, e o cuidado em relação à família? Qual o espaço efetivamente destinado na estratégia CAPS para o acompanhamento terapêutico desses familiares, bem como oferta de suporte para o lidar cotidiano com a realidade do sofrimento psíquico?

Por quais razões o CAPS insiste tanto na responsabilização dos familiares? Não haveria aí, no “inconsciente institucional”, uma transferência de atribuições que denuncia os limites, impossibilidades e sobrecargas na lide com a loucura por parte da instituição de saúde mental? Na fala dos operadores da saúde mental no documento em questão percebe-se que há uma acusação de que a família não sabe

lidar com a situação e, ao mesmo tempo, um julgamento de que a família desrespeita a condição de doente mental da usuária Joice. Em contrapartida, parece que a família espera do serviço uma atenção integral em relação à paciente alegando dificuldades para cuidar dessa pessoa.

Frente a esse impasse e jogo de interesses, chama atenção o fato de que realmente existem dificuldades dos familiares no lidar cotidiano com a doença mental. Enfrentar mudanças de comportamento, elevação do humor, agressividade, etc. parece trazer uma sobrecarga para os familiares-cuidadores que esperam dos serviços de saúde mental uma atenção e apoio mais efetivos.

Nesse sentido, os registros dos casos arrolados nesse estudo sinalizam a necessidade de se construir um olhar diferenciado que atente para uma maior sensibilidade do serviço de saúde mental no tocante às dificuldades dos familiares, como podemos notar na seguinte reflexão de Colvero e cols (2004, p.201):

Diante dos quadros graves de sofrimento mental e de longa duração, como a esquizofrenia, por exemplo, encontramos familiares pessimistas quanto à possibilidade de melhora do familiar doente mental. Para muitos, são tantos os fracassos, recaídas, abandonos de tratamento, que é comum encontramos familiares desmotivados, resistentes e temerosos frente a qualquer proposta de mudança, vindas dos trabalhadores e dos serviços.

Lougon (1993) e Sadigursky (1997), pesquisadores que adotam uma perspectiva crítica ao processo da desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil, entendem que a proposta de retorno do doente mental à família e à comunidade é polêmico e carregado de contradições, tendo em vista a carência de serviços extra-hospitalares na comunidade, a descontinuidade e/ou ausência dos programas de reinserção social do doente mental e a desconsideração dos desgastes a que ficam sujeitos os familiares nem sempre preparados, segundo Sgambati (1983), para assumirem esse encargo.

Nesse ponto, ousa afirmar que ao lado das exigências de que a família se responsabilize pelo portador de transtorno mental, o CAPS não fornece as condições reais de instrumentalização dessa família para fazer frente às demandas de cuidado. Entendo que essa instrumentalização passa pelo suporte terapêutico e pedagógico, no sentido do esclarecimento acerca dos processos do adoecer

psíquico, a fim de que esses familiares tenham maior conforto e segurança na vivência cotidiana dessa responsabilização pelo cuidado com o ente enfermo.

Além disso, nesse jogo de forças, parece que mais uma vez o louco é silenciado em seus anseios, a mercê das determinações das instâncias familiar, jurídica e médica na definição do seu destino. A exemplo, no caso acima relatado, o que diria Joice? Qual o seu desejo? Importa a sua posição? Ela concordará com as determinações dessas instâncias no tocante aos encaminhamentos que serão dados com relação à sua vida, sendo ela excluída, alijada do processo de decisão?

Documento três:

Joana da Silva, nascida em xxxxxx, portadora do RG xxxxxx, CPF xxxxxx residente à Rua xxxxxx, filha de José da Silva e Maria da Silva. Tem seis filhos, porém reside com a filha Cleuza, seu genro e neto. Anteriormente estava morando com a filha Tereza de outro relacionamento num período bastante difícil aonde vinha apresentando quadro de desorientação, isolamento social, dificuldade de socialização, pouca autonomia, baixo grau de independência. Joana já passou por internações no antigo Anexo psiquiátrico do município e desde xxxxxx a mesma vem fazendo acompanhamento psicossocial nesta unidade de saúde mental. Em xxxxxx, com o consentimento de Joana a sua filha Cleuza vendeu a casa onde a usuária morava, levando-a para morar em outra residência comprada com o dinheiro da venda da primeira casa. Joana vem participando ativamente das oficinas oferecidas pelo serviço como: oficina de geração de renda (Velas, culinária, miçangas, costura), grupo de projeto, grupo de mulheres, bazar, atividades externas, que tem proporcionado uma melhor qualidade de vida, um maior grau de autonomia, independência, socialização dentro e fora do serviço. Joana e Cleuza vêm trazendo queixas sobre a sua relação; Cleuza alega que não falta nada a sua mãe e esta por sua vez queixa-se da falta de liberdade, de autonomia e do tratamento que lhe é dado pela filha. No dia xxxxxx, Joana procurou a equipe do serviço bastante preocupada e temerosa informando que faria “uma avaliação no INSS e no fórum” e temendo também perder o benefício. No dia xxxxxx realizamos uma visita a residência das mesmas onde obtivemos a informação pela própria filha que tinha dado entrada ao processo de interdição e a audiência está marcada para dia xxxxxx. Esclarecemos a Joana e a filha sobre as conseqüências de uma interdição na vida civil de uma pessoa. Salientamos que o CAPS realiza todo um trabalho de resgate de autonomia, de ressocialização, independência de inclusão e não concordamos com esta atitude violenta e excludente, sugerida e imposta pela filha. Sugerimos desta Promotoria uma apreciação deste caso, bem como solicitamos apoio no sentido de chamar esta família para que possamos em parceria dar andamento ao tratamento de Joana que merece ter uma vida digna e com qualidade. Colocamo-nos a inteira disposição para quaisquer esclarecimentos.

Coordenação Técnica do CAPS.

Joana tem 63 anos, 40 anos de doença psiquiátrica, diagnóstico compatível com psicose não orgânica não especificada. Histórico de longas e várias internações em hospitais psiquiátricos. Frequenta o CAPS desde o ano de 2005. Vítima de violência doméstica desde criança, pai alcoolista. Estudou até a segunda série primária e exerceu a função de doméstica.

No documento em análise, destaco o papel de “defesa” assumido pelo CAPS em relação a uma usuária no sentido de evitar, segundo o registrado no documento, “atitudes violentas” de uma família que pretende confiscar os seus direitos civis através de uma interdição. Mais uma vez chama a atenção o empoderamento dessa instituição de saúde mental que busca apoio e respaldo em uma instância jurídica para “ditar as regras” de como essa família deve lidar com o doente mental. Por outro lado, vê-se que a família também faz um movimento no sentido de afirmar o seu lugar nas decisões sobre o seu parente enfermo. No caso em questão, o caminho eleito pela filha da usuária foi o da interdição. De novo, o que se revela é um jogo de poderes acontecendo em um espaço considerado por Passos (2008), como um campo regional de práticas de psiquiatria reformada. Ao lado de um discurso baseado em premissas humanistas e antimanicomiais, parece haver uma subliminar disputa pelo controle sobre o doente mental, atualizando a pergunta que norteia o presente estudo: Quem se autoriza ou é autorizado a responsabilizar-se pelo doente mental? A partir de quais condições? Utilizando quais argumentos?

E no campo dessa psiquiatria reformada, retomo o questionamento: Qual o lugar do louco nesse processo? Historicamente o louco foi destituído dos direitos sobre o uso do seu corpo, do seu sexo e de seus bens e hoje? Não continuam as instituições que se autorizam a “cuidar da doença mental” reforçando, de certo modo, o esvaziamento da subjetividade do louco aprisionado em um diagnóstico que orienta as definições das condutas das instituições médica, familiar e judiciária quanto ao seu destino?

Os achados da pesquisa sugerem que o diagnóstico, inclusive, é um dos mais poderosos argumentos para determinar os destinos de um doente mental, conforme já sinalizava Foucault (2001), ao analisar os exames psiquiátricos em matéria penal. Naquele contexto, o autor discutia as relações entre verdade e justiça, afirmando que:

[...] no ponto em que vêm se cruzar a instituição destinada a administrar a justiça, de um lado, e as instituições qualificadas para enunciar a verdade, do outro, sendo mais breve, no ponto em que se encontram o tribunal e o cientista, onde se cruzam a instituição judiciária e o saber médico ou científico em geral, nesse ponto são formulados enunciados que possuem o estatuto de discursos verdadeiros, que detêm efeitos judiciais consideráveis [...] (FOUCAULT, 2001, p.14).

No contexto dos atuais serviços de saúde mental, assiste-se a uma interpelação do CAPS pela Justiça no sentido de que o mesmo ateste, via exame/diagnóstico psiquiátrico, se o portador de transtorno mental é capaz de reger sua pessoa e praticar os atos da vida civil para que seja definida uma ação de interdição.

Vejamos, por exemplo, no próximo documento, que se refere a uma Ação de Interdição movida pela família em relação a uma doente mental, a solicitação que o juiz faz ao coordenador do CAPS:

Documento quatro:

Encaminho a Vossa Senhoria o (a) paciente Francisca Magalhães, brasileira, RG xxxxxx, filha de José Magalhães e Antônia Magalhães, nascida em xxxxxx, residente e domiciliada à rua xxxxxx, nesta, solicitando a Vossa Senhoria as providências necessárias no sentido de designar um perito para realizar exame médico-psiquiátrico na referida paciente, devendo apresentar o laudo no prazo de 20(vinte) dias, a fim de que possa este Juízo, amparado no respectivo laudo, decidir sobre o pedido de interdição da mesma, nos autos acima epigrafados da Ação de INTERDIÇÃO, requerida por Fátima Magalhães.

Outrossim, solicito, ainda, determinar que sejam respondidos os quesitos abaixo formulados

1. É o interditando (a) portador (a) de alguma anomalia psíquica?
2. Em caso afirmativo, que espécie de anomalia possui o (a) interditando (a)?
3. A anomalia psíquica de que é portador (a) o (a) torna incapaz de reger sua pessoa e de praticar os atos da vida civil?
4. É esta incapacidade plena ou relativa?(explicar)
5. Relatório conclusivo acerca da paciente.

Atenciosamente,
Bel. Antônio da Luz
Juiz de Direito Titular.

Esse documento representativo de tantos outros que chegam ao CAPS, no que se refere às ações de interdição, revela a importância que o exame psiquiátrico assume na definição do destino de um portador de transtorno psíquico, bem como

sobre o papel que o familiar deverá assumir após o deferimento de um procedimento dessa natureza.

Novamente parece haver uma centralidade do poder nas mãos do médico psiquiatra, embora num tempo (e este documento data de 2009), de reformas no campo da saúde mental que preconizam a inserção de outras categorias profissionais, dos familiares e, sobretudo do próprio paciente nas definições do cuidado e responsabilidade sobre o mesmo.

Sobre essa questão, Sidrim (2010) considera que ainda prevalece um discurso científico sobre a doença mental baseado na tradição racionalista, nosográfico e prescritivo, centrado na intervenção médica que ocupa um papel hierarquicamente superior, restando às outras modalidades terapêuticas papéis coadjuvantes, como observado na seguinte citação:

A relevância da relação do poder médico com assistência psiquiátrica persiste inclusive nos moldes da Reforma Psiquiátrica atual. Viu-se isto, quando da emissão da Portaria 336, do Ministério da Saúde que, ao evocar necessidade do médico e enfermeiro como categorias profissionais obrigatórias, destina para outras profissões, também pertinentes à assistência para saúde mental, a condição de 'outros profissionais de nível superior'. Desta forma, enfatiza-se que, mesmo na nova proposição assistencial, encontramos refletida a perenidade da lógica organicista da psiquiatria tradicional. Eis uma contradição. (SIDRIM, 2010, p. 58).

No documento em análise, a família pede a interdição ao Poder Judiciário e este, por sua vez, vai se respaldar na perícia psiquiátrica do serviço de saúde mental para deferir ou indeferir o pedido em questão.

Essa solicitação nos remete à obra "Os Anormais" de Michel Foucault, quando ele afirma que desde o século XVIII, institui-se com as disciplinas a formalização de um tipo de poder que funciona graças à formação de um saber, que é para ele tanto um efeito quanto uma condição de exercício.

Na referida obra, Foucault, ao analisar os discursos dos exames periciais psiquiátricos, afirma que os mesmos possuem três propriedades. A primeira é poder determinar uma decisão de justiça que diz respeito à liberdade ou detenção de um homem e, no limite, à vida ou à morte. A segunda propriedade diz respeito à origem desse poder. Esse poder provém da instituição judiciária e do fato de funcionarem

nesta instituição como discursos de verdade, uma vez que têm estatuto científico, sendo formulado por pessoas qualificadas no interior de uma instituição científica. A terceira propriedade é que eles fazem rir. Para o autor:

[...] Discursos que podem matar discursos de verdade e discursos -vocês são prova e testemunhas disso- que fazem rir e que têm o poder institucional de matar são, no fim das contas, numa sociedade como a nossa, discursos que merecem um pouco de atenção... Esses discursos cotidianos de verdade que matam e que fazem rir estão presentes no próprio âmago da nossa instituição judiciária. (FOUCAULT, 2001, p. 8 e 9).

Aqui é o saber-poder médico sendo convocado pelo Poder Judiciário, tendo como principal instrumento o exame, a perícia psiquiátrica para determinação dos destinos de um doente mental no tocante, sobretudo à sua autonomia, posto que uma ação de interdição interfira diretamente nesse aspecto na vida de uma pessoa.

Trazendo a questão do exame psiquiátrico como principal instrumento para essa empreitada, Foucault assevera:

Com o exame, têm-se uma prática que diz respeito aos anormais, que faz intervir certo poder de normalização e que tende, pouco a pouco, por sua força própria, pelos efeitos de junção que ele proporciona entre o médico e o judiciário, a transformar tanto o poder judiciário como o saber psiquiátrico, a se constituir como controle do anormal. (FOUCAULT, 2001, p.52).

Esse jogo de poder, denominado por Foucault de jogo de dupla qualificação médica e judiciária, em que noções médicas passam a funcionar no campo do judiciário, configura uma junção do poder médico com o judiciário, possibilitada pelo exame psiquiátrico que, no contexto atual, em tempos de reformas psiquiátricas, parece continuar respaldando decisões, deferindo ou indeferindo solicitações de familiares, designando responsáveis pela tutela do doente mental, indicando, inclusive, se eles têm condições para assumir esse lugar de cuidado, a partir dos atestados de sanidade mental, etc.

Acrescentaria nesse jogo de poderes, o poder familiar, que se coloca entre o médico e o judiciário de várias maneiras, seja solicitando a interdição, pedindo o internamento, favorecendo ou dificultando a adesão do paciente ao tratamento nas

unidades de saúde mental, etc. Ressalto que esse jogo, que chamo agora de tripla qualificação, uma vez que envolve a tríade serviço de saúde mental-família-justiça é conflituoso, posto que coloca em questão interesses de variada ordem, excluindo, muitas vezes, o doente mental da participação nas decisões que lhes dizem respeito, como foi anteriormente discutido no âmbito desta dissertação.

Parece que na definição das responsabilidades sobre a loucura essas instâncias entram em conflito, num “jogo de empurra”, em que, em determinados momentos, ela é da responsabilidade do CAPS, em outros da família, e na impossibilidade de resolução nesses espaços, acaba se transformando em caso de justiça. Ao que tudo indica, lidar com um portador de transtorno psíquico gera um ônus que revela as limitações dos atores envolvidos no processo do cuidar dessa pessoa. Uma vez definida se a incapacidade do portador de transtorno psíquico é relativa ou plena, a partir do exame psiquiátrico, a grande questão que surge agora diz respeito a quem compete à responsabilidade sobre o mesmo.

Documento cinco:

A Sra. Magda Souza, nascida em xxxxxx, portadora de RG xxxxxx, CPF xxxxxx, residente à Rua xxxxxx, filha de João Souza e Francisca Souza, faz acompanhamento no CAPS desde xxxxxx.

A usuária mora com sua irmã, a Sra. Tânia Souza, a qual é sua curadora. Magda apresenta um quadro de irritação, instabilidade emocional e episódios de agressividade, fato que torna o seu cuidado delicado e que exige uma maior atenção por parte de quem cuida. A usuária passou um período residindo no xxxxxx e devido inadequação do local, foi retirada por sua irmã e novamente voltou a morar em sua companhia.

A Sra. Tânia compareceu a este serviço, solicitando auxílio da equipe, já que seus irmãos não se implicam nos cuidados com Magda, o que vem deixando-a cansada e sobrecarregada. Além disso, informa que apresenta problemas de saúde. Segundo a mesma, já foram feitos pedidos para que todos se dividissem na atenção a mesma, mas nenhum dos seus irmãos se implicou e nem aceitou participar.

Solicitamos deste Ministério Público apoio no sentido de chamar esta família para que se responsabilize no cuidado da usuária que necessita de uma melhor qualidade de vida, com respeito e dignidade.

Segue em anexo os nomes e endereços dos familiares a serem contactados:

Marilda Souza, Tânia Souza, (curadora), Marcos Souza, Mateus Souza e Maurício Souza. Certos do pronto atendimento e da atenção dada por esse órgão a esta situação, colocamo-nos a inteira disposição para quaisquer esclarecimentos.

Magda tem 40 anos de idade, 10 irmãos e genitores falecidos. Proveniente de família pobre. Dois dos seus irmãos também sofrem de transtorno mental. A paciente tem longo histórico de internações psiquiátricas, desde os 18 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia. Foi admitida no CAPS no ano de 2003, sendo até a presente data acompanhada na unidade. Ressalto que em vários momentos de crise a irmã com a qual ela convive recorreu ao CAPS para pedir apoio, sobretudo no sentido de implicar os outros irmãos no cuidado com Magda.

Nesse registro, destaco a questão da sobrecarga do familiar que cuida do doente mental. A literatura aponta, sobretudo a partir dos achados de Melmam (2008), Rosa (2003), Vasconcelos (2002), para o fato de que a presença de uma pessoa com transtorno mental produz impactos importantes nos outros membros da família. Para esses autores, o conceito de sobrecarga familiar (family burden) foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos, quando envolvidos com a função de acompanhar e cuidar dos seus parentes adoecidos.

Os autores supracitados defendem que a identificação do transtorno mental ocorre geralmente através da família pela observação de ruptura com o comportamento convencional do indivíduo e isso provoca uma sobrecarga emocional, gerando tensões acompanhadas por sentimentos de culpa e raiva associados a atitudes de superproteção com o enfermo, gerando uma zona de relações permeada por sentimentos ambivalentes. Além disso,

O transtorno mental também traz para a família a vivência com o estigma, já que é associado à imprevisibilidade de ações e à conduta perigosa. Em decorrência disso, seu portador padece de uma discriminação social que é extensível à sua família. Contraditoriamente, a família, por partilhar os mesmos códigos culturais da sociedade, tem também uma atitude reativa e segregadora em relação ao portador de transtorno mental. Apresenta sentimentos de proteção simultâneos com sentimentos de rejeição, cuja ambiguidade constitui fonte de angústia. Todas as questões que circunscrevem essa patologia manifestam-se nas exigências específicas por cuidados que a enfermidade provoca em virtude da dependência total ou parcial que desencadeia (ROSA,2002, p.271).

Do ponto de vista econômico, as pessoas com sofrimento psíquico, em geral, encontram dificuldades para prover o próprio sustento e isso implica uma situação de dependência em relação à família. No tocante ao aspecto emocional, o estresse,

as vivências de insegurança e instabilidade, os conflitos nas relações, as cobranças do serviço de saúde mental em que aquele parente é atendido geram sobrecarga para esses familiares.

Nesse documento, a familiar declara estar cansada, sobrecarregada, doente e sozinha no cuidado que tem prestar a sua irmã doente mental. O CAPS aciona o Ministério Público para responsabilizar os outros familiares, como em tantos outros casos, mas podemos perceber que algo parece permanecer no campo do invisível, apesar de estar sendo o tempo todo sinalizado: a vivência de sobrecarga dos familiares cuidadores de doentes mentais.

Quanto a essa questão, Jonas Melmam pontua:

O conhecimento desse quadro de sobrecarga por parte dos profissionais de saúde sugere que as intervenções terapêuticas levem em consideração essa realidade. Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas. (MELMAM, 2008, p.80).

De fato, a observação do cotidiano do CAPS sinaliza que as ações dos operadores da saúde mental são muito restritas em relação ao cuidado com os familiares das pessoas com transtornos mentais, posto que se limitam a reuniões pontuais com grupos de familiares, uma ou outra orientação individual, mas falta um projeto de acompanhamento específico e efetivo desses familiares que também adoecem e muitas vezes encontram-se em posição de vulnerabilidade e impotência diante de situações em que têm que lidar com a crise, com a ausência de outras pessoas para o suporte necessário, etc.

Colvero e cols (2004), afirmam que em suas pesquisas, depoentes declaram que a convivência com o familiar doente mental é marcada pela insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações e os familiares assumem sentirem-se sobrecarregados com a relação de extrema dependência material e afetiva e falta de iniciativa apresentada por seus parentes psiquicamente adoecidos.

Além disso, vale ressaltar, seguindo a trilha da reflexão de Melman, que os aspectos objetivos e subjetivos da vivência de sobrecarga pelo familiar são

influenciados pelos valores e representações acerca da doença mental que cada indivíduo possui, decorrentes da sua história de vida, contexto cultural, social e religioso. Esses fatores influenciam de maneira significativa tanto a vivência emocional como as formas de lidar com a loucura na família. Corroborando com essa assertiva, Colvero e colaboradores destacam:

A doença mental ao mesmo tempo em que faz parte da vida cotidiana é um fenômeno psicossocial pouco compreendido e aceito e, de certa maneira temido por eles. Suas falas apresentam julgamentos, pré-juízos, receios, dívidas e fragilidades, face ao que é implicitamente suposto ser um diferente incurável, um fenômeno incontrolável e imprevisível. (COLVERO, *et al*, 2004, p. 203 e 204).

Sobre esse aspecto, Diamantino (2010), afirma que a presença do doente mental na família envolve desgastes e exigências próprias do contato com pessoas transtornadas mentalmente, sobretudo quando os familiares não estão devidamente orientados e apoiados no tratamento da doença. Por conta disso, as famílias ainda buscam o hospital psiquiátrico como solução para os cuidados com o parente enfermo, devido às dificuldades de convívio com o mesmo, ao lado de uma culpabilização em torno da emergência do transtorno psíquico. Segundo o autor, a presença do doente mental no cotidiano doméstico gera uma sobrecarga familiar em que dois movimentos afetivos da família se processam: aceitação e rejeição, expressando a ambivalência que marca o vínculo família-doente mental, como definido na seguinte citação:

A aceitação funda-se em aspectos emocionais específicos da relação com o portador de transtorno mental, tais como senso de dever, ternura, éticas familiares etc. as quais podem ser consideradas forças convergentes ou aglutinadoras. Já na rejeição, considera-se a atuação de forças expulsivas, ou seja, forças que agem sobre os aspectos emocionais e psicossociais da família, tais como vergonha, medo, sensação de perigo, prejuízos materiais, as quais determinam, muitas vezes, a internação do portador de transtorno mental. (DIAMANTINO, 2010, p.60).

Diamantino (2010), a partir dessas considerações, propõe que a contraposição entre forças aglutinadoras e expulsivas e suas conseqüências no vínculo entre a família e o doente mental é atravessada pelas orientações da Lei 10216 que

regulamenta as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, trazendo em seu bojo a re-inserção do doente mental na sociedade a partir do provimento de cuidados na família.

Ainda segundo o autor, as dinâmicas familiares são afetadas pela presença do doente mental nos lares, uma vez que passa a haver uma tensão quanto ao inesperado advento da crise próxima, os prejuízos financeiros, a não aceitação do louco por parte da sua vizinhança no território, a falta de apoio dos serviços substitutivos em saúde no domicílio para prevenção e assistência nas situações de crise. Nesse sentido, o hospital psiquiátrico passa a representar a solução para a convivência com a loucura, sobretudo no que concerne ao controle das situações em que a família se vê impotente e sem apoio dos serviços ditos substitutivos.

Documento Seis

Ilustríssima Senhora

Dr^a Francisca Cruz

M.D. Promotora de Justiça

Em resposta ao ofício xxxxxx, expedido por esta Promotoria Pública, informamos que a Sra. Maurina Dias, nascida em xxxxxx, portadora de RG xxxxxx, CPF xxxxxx, residente à Rua xxxxxx, filha de João Dias e Aparecida Dias, faz acompanhamento no CAPS desde xxxxxx. Neste período Maurina Dias morava com a filha, Sra. Antônia Dias e o genro, Sr. Cláudio Castro. No ano de xxxxxx Maurina Dias passou a residir com outra filha, a Sra. Marta. Naquela ocasião, segundo informações da filha, a paciente consentiu a venda da sua casa para que comprassem um outro imóvel onde ambas passaram a residir.

Desde meados do ano de xxxxxx, Maurina Dias e sua filha trazem freqüentes queixas e alegam dificuldade de convivência. Marta refere que não deixa faltar nada para sua genitora, enquanto a paciente queixa-se do tratamento que lhe é dado pela filha, quando esta, inclusive, ameaça tirar-lhe o benefício, além das atitudes que dificultam a sua autonomia.

Em visita domiciliar realizada pelas psicólogas Márcia e Doralice e pela assistente social Núbia, no dia xxxxxx, a Sra. Marta informou às mesmas ter dado entrada num processo de interdição da sua genitora. Faz-se mister salientar que Maurina Dias, até então, desconhecia este fato e nem mesmo sabia o que significava um ato de interdição, e naquela ocasião foram esclarecidas para ambas as conseqüências que uma interdição acarreta na vida civil de um cidadão. Esta informação, além dos outros problemas supracitados provocaram angústia e ansiedade em Maurina Dias.

No dia xxxxxx do corrente ano fomos procurados pela Sra. Marta que se queixava de ter sido agredida por sua mãe e no dia seguinte Maurina nos procurou informando que Marta é quem havia lhe agredido. Este fato e outros desentendimentos levaram Maurina a sair de sua casa e ir pedir abrigo na residência da Sra. Antônia, onde passou cerca de uma

semana. Segundo informações da Sra. Antônia e do Sr. Cláudio prestaram queixas na Delegacia da Mulher e no Conselho Municipal do Idoso contra a Sra. Marta.

Após esse período, Maurina foi para casa da sua irmã Lurdinha onde permaneceu por cerca de 20 dias até que seu filho Carlos, residente em xxxxxx, veio buscá-la para morar naquela cidade, onde permaneceu por apenas cinco dias.

Os familiares informam também que o cartão do benefício de Maurina estava em poder da Sra. Marta e que, segundo os mesmos e a própria Maurina confirma, a Sra. Marta não vinha utilizando este recurso financeiro de forma adequada em prol da sua genitora. O cartão foi entregue ao filho Carlos, no entanto o benefício do mês anterior não foi repassado para Maurina.

Hoje, xxxxxx, Maurina foi trazida ao CAPS pelos filhos Antonia e Carlos em franco quadro de desorientação, mudança de humor, chorosa e com idéias delirantes.

A equipe avalia que Maurina vinha apresentando melhora do quadro, fazendo uso regular de HALDOL 05mg, FENERGAN 25mg, DEPAKENE 500mg, DIAZEPAN 05mg, cursava com maior autonomia e independência, participava regularmente das atividades oferecidas pelo serviço, estava inscrita nas oficinas de geração de renda (velas, culinária, miçangas e costura), grupos terapêuticos (de projeto, de mulheres), além de atividades externas, sempre com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida. Contudo os fatos relatados anteriormente, protagonizados pela família, provocaram a mudança no seu quadro psíquico, potencializando o sofrimento da Sra Maurina.

Certos do pronto atendimento e da atenção dada por esse órgão a esta situação, colocamo-nos a inteira disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Beatriz Silva

Assistente Social

Dona Maurina é uma usuária do CAPS com 65 anos, viúva e tem sete filhos. Apresenta diagnóstico de esquizofrenia e convive com a doença há aproximadamente 40 anos, tendo histórico de recorrentes internações no antigo Anexo Psiquiátrico de Alagoinhas, segundo informações colhidas no prontuário.

No convívio familiar há vários registros de maus-tratos contra Maurina tanto na Delegacia da Mulher, quanto no Conselho do Idoso e no próprio CAPS. Por outro lado, há queixas de familiares que declaram sofrer agressões com autoria de Maurina.

Maurina foi admitida no CAPS no ano de 2003. No seu projeto terapêutico consta a indicação para participação nas oficinas de corte, costura e pintura, tendo em vista a sua habilidade nessas áreas e, além disso, sessões de psicoterapia

individual. Na solicitação feita pelo CAPS e endereçada ao Ministério Público, algumas considerações merecem destaque. Primeira: o conflito estabelecido entre o familiar-cuidador e o doente mental. No caso em questão tanto Marta quanto Maurina afirmam que a convivência é difícil, havendo uma troca de acusações de maus-tratos por parte de ambas, configurando, assim, a idéia de que a convivência com o transtorno psíquico na maioria dos casos se apresenta como bastante complexa. Segunda: o conflito estabelecido entre os próprios familiares na definição de responsabilidades sobre Maurina que peregrina de casa em casa de parentes que possam lhe oferecer maior conforto e segurança, defendendo os seus direitos. A terceira consideração diz respeito à questão do benefício, sempre presente nas ações de interdição. No caso exposto, a filha Marta aproveita-se da condição de doente mental da genitora para usufruir o benefício destinado à mesma sob a alegação de ser sua principal “cuidadora”, exercendo, portanto, sobre Maurina, um poder de tutela. Essa situação é denunciada pelos demais familiares que acusam Marta da autoria dos maus-tratos, bem como do uso indevido do benefício destinado às necessidades de Maurina. A quarta consideração refere-se ao lugar que o CAPS assume nesse “fogo cruzado”, bem como na definição de encaminhamentos para resolução dos impasses em questão. No documento em análise, podemos verificar que o CAPS assume o lugar daquele que se coloca em defesa do doente mental e no ataque frente aos familiares como verificamos no seguinte trecho: **“Contudo os fatos relatados anteriormente, protagonizados pela família, provocaram a mudança no seu quadro psíquico, potencializando o sofrimento da Sra Maurina”**. Essa fala dos operadores da saúde mental que emitiram o relatório revela a culpabilização imposta aos familiares pelo desencadeamento e potencialização da crise de Maurina. Por outro lado, nota-se a ausência de uma reflexão acerca da “crise” desses familiares obrigados a se responsabilizarem pelo parente enfermo.

Segundo Melman (2008), as narrativas das histórias de vida de muitos familiares de pessoas que apresentam transtornos psíquicos, evidenciam marcas de sofrimento, insegurança e culpa e de que muitos profissionais da saúde mental acabam contribuindo para situar a família nesse difícil e espinhoso lugar daqueles que têm a responsabilidade sobre o doente mental e precisam cuidar deles a despeito de quaisquer que sejam as circunstâncias, ainda que as mais adversas,

como por exemplo, aquelas em que eles também necessitam dos cuidados em saúde mental.

O autor considera que essa postura dos operadores da saúde mental no atual contexto da Reforma Psiquiátrica articula-se com o papel histórico-social que a família assumiu na moderna sociedade ocidental. Segundo ele, o fechamento da família nuclear sobre si mesma, associado à intensificação e à idealização das relações familiares, tem estreita articulação com os processos de culpabilização dos membros de uma família, como podemos aferir na seguinte citação:

Nossa sociedade atribuiu grande importância à família. Lugar dos afetos, dos sentimentos e do amor. Foco mais ativo da sexualidade, a família moderna tem procurado sem cessar respostas para suas questões e contradições. A família tornou-se muito especial, instrumento decisivo para o funcionamento social, responsabilizando-se quase integralmente pela educação, desenvolvimento e formação das crianças, pela felicidade e bem-estar das pessoas. Nesse sentido, se a família é tão relevante, se a família é tudo ou quase tudo, ela também torna-se responsável por tudo que possa suceder aos seus membros. (MELMAN, 2008, p.141 e 142).

Essas reflexões me levam a inferir que, se por um lado a Reforma Psiquiátrica combate o modelo hospitalocêntrico de assistência em saúde mental, por outro, corre o risco de enfatizar um modelo *familiocêntrico* de cuidados à pessoa com sofrimento psíquico. Defino aqui modelo *familiocêntrico*, como o conjunto das propostas e práticas no universo da psiquiatria reformada que deposita na família toda a responsabilidade sobre doença mental, desde a sua eclosão em um dos seus membros até a conseqüente responsabilização pelo cuidado do ente adoecido psicologicamente. Entendo que essa proposta cai novamente num reducionismo, tendo em vista o fato de que a assistência em saúde mental exige olhares, saberes, discursos e práticas mais amplos, que devem estar interconectados, envolvendo diversos processos e atores sociais, políticas públicas de saúde, educação, bem-estar social, dentre outros aspectos que não podem se limitar a um debate sobre se a responsabilidade com o doente mental deve ser da família ou da instituição de saúde mental.

Certo estado da arte que possibilita a compreensão desse modelo aqui denominado de *familiocêntrico*, como Rocha (2006) por exemplo, entabula uma discussão acerca das relações família e loucura tomando como referência a letra de

Foucault. No referido trabalho, a pesquisadora lembra que já ao final do século XVIII a família ocupava um lugar de destaque no cuidado com o louco, pois representava um papel decisivo na organização das relações entre loucura e razão, tendo em vista o fato de a mesma ser a detentora de dispositivos que regulavam a conduta moral dos indivíduos na sociedade. O Estado, com os mecanismos jurídicos que lhes eram próprios, se colocava como sustentáculo da família nas decisões que necessitavam da coerção das leis. A família, por exemplo, encaminhava o louco para o internamento, disponibilizando-o ao saber médico que tinha a responsabilidade de trazê-lo de volta à razão.

Para a autora:

As referências foucaultianas à família na *História da Loucura* mostram a importância que essa instituição tem na constituição da subjetividade do indivíduo. Tais referências indicam como a família age em circunstâncias dadas e contextos específicos, como aqueles apresentados no decorrer das épocas, estudados na obra que revolucionou o pensamento construído até então sobre a psiquiatria, em sua relação com a loucura.

O cenário está posto: século XVIII, Era Moderna, Classicismo: ali, novas relações se instauram entre o amor e o Desatino. Verifica-se que o amor racional e o amor desatinado se precipitam sobre a homossexualidade, mais um dos estratos que consubstanciam a loucura. Nessa época, a polícia era investida de poderes para efetuar o internamento dos desatinados, contanto que o fosse solicitado pela família, ao perceber que seus interesses estavam comprometidos, a exemplo do risco de dispersão do patrimônio por um dos seus membros. A moral da família confisca a ética sexual e o amor é dessacralizado em função do contrato que passará doravante a prevalecer diante da moral burguesa. A devassidão, o casamento vergonhoso, a prodigalidade são motivos de internamento e significam uma nova ordem na moral da instituição familiar. (ROCHA, 2006, p.34).

Desse modo, estabelecia-se uma aliança entre o médico e a família do louco, num contexto asilar, destacando-se aí o poder familiar como central na definição dos destinos do considerado louco (de acordo, é claro, com as conveniências e prescrições da moral familiar vigente). Destaco nessa relação, um fato que insiste em se repetir: a exclusão do louco. Tanto no modelo asilar, quanto no *familiocêntrico* ou numa espécie de híbrido desses modelos, a partir de alianças/parcerias estabelecidas entre o poder médico e o poder familiar, que vão se alternando na história do tratamento da loucura, o silenciamento do louco permanece.

Essa discussão remete, agora, num contexto contemporâneo, a uma diferenciação realizada por Amarante (2007) acerca dos modelos denominados asilar e psicossocial na assistência em saúde mental. Segundo o autor, o modelo asilar caracteriza-se por estar centrado na doença e no enclausuramento do indivíduo, obstruindo-lhes os seus projetos de vida, expressões e sentimentos. Nesse modelo *“a terapêutica deve ser função dos técnicos e dos tratamentos nos locais destinados a este fim (que nem por isso são terapêuticos de per se)”* (p.90). Nesse modelo recorre-se muito às medicações sedativas, contenções ao leito, isolamento. Ao contrário, no modelo psicossocial, a proposta é de lidar com a família, com as pessoas em crise, com a vizinhança, com os atores sociais no território em que vivem. Sobre esse modelo, Amarante assim se pronuncia:

Em atenção psicossocial se usa a expressão ‘responsabilizar-se’ pelas pessoas que estão sendo cuidadas. A psiquiatria se refere à relação médico-paciente, mas na verdade o que ela estabelece é uma relação médico-doença. Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relação entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam-médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros atores que são evidenciados nesse processo social complexo-com sujeitos que vivenciam as problemáticas-os usuários e familiares e outros atores sociais [...] (AMARANTE, 2007, p.82).

Portanto, considero que a atenção psicossocial distancia-se tanto do modelo hospitalocêntrico, centrado no asilo, quanto do modelo familiarocêntrico, que responsabiliza totalmente a família pelo cuidado com o portador de transtorno psíquico, uma vez que pensa a saúde mental a partir de estratégias que perpassam por vários setores sociais, articulando diversos recursos existentes no território (Ministério Público, Previdência Social, Delegacias, Igrejas, Secretarias de Esporte, Lazer, Ação Social, Saúde, Educação, Cultura, etc). Além disso, e, principalmente, envolve os atores do processo: usuários, familiares, operadores da saúde mental e comunidade na elaboração de projetos construídos coletivamente tendo como foco a promoção à saúde mental não só do diagnosticado portador de transtorno psíquico, mas também dos cuidadores e todos aqueles de alguma maneira implicados no processo.

Documento sete

AO MINISTÉRIO PÚBLICO
Dr^a ROSA OLIVEIRA
M.D. PROMOTORA DE JUSTIÇA.

Senhora Promotora,

Conforme solicitado por vossa senhoria, segue relatório de atendimento do senhor João Assis:

O senhor João Assis chegou nesta unidade no dia xxxxxx encaminhado pelo Hospital Geral xxxxxx, onde se encontrava internado desde o dia anterior, por apresentar quadro de agitação psicomotora e não adesão a tratamento medicamentoso. Chegando ao CAPS, foi avaliado pela psiquiatra do Serviço, Dr^a Angélica Rios, que o manteve acolhido na unidade para um acompanhamento mais efetivo, junto à equipe multidisciplinar, garantindo, desse modo, a realização dos procedimentos terapêuticos.

A família do usuário mostrou-se resistente ao acolhimento, posto que seria necessária a presença de um acompanhante durante o período em que Pedro estivesse acolhido. Diante das justificativas dos familiares (domésticas, profissionais, dentre outras.), foi informado aos mesmos que, como unidade de saúde, o CAPS forneceria atestado de acompanhamento e que os familiares poderiam alternar horários, já que a presença da família é de fundamental importância no tratamento do paciente.

O usuário ficou acolhido no período de xxxxxx a xxxxxx, sendo, posteriormente acompanhado à sua residência por técnicos do serviço, com a finalidade de passar o final de semana em seu lar, sob a responsabilidade de seus familiares, com as medicações a serem utilizadas e com orientação de retorno na segunda-feira (xxxxxx), para passar a freqüentar o CAPS durante o dia.

Retornando na segunda-feira, dia xxxxxx, o paciente compareceu acompanhado por familiares, informando que o mesmo passou o final de semana agressivo e agitado. Nesse momento, foi avaliado pela Dr^a Angélica Ramos que solicitou um novo acolhimento e o paciente permaneceu na unidade até o dia xxxxxx.

Em seguida, o paciente recebeu alta, foi encaminhado para casa com medicações, sendo realizado agendamento da próxima consulta e com orientação para freqüentar o CAPS durante o dia, retornando para sua residência e convívio com familiares no final da tarde. A coordenação viabilizou, inclusive, transporte da Prefeitura a fim de garantir a freqüência do paciente no serviço para realização do tratamento.

Durante todo o tempo a família mostrou a intenção de interná-lo em hospital psiquiátrico. A equipe, porém, discorda de tal atitude, tendo em vista o fato de que o mesmo, ao frequentar o CAPS, na utilização adequada da medicação, fica estável, calmo e aderindo ao tratamento.

Atenciosamente,

Coordenação do CAPS

João Assis tem 43 anos de idade, é solteiro, cursou até a segunda série do primário, tem 06 irmãos, sendo que as duas irmãs mais novas também sofrem de transtorno mental. Tem diagnóstico compatível com psicose não orgânica não

especificada, bem como histórico de várias internações em hospitais psiquiátricos. Reside com sua genitora e as duas irmãs com problemas mentais.

Foi admitido no CAPS no ano de 2008, com quadro de desorientação, agitação psicomotora, heteroagressividade, delírios e alucinações auditivas, conforme o descrito em seu prontuário.

O documento acima transcrito revela uma importante questão aqui recortada, extraída do cerne da Reforma Psiquiátrica e dos seus serviços substitutivos, qual seja, a intimação da família para participação no tratamento do doente mental, condição imposta como parte integrante das normas e rotinas dos modelos novos de serviços em saúde mental. A exemplo, o CAPS III da cidade de Alagoinhas exige a presença do familiar para acolhimento noturno do paciente, como consta no Procedimento Operacional Padrão-POP daquela instituição (Anexo VI). No caso em questão, a família solicita o internamento do familiar porque no hospital psiquiátrico, diferentemente dos CAPS, não há a exigência da participação efetiva do familiar.

Os operadores da saúde mental insistem em afirmar que o espaço doméstico é fundamental para o tratamento da pessoa em sofrimento psíquico e que o serviço está ali para dar o suporte necessário, preferencialmente durante o dia e, em casos excepcionais, também durante a noite, desde que haja a garantia da presença do familiar para acompanhar o seu parente em crise.

No modelo da internação hospitalar psiquiátrica tradicional não se estabelecia um limite de tempo para o paciente ficar sob a custódia da instituição, nem era exigida a participação integral dos familiares. No modelo de um CAPS III, ao contrário, por força de legislação (Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), institui-se que a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 7 (sete) dias corridos ou 10(dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias. Além disso, o CAPS III exige a presença do familiar para acompanhamento nessas situações.

Pesquisas realizadas por Tsu (1993) sugerem que a família busca convencer os profissionais de saúde mental a internar e, em muitas situações, a prolongar o tempo de internação, justificando essa necessidade com o argumento dos riscos impostos pelo portador de transtorno mental à integridade física de outras pessoas e a ameaça que o mesmo constitui aos bens e ao patrimônio familiar. Para o autor, no

discurso familiar dirigido aos trabalhadores em saúde mental, o portador de transtorno mental aparece como uma ameaça de agressão física e material.

Estudos de Azevedo e cols (2003, p.181) revelam que

[...] a família age, muitas vezes, de forma a ignorar, negar ou mesmo esquecer o sujeito 'causador do transtorno familiar', excluindo-o ou internando-o em hospitais distantes de sua residência, deixando a outros seus cuidados, isentando-se às vezes, até mesmo de visita ou qualquer outro tipo de contato.

No contexto do CAPS III, na definição de responsabilidades frente à pessoa em sofrimento psíquico, a família entende que a instituição deve oferecer cuidados intensivos e a instituição considera que os cuidados devem ser compartilhados. Vale ressaltar que quando a situação não se resolve no diálogo estabelecido entre essas duas instâncias, convoca-se o Poder Judiciário para determinar as competências e responsabilidades do cuidado com o doente mental.

No caso em questão, o Ministério Público ao ser acionado pelo CAPS convocou os familiares e a equipe técnica do serviço de saúde mental e formulou a seguinte decisão: João deve frequentar o CAPS todos os dias e os familiares devem se responsabilizar no sentido de garantir essa frequência. À noite ele deverá voltar para sua residência. E assim está sendo feito. João rotineiramente vai ao CAPS, chegando às 07 horas da manhã e saindo às 20 horas, pois esta é a hora que o irmão pode ir buscá-lo, por conta das suas atividades no trabalho.

E João? Novamente lembro aqui a ausência do doente mental na definição da sua própria vida. Também nesse caso, em momento algum João foi consultado sobre as decisões que estavam sendo formuladas sobre o seu destino.

Em registros encontrados no prontuário parece que a equipe técnica do CAPS começa agora a desenhar um projeto terapêutico singular para João, incluindo uma preocupação com a vida do mesmo no extra-muros do CAPS.

Porém, ainda questiono: e a participação de João nesse projeto terapêutico? Na análise da intersecção família e reforma psiquiátrica, qual o lugar ocupado pelo usuário dos novos serviços de assistência em saúde mental na construção da sua autonomia, uma vez que a grande crítica ao modelo asilar reside na constatação de

que o mesmo destituía o louco do poder de decidir, de cuidar de si mesmo, governar seu corpo, sua sexualidade, seus anseios?

No contexto da reforma psiquiátrica, em tempos de desinstitucionalização, essa autonomia tem sido garantida?

Amarante (2007), ao refletir sobre os avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira, afirma que muitas estratégias e dispositivos vêm contribuindo para a configuração de um novo quadro na assistência em saúde mental no país: aprovação de leis estaduais de reforma psiquiátrica, a Lei 10.216/01, a importante atuação do Ministério Público, a participação de familiares, a crítica à violência produzida pelo hospital psiquiátrico e pela medicalização, a redução de leitos hospitalares e a ampliação de serviços de atenção psicossocial, de estratégias de centros de convivência, residencialidade, projetos de inclusão pelo trabalho, etc. Porém, inspirado pelo pensamento basagliano, o autor adverte, que o modelo asilar, hospitalocêntrico, continua presente ainda que maquiado, atualizado, modificado, todas as vezes em que haja limitação da cidadania, liberdade e autonomia do doente mental.

Sobre essa questão, Sidrim (2010) entende que a tão difundida reabilitação psicossocial proposta nas diretrizes da reforma psiquiátrica, somente se efetiva ao resgatar a fala do usuário como cidadão e por em questão o seu status incapacitante, possibilitando sua inscrição numa ordem na qual os direitos civis, políticos e sociais lhes sejam restituídos. Isso significa: circular nos espaços da cidade, participar da construção do seu projeto terapêutico singular no serviço de saúde mental ao qual, porventura, esteja vinculado, ter acesso e produzir no espaço da cultura, exercer direitos políticos.

No caso em análise, parece não haver preocupação alguma com esses aspectos cruciais para a vida de João que se encontra a mercê das determinações que circulam entre a família, o CAPS e o Ministério Público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das notas históricas apresentadas por Foucault, entendo que a relação família e asilo não foi construída de forma linear ao longo do tempo. Sofreu oscilações e atendeu a determinantes sócio-histórico-culturais e econômicos que foram posicionando a família ora como desnecessária e até mesmo maléfica para o tratamento do doente mental, ora como coadjuvante e parceira do asilo na abordagem terapêutica do familiar adoecido psiquicamente.

Passos (2008), ao trazer contribuições foucaultianas para o entendimento dessa relação na contemporaneidade, sugere que a psiquiatria como saber que irá se apoderar dos espaços asilar, familiar e da própria loucura, constitui-se em uma prática social vinculada a razões econômicas e políticas que vai consolidando paulatinamente discursos sobre as bases em que a relação família e asilo deve se estabelecer para promover a cura do doente mental.

Tudo isso remete a uma atualização dessa aproximação da família com o asilo na fase descrita por Foucault como “familiarização do asilo”. Porém, no contexto contemporâneo, em um asilo reformado, atualizado e pensado a partir de olhares e práticas consideradas antimanicomiais. Nesse ponto, suponho que a estrutura asilar/manicomial permanece apesar das novas propostas da Reforma Psiquiátrica. Parece uma visão pessimista, mas o que observo na atualidade, em certos contextos, são serviços híbridos que ao tempo em que propõem mudanças na lógica da assistência ao doente mental, conservam resquícios do modelo asilar, quais sejam: tutela do paciente, relação com o Judiciário baseada na instrumentalização do mesmo, a partir do diagnóstico, para intervenções na vida do indivíduo e da sua família, ainda que baseados na idéia da melhoria da qualidade de vida das pessoas como verificado nos documentos do CAPS III de Alagoinhas triados na presente pesquisa. Vale ressaltar que não analisei nesse trabalho as intenções, mas antes, os mecanismos, as contradições no funcionamento das instituições ditas substitutivas ao hospital psiquiátrico e os processos que aproximam essas atuais estratégias de atenção psicossocial do tão criticado modelo asilar.

A partir das peças documentais analisadas neste trabalho, os dados ainda sugerem que em tempos de Reforma Psiquiátrica, notadamente nos Centros de

Atenção Psicossocial, também se legitimam discursos amparados nos saberes psi, que ditam o lugar que a família deve ocupar frente à responsabilização do cuidado com o doente mental e a promoção da sua cura. O Poder Judiciário também se nutre desses saberes para determinar o papel do CAPS e da família no tocante ao cuidado com o doente mental.

De certo modo, contrariando essa suspeição, Passos (2008), acredita e nutre a esperança de que experiências de Reforma Psiquiátrica têm apontado para uma abertura da psiquiatria no sentido de uma reconstrução de sua prática e de seu saber em conjunto com pacientes, familiares e profissionais de saúde. No entanto, os resultados do presente estudo sugerem que os doentes mentais, tendem ainda a ficar à margem nos processos de decisões no universo da saúde mental, não obstante todos os avanços no sentido da garantia de participação dessas instâncias a partir das Associações de familiares e usuários, das Conferências de Saúde Mental, etc.

Como tentei demonstrar nesta dissertação, historicamente, a responsabilização com a doença mental foi em determinados momentos atribuída ao asilo e, em outros à família, configurando um campo de conflitos nas definições do cuidado com a loucura, sendo que o portador de transtorno psíquico sempre ficou à margem do processo.

As referências trazidas por Foucault auxiliam no sentido de compreender o tensionamento histórico das relações asilo e família no processo de responsabilização frente ao doente mental a partir de diferentes estratégias, como, por exemplo, os procedimentos de interdição e internamento.

Nesse particular, penso que os novos dispositivos de assistência em saúde mental, notadamente os CAPS se diferenciam desse momento da psiquiatrização por propor a participação da família no processo de tratamento. Porém, o que o presente estudo questiona, amparado nos resultados obtidos na pesquisa documental, é se de fato a família encontra-se preparada para dar suporte a esse tratamento. Por outro lado, parece que os CAPS tendem a conservar traços característicos do asilo protopsiquiátrico na medida em que também nesse espaço os usuários são inspecionados, não escapando do olhar médico, ainda hierarquicamente superior, e dos técnicos operadores da saúde mental, além da

supervisão da família. Oficinas são organizadas com rotinas bem definidas para que esse paciente se mantenha ocupado, sem distrações, há uma exigência de que horários sejam cumpridos e tudo isso sustentado pelo discurso da reabilitação psicossocial que propõe a “preparação” do usuário para a convivência em sociedade.

Izabel Passos (2008) ratifica essa desconfiança com a seguinte assertiva:

[...] como já dizia Franco Basaglia, não basta liquidar com os muros físicos da instituição, quando outros muros mentais ou, em uma linguagem mais foucaultiana, novos poderes biotecnocráticos, psiquiatrizantes e psicologizantes, insinuam-se ou, francamente, se impõem, no espaço social aberto ao controle, via expertise e medicalização maciça, em um progressivo domínio claro do biopoder. (PASSOS, 2008, p.64)

Acredito, a partir dessas reflexões que se mudam cenários, contextos, mas essencialmente permanece o controle, dentro de novos dispositivos de atenção em saúde mental, como os CAPS, que também via expertise dos operadores da saúde mental, determinam o que é estar louco e como tratar dessa loucura, quem está autorizado a falar sobre essa loucura e como deve se processar a participação da família nessa empreitada de cuidado e responsabilização com o louco.

Coloco essa questão, tendo em vista o fato de que no contexto dessas experiências de reformas psiquiátricas todo um discurso tem sido construído ao lado de um conjunto de práticas nos atuais serviços de saúde mental, na perspectiva de empoderar e de trazer a família para participar do tratamento do doente mental, como indicador de superação do modelo asilar do tratamento, ao tempo em que também os serviços invadem o espaço familiar, legitimados pelo Poder Judiciário no sentido de prescrever as formas “adequadas” e desejáveis, conforme as prerrogativas do Movimento da Reforma Psiquiátrica, de cuidado com o doente mental.

Ao que tudo indica, seguindo a trilha da reflexão Foucaultiana, o que permanece em jogo é a questão do poder, fundamental para pensar a problemática posicionada neste estudo, qual seja: De quem é a responsabilidade sobre o louco? Ou melhor: a quem deve ser outorgado o poder de cuidar da loucura, a partir de quais critérios e em quais circunstâncias? A responsabilidade/poder é da família, dos serviços de saúde mental, da interação entre ambos? Qual o sentido da presença do

judiciário nesta relação? Por que o doente mental continua sendo excluído nesse processo?

No balanço que a letra de Foucault permite realizar, parece que há um interjogo de poderes na definição de responsabilidades com o doente mental, sendo que o mesmo permanece como mero expectador das decisões das instâncias que alternam, por variadas razões, o protagonismo no tocante à tutela do mesmo. O doente mental continua destituído do poder de participar de um projeto de vida para ele mesmo, com as suas singularidades, sonhos e afetos. A família, o serviço de saúde mental e, quando convocado, o Poder Judiciário, continuam definindo, sob a égide de um diagnóstico psiquiátrico, os destinos do doente mental, silenciando-o, excluindo-o da condição, de, ao menos, com seus limites e possibilidades, construir conjuntamente um projeto terapêutico. A subjetividade do doente mental não é levada em consideração na definição desse cuidado, sendo ele o alvo principal, porém mais uma vez silenciado pelos operadores da saúde mental, do direito e pelos familiares que têm o poder de definir seu destino. A definição da responsabilidade sobre o louco termina, portanto, se delineando num jogo complexo de poderes via expertise técnica em saúde mental e judiciária, sendo o doente mental excluído do processo de decisão sobre o seu corpo, sua moradia, sua sexualidade, suas preferências.

Os achados desta pesquisa corroboram também com a reflexão de Rosa (2003, p.346), ao propor que apesar da família poder constituir um espaço significativo de relações afetivas e, na realidade brasileira, ser “*a principal balizadora das relações sociais e de referência identitária*”, ela encontra-se em crise com o cuidar do familiar portador de transtorno mental quer seja pela sobrecarga, pelas condições de vida da família, pelos sentimentos de impotência, pelas características inerentes a este ou aquele diagnóstico psiquiátrico ou, de outro lado, pelas novas diretrizes de atenção em saúde mental que reduzem o papel do Estado no tocante ao cuidado com o portador de transtorno psíquico, convocando os familiares, quase nunca preparados a assumirem a responsabilidade por este cuidado. A família tem expectativas de que o CAPS dedique apoio mais efetivo aos usuários, devido, sobretudo, à sobrecarga a que eles estão cotidianamente submetidos em razão do adoecimento psíquico no âmbito doméstico.

O estudo dos discursos favoráveis e contrários à desinstitucionalização no âmbito da Reforma Psiquiátrica, orientada por uma Luta Antimanicomial, provoca uma reflexão sobre a necessidade de se evitar reducionismos na discussão sobre o cuidado com o doente mental. O Estado não deve reduzir toda a responsabilidade de cuidado com o doente mental à família, posto que também ela necessita de suporte e apresenta diversas limitações na execução dessa tarefa. Por outro lado, a família não deve atribuir ao Estado uma responsabilidade que precisa ser compartilhada, considerando, inclusive, que a participação dos familiares é fundamental na abordagem terapêutica dos transtornos psíquicos.

Os serviços substitutivos devem ser ampliados e contemplar em suas dinâmicas de assistência o cuidado com os familiares no sentido, inclusive, de instrumentalizá-los para a compreensão do processo do adoecer psíquico, do papel das instituições de saúde mental nesse contexto e das formas adequadas de abordagem e manejo nas situações de crise.

O CAPS, como modelo estratégico de proposição de novas abordagens na assistência em saúde mental, deve potencializar a mediação dos usuários com os familiares, o Poder Judiciário, o Estado, os operadores de saúde mental e a comunidade no sentido de garantir uma atenção psicossocial compartilhada, em rede, que não esquizofrenize a responsabilidade no tocante ao cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico.

A realidade do CAPS III da cidade de Alagoinhas, a partir da análise de documentos constantes em seus arquivos, permitiu verificar um campo conflituoso envolvendo a família, a instituição de saúde mental e Ministério Público na definição das responsabilidades com o doente mental. O CAPS procura a todo tempo implicar a família no tratamento e, por outro lado, os familiares esperam que o serviço assumira uma responsabilidade maior nesse cuidado, incluindo maior permanência do usuário no serviço e menor exigência da presença do familiar, sobretudo nos momentos de crise, revelando, assim, que as expectativas dos familiares não são completamente atendidas por esse modelo considerado substitutivo ao hospital psiquiátrico. Nos impasses, entra em cena o Ministério Público para intervir e determinar como deverá se proceder à responsabilização do cuidado com o portador de transtorno psíquico e, este, continua marginal, como no modelo asilar, na definição do seu próprio destino e projeto de vida.

O conjunto das análises dos documentos investigados nesse estudo acena para uma compreensão de que a intersecção família e reforma psiquiátrica no contexto do CAPS de Alagoinhas é também marcado, como se observa em nível nacional, por dificuldades no que se refere à definição de responsabilidades do cuidado com os portadores de transtorno psíquico. Nesse cenário, tanto o CAPS tem legitimado suas intervenções na família, amparado pelo Poder Judiciário, quanto este também se nutre do serviço de saúde mental para respaldar ações que também interferem diretamente no núcleo familiar, a exemplo das ações de interdição.

O Ministério Público tem legitimado o poder da instituição de saúde mental na medida em que solicita relatórios, laudos, visitas domiciliares, etc. no sentido de respaldar suas ações/decisões, sobretudo no que tange à responsabilização dos familiares.

Os dados também sugerem que a família tende a ser culpabilizada e responsabilizada por um cuidado que, na maioria das vezes, por razões de natureza sócio-econômica ou mesmo psicológica ela não se encontra preparada para a sua efetivação.

O saber-poder do CAPS tem se estendido também à família, na medida em que ele passa a cobrar a assistência mais efetiva dos familiares, sendo que quando não logra êxito acaba recorrendo ao Ministério Público para garantir que as premissas da Reforma Psiquiátrica e suas conseqüentes propostas de desinstitucionalização sejam garantidas. Nesse sentido, parece que o CAPS não tem dado conta de propor e implementar estratégias de acompanhamento das demandas desses familiares, no sentido de proporcionar um suporte maior que os instrumentalize para esse cuidado seja mais qualificado. Portanto, há um hiato entre o que reza a lei e o que se instaura na dinâmica de funcionamento na assistência em saúde mental no cotidiano daquele serviço.

Por tudo isso, concluo este trabalho, longe, indubitavelmente, da pretensão de ter esgotado o tema, afirmando que a intersecção família, reforma psiquiátrica e o cuidado com o portador de transtorno psíquico constitui um campo de forças de enorme complexidade envolvendo questões sociais, éticas, históricas, econômicas, políticas, médicas, psicológicas e jurídicas, demandando um olhar mais amplo que atente para uma reorganização da distribuição das atribuições de cuidado com a

pessoa em sofrimento psíquico, devendo, portanto, a responsabilidade, ser compartilhada entre o Estado, Sociedade Civil Organizada, Serviços de Saúde Mental, familiares e, principalmente, os próprios usuários.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 2 ed. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. *et al.* **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.2.ed.Rio de Janeiro:Fiocruz,1995.

AZEVEDO, M.A.S.S.B.FANTIN, C.A. GUIMARÃES, MATHIAZZI, R.C. O comportamento da família diante da internação do paciente psiquiátrico: observação, descrição e algumas considerações. In: NEME, C.M.B. e RODRIGUES, O.M.P.R (org.). **Psicologia da Saúde**: perspectivas interdisciplinares. São Carlos, RiMa, 2003

BRASIL, Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. Brasília, 2004.

CAPONI, Sandra. **Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico**. Ciência e Saúde Coletiva, janeiro-fevereiro, ano/vol.14, número 001. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil, PP.95-103, 2009.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault** - um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Autêntica Editora: Belo Horizonte, 2009.

_____ **El Vocabulario de Michel Foucault**: Un recorrido alfabético por los temas, conceptos y autores Buenos Aires: Ed. Prometeu, 2004.

CERVENY, C.M. (org.). **Família e...**, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2004.

COLVERO, L. de A., IDE, C.A. C e ROLIM, M.A. **Família e doença mental**: a difícil convivência com a diferença. Rev Esc Enferm USP, 2004; 38(2): 197-205.

DIAMANTINO, Rui Maia. **“Internar ou cuidar”**: investigando as dinâmicas familiares no contexto da reforma psiquiátrica em Salvador– Dissertação (mestrado) 245 f. - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2010.

FAUSTO NETO, A. M. **Família operária e reprodução da força de trabalho**. Petrópolis, Vozes, 1982.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Foucault e a análise do discurso em educação**. Cadernos de pesquisa, nº 114, p.197-222, novembro/2001.

FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico**. Martins Fontes: São Paulo, 2006.

_____ **Microfísica do Poder**. Graal: Rio de Janeiro, 1996.

_____ **Os Anormais**. Martins Fontes: São Paulo, 2001.

_____ **Eu, Pierre Rivière, que degolei minha mãe, minha irmã e meu irmão.** Graal: Rio de Janeiro, 1977.

_____ **História da Loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 2008

GONÇALVES, A.M. **A mulher que cuida do doente mental em família.** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/UFMG, 1999.

GONÇALVES, A. M e SENNA, R.R. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil:** contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>. Acesso em 17/05/2009.

HELLER, A. **O cotidiano e a história.** 3ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Experiências da Loucura.** Garamond: Rio de Janeiro, 2001.

LOUGON, M. **Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica:** uma perspectiva crítica. Physis:Rev Saúde Coletiva, 1993; 3(2):137-164.

MAY, Tim. **Pesquisa Social:** questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELMAN, J. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo, Escrituras Editora, 2008.

_____ **Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental.** Dissertação de Mestrado em Medicina. São Paulo, USP/D.M. 1998

MURTA, Genida Ferreira (org). **Saberes e práticas:** guia para o ensino e aprendizado de enfermagem. São Paulo: Difusão Editora, 2008.

NEVES, José Luis. **Pesquisa qualitativa:** características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração, São Paulo, v.1, nº3, 2º sem./1996.

PAES, Marilena Leite. **Arquivos:** teoria e prática. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

PASSOS, Izabel C. Friche. (Org.). **Poder, normalização e violência:** incursões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. (Coleção Estudos Foucaultianos).

PEREIRA, M.L.O. **Representação da doença mental pela família do paciente.** Rev. Interface-comunicação, saúde, educação, volume 7, nº 12, Botucatu, 2003.

PEREIRA, I.C.G. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social:** o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo, Cortez, 2002.

PITTA, A. (org). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1996.

RABINOW, Paul e DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault-Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro. Forense Universitária, 1995.

ROCHA, C.N.P.**Família, subjetivação e loucura em Michel Foucault**.Dissertação de Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea.Salvador,UCSal,2006.

RODRIGUES, F.D.,GONZE,G.G. e BENFICA,T.M.S.A inserção da residência no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência:considerações preliminares.In:FILGUEIRAS,M.S.T.,RODRIGUES,F.D.eBENFICA,T.M.S.(org).**Psicologia Hospitalar e da Saúde:Consolidando práticas e saberes na Residência**.Petrópolis,RJ:Vozes,2010.

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

_____*As condições da Família Brasileira de Baixa Renda no Provimento de cuidados com o Portador de Transtorno Mental*. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo, Cortez, 2002.

ROTELLI,F.LEONARDIS,O. MAURI, D.,RÍSIO,C. Desinstitucionalização,uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”.In:NICÁCIO,F.(Org.).**Desinstitucionalização**.SãoPaulo:Hucitec,1990,p. 17-59.

RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis, Vozes, 1986.

SADIGURSKY, D. **Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família**. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1997.

SGAMBATI, E.R.V. **Reinternação e rejeição familiar: um estudo com pacientes psiquiátricos**. [dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1983.

SIDRIM, M.I.C.**As representações sociais da reabilitação psicossocial:um estudo sobre os CAPS**.Curitiba:Juruá,2010.

SOALHEIRO, N.I. e AMARANTE,P.D.Reflexões em torno da temática da política e das reformas no campo da psiquiatria, a partir de Michel Foucault e do Movimento dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental. In: PASSOS, Izabel C. Friche. (Org.). **Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008. (Coleção Estudos Foucaultianos).

SALLES, Mariana Moraes e BARROS, Sônia. **O caminho do doente mental entre a internação e o convívio social**. Revista Imaginário, v.12 n.13 São Paulo dez. 2006.

SÁ-SILVA, J.R, ALMEIDA, C.D. e GUINDANI, J.F. **Pesquisa documental**: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Ano I-Nº I- Julho de 2009.

TORRANO, Luísa Helena. **Michel Foucault & Tecnologias de Poder**: a Psicanálise. Revista Aulas, Dossiê Foucault, Nº 3-dezembro 2006/março 2007.

TSU, T. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo, USP/VETOR, 1993.

VASCONCELOS, E. M. **Do hospício à comunidade**: mudança sim, negligência não. Belo Horizonte, Segrac, 1992.

_____. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. **Cadernos IPUB, Saúde mental e Desinstitucionalização**: Reinventando serviços, Rio de Janeiro, n.7, 1997, p.17-39.

_____ (Org). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo, Cortez, 2002.

WAIMAN, M.A.P. **O cuidado às famílias de portadores de transtornos mentais no paradigma da desinstitucionalização**. 2004.277f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ANEXOS

ANEXO I - AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHÁS PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DO SALVADOR
SUPERINTENDÊNCIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FAMÍLIA NA SOCIEDADE
CONTEMPORÂNEA**

Salvador, 22 de outubro de 2010.

Ilmo.sr. José Edésio Cardoso Silva
M.D.Secretário Municipal de Saúde de Alagoinhas

Prezado Senhor,

Vimos, por meio deste, solicitar a V.Sa. que se digne a permitir a realização de um estudo no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III, instituição vinculada a esta Secretaria de Saúde. A pesquisa intitulada: ***“Uma análise da intersecção família e Reforma Psiquiátrica no contexto do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III da cidade de Alagoinhas – Bahia”*** tem como objetivo geral identificar as tensões geradas pelas expectativas dos familiares referentes aos cuidados prestados aos seus parentes em sofrimento psíquico pelo CAPS, bem como a contrapartida familiar esperada pelo serviço na efetivação desse cuidado. Como objetivos específicos, o estudo pretende dar destaque a alguns dos conflitos vivenciados pelos familiares e pela própria equipe de saúde mental nesse processo de responsabilização do cuidado frente ao doente mental no cotidiano desse serviço, seus limites e possibilidades, tomando como base as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, buscando conferir esse hiato entre o que reza a lei e o que se instaura na dinâmica de funcionamento na assistência em saúde mental.

Trata-se de pesquisa de mestrado realizada por Moacir Lira de Oliveira, aluno do Programa de Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea da Universidade Católica do Salvador. O estudo é orientado pelo Professor Doutor José Euclimar Xavier de Menezes e necessitará da consulta e análise de prontuários constantes nos arquivos do CAPS III, além da observação de rotinas do serviço.


Essa atividade não é obrigatória, podendo desistir de sua participação a qualquer momento. As informações colhidas em prontuários, atas de reuniões e livros de registros da equipe técnica poderão ser utilizadas em trabalhos científicos, sendo, porém, que a identificação de todos os envolvidos será mantida em sigilo. A pesquisa, portanto, não acarretará riscos aos integrantes.

Caso tenha que contactar com o mestrando Moacir Lira de Oliveira e/ou seu orientador Professor Doutor José Euclimar Xavier de Menezes, para qualquer tipo de esclarecimento, deverá recorrer a eles através dos telefones: (75)9930-5964/(71)8787-5626, dos e-mails mocalira@gmail.com, menezesjex@hotmail.com ou do endereço Pós-Graduação em Família na Sociedade Contemporânea-Universidade Católica do Salvador-Campus da Federação, Av Cardeal da Silva, 205-Federação, CEP 40.220-140, Salvador-Bahia.

Desde já, agradecemos a atenção dispensada,

Atenciosamente,


Professor Doutor José Euclimar Xavier de Menezes
Orientador


Moacir Lira de Oliveira
Mestrando

Eu, José Edésio Cardoso Silva, Secretário Municipal de Saúde de Alagoinhas, autorizo a realização do **estudo “Uma análise da intersecção família e Reforma Psiquiátrica no contexto do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS III da cidade de Alagoinhas – Bahia”**, no CAPS III desta Secretaria de Saúde, estando ciente de que a identidade de todos os participantes será mantida em sigilo.

Alagoinhas-Ba, 26 de setembro de 2010

José Edésio Cardoso Silva
Secretário Municipal de Saúde de Alagoinhas

ANEXO II - LEI 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001



Presidência da República

Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - 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;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental,

assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

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

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

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

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

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante

legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180^o da Independência e 113^o da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO III - PORTARIA 336 DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002

Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3o desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que

permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b – 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2o.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5o, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9o.. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA

ANEXO IV - PROJETO TÉCNICO DO CAPS III DE ALAGOINHAS-BAHIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

PROJETO TÉCNICO PARA O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALGOINHAS-BAHIA

01. INTRODUÇÃO

Em Alagoinhas, que dista da Capital baiana por 107 Km., e é um importante centro regional de referência em Saúde Pública, mantinha-se um serviço de atenção à Saúde Mental – anexo ao Hospital Geral Dantas Bião – de ambulatório e internação psiquiátrica. Devido à falta de condições mínimas para a realização de um tratamento orientado por premissas humanitárias, o referido serviço foi interdito, em setembro de 2000, pela vigilância sanitária da SESAB (via 3.^a DIRES). O ambulatório também parou de funcionar (antes as consultas eram agendadas em prazos não inferiores há dois meses e privilegiava a farmacoterapia).

Por conta disso, em abril de 2001, o Executivo Municipal, implantou com recursos próprios, a Equipe de Referência em Saúde Mental, que visava inverter a ótica de orientação vigente no estado, e particularmente, em Alagoinhas, que era um modelo hospitalocêntrico, sem uma regionalização em funcionamento conhecida, com carência de recursos humanos, sem integração com a Atenção Básica dentre outros aspectos.

Desta forma, em caráter emergencial, foi implantado o Ambulatório de Saúde Mental no Centro de Saúde do Parque Floresta que desenvolve as seguintes atividades: atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares e busca ativa dos faltosos, via integração com o PACS/PSF. Adicionalmente a própria Equipe (Médico, Psicólogo, Assistente Social e Auxiliar Técnico) tem realizado reuniões regulares desde o ano passado no intuito de integração e capacitação para assunção dos novos papéis, com a implantação do novo equipamento.

A Secretaria Municipal da Saúde recentemente, através de Processo Seletivo Simplificado, tem buscado profissionais para complementação da Equipe: psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, dentre outros profissionais.

Além da implantação do ambulatório, a estratégia colocada em prática visa a integração da equipe de referência ao PSF, através de programa de educação continuada, treinamento e supervisão que funciona com discussão de casos clínicos com as ESF, sistema de referência e Contra-referência ambulatorial e tentativa de manutenção de um canal ininterrupto de comunicação com a Atenção Básica.

Vale ressaltar, que nessa perspectiva de integração do Programa de Saúde Mental à estratégia de Saúde da Família, foi implantado o Projeto “Cuidando do Cuidador”, o qual foi referendado pela 1.ª Conferência Municipal da Saúde, bem como saudado no nível Estadual e Nacional, e que tem por finalidade sensibilizar os profissionais de saúde do município no que se refere à importância do autoconhecimento, do fortalecimento da auto-estima, da prevenção do stress ocupacional, da compreensão do ser agente de saúde e na promoção de um atendimento mais qualificado às pessoas. O Projeto pretende desenvolver trabalhos de integração entre os membros das equipes de saúde, ampliando a visão desses profissionais frente aos processos de adoecimento, compreendendo o contexto de saúde em suas múltiplas dimensões.

Além disso, foi elaborado, encaminhado e aprovado (pelo Ministério da Saúde-MS) o Projeto de implantação de um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – que se destina ao tratamento, reabilitação e ressocialização dos pacientes junto à família e à comunidade.

O CAPS que está sendo estruturado em Alagoinhas visa atender aos pacientes referenciados do ambulatório de saúde mental, bem como das ESF's, serviços de Emergência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar.

A unidade funcionará durante os 05 (cinco) dias úteis, das 8 às 18:00h e inclui as seguintes atividades: atendimento médico-psiquiátrico, psicológico e social, grupos terapêuticos, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias que visem a integração do usuário (doente mental) na comunidade e sua inserção social.

02. ORIENTAÇÕES TEÓRICAS

A atenção à saúde mental no Brasil vem passando por um processo de transformação que põe em discussão a superação do modelo hospitalocêntrico de tratamento, propondo uma reorientação na lógica assistencial que deve ser pautada numa perspectiva de intervenção extra-hospitalar e comunitária; enfim regionalizada e integrada à rede de atenção básica em saúde.

Na implementação de uma atenção, no nível secundário, toma-se o sujeito para tratamento e não mais a doença. O usuário participa de seu projeto terapêutico. A instituição tende a funcionar horizontalmente e a equipe de profissionais, sem hierarquia rígida de papéis. Este enfoque pressupõe a participação da família e da comunidade, uma vez que a doença não é vista só como uma manifestação individual, mas como processo também gestado no coletivo, nas interações sócio-culturais.

De acordo com Bichaff (2001), os ambientes institucionais, a convivência cotidiana com os profissionais e os outros usuários, são elementos facilitadores da construção das relações de confiança e possibilitam repensar suas histórias e apreender seus significados. A liberdade de poder participar da construção do seu próprio projeto terapêutico produz resultados que vão desde aspectos de cuidado em relação a si, até conquistas de inclusão social e cidadania.

O CAPS oferece um campo de vivências e experimentação importante que ajuda os usuários a conquistarem um locus de expressão e ressignificação necessário para uma inserção diversa da que é reservada, comumente, aos portadores de transtornos psíquicos.

Esse modo de atuar na atenção à saúde mental objetiva diminuir a presença das instituições segregatórias no sistema como um todo, devido às suas comprovadas características iatrogênicas.

Um dos instrumentos de tratamento que podemos adotar no CAPS é a Clínica Grupal, defendida por Lancetti (1997) com base em algumas proposições: num grupo há produção de

continência, ou seja, de acolhimento e compartilhar de experiências; há também o princípio da imitação, por exemplo, sentar-se em círculo, calar quando os outros falam, gestos que atraem outros gestos, olhares, entre outros, que geram imitações em série, possibilitando o desenvolvimento de novos comportamentos.

Quanto à condução, muitas vezes o facilitador precisa realmente ocupar o papel de líder e conduzir a sessão, porque existem ocasiões em que o grupo está muito desagregado, necessitando de uma direção para que o trabalho terapêutico seja realizado.

Visando nos diferenciar da Clínica Manicomial, Lobosque (1997) apresenta três princípios básicos: o da singularidade, do limite e da articulação. Pretende-se então conduzir o tratamento de uma forma que o sujeito siga o caminho que lhe é próprio, mantendo-o, ao mesmo tempo nos limites da cultura; respeitando o limite construído pelo paciente, ou seja, "fazer caber" o "louco" na cultura, convidando esta a conviver com certa falta de cabimento, reinventando ela também os seus limites; ao mesmo tempo, percebendo a necessidade de articulação com os outros seguimentos da sociedade no combate à exclusão.

Por conta disso, verifica-se que os chamados novos modelos - visto que reproduzem de forma atualizada experiências passadas - de assistência em Saúde Mental devem buscar a otimização do exercício pleno da capacidade civil na medida em que técnicos, usuários e familiares promovam um espaço de reflexão crítica permanente na sociedade sobre as implicações decorrentes do convívio com a doença mental.

Desse modo, as intervenções não podem ficar limitadas a determinada prática clínica, ou mesmo a determinada concepção teórica do psiquismo sob pena de se legitimar, com esse dispositivo, um processo de exclusão da loucura do contexto sócio-cultural, sempre múltiplo, diverso e marcado por diferenças e singularidades.

Defende-se assim que, apesar da identidade de espécie e direitos, somos todos diferentes, cada uma com diferentes necessidades em diferentes momentos de vida. Dessa forma, alguns indivíduos, a depender da circunstância, precisam e beneficiam-se de outros tipos de ação terapêutica, que não somente a farmacoterapia ou a psicoterapia, mas, antes, da associação de todos estes dispositivos, inclusive as que pertencem ao domínio do senso comum.

Nesse cenário muitos são os elementos de ação terapêutica que possibilitam o crescimento dos pacientes tais como: o dançar, cantar, desenhar e pintar, fazer modelagem, teatralizar, o grafismo, o artesanato, oficinas de profissionalização etc.

O papel da equipe de saúde deverá ser o de facilitar e catalisar processos que favoreçam a expressão de conteúdos do cliente na perspectiva de uma integração, transformação, elaboração e síntese das produções próprias do usuário.

Os Transtornos, via de regra, deságuam em um terreno incomum e per si questionador: a sua própria linguagem, não usual e não convencional. A utilização dos recursos da Psicologia Analítica, do Psicodrama e da Psicologia Transpessoal mostra-se valiosa nestes casos, por valorizarem o simbólico e a expressão do sujeito por múltiplas vias.

A perspectiva psicodramática entende que a própria vivência do paciente lhe é reveladora e que a função das técnicas terapêuticas é a de facilitar que ele expresse e experiencie o seu mundo interior e, a partir daí, vá reconhecendo suas defesas, seus limites, enfim, vá desvelando seu drama.

De acordo com Naffah Neto (1990), o psicodrama revela também que as relações interpessoais são mediadas por um número incalculável de fantasmas inconscientes que extrapolam o nível dos conflitos intrapsíquicos para ocupar a estrutura social. Através do desvelamento do inconsciente e de seus fantasmas, emerge também a trama social que se presentifica no cotidiano. Desse modo, o psicodrama não se limita ao corpo-pessoal, procurando trabalhar o corpo cultural e o corpo simbólico.

Fonseca Filho, na sua importante obra Psicodrama da Loucura (1980 pág), considera

que a avaliação do grau de sanidade mental de uma pessoa é feita a partir da sua capacidade de inverter papéis. O psicótico, ao vivenciar a quebra das suas relações, com reduzida capacidade de troca, tenta substituir essa realidade por delírios e alucinações. Na medida em que não estabelece vínculos adequadamente, sucumbe através de uma fuga, bloqueando o livre trânsito realidade/fantasia.

O "como se" passa a ser sua forma de continuar vivendo, transitando com dificuldades entre a realidade e a fantasia, confundindo-as muitas vezes. Moreno considerava o distúrbio mental para além das alterações químicas ou intrapsíquicas, enfatizando os fatores ambientais e psicossociais na constituição dos transtornos psíquicos. Segundo ele, o distúrbio mental se constitui numa patologia das relações.

Massaro (1990) adverte que não podemos esperar que o diverso mentalmente funcione segundo nossos padrões de adaptação, pois, desse modo, poderemos condenar o indivíduo a uma busca do inatingível. Entretanto, é possível conduzir o tratamento de forma que o paciente estabeleça uma relação razoável com as pessoas, desenvolvendo uma comunicação dentro dos limites do possível, auxiliando na resolução de suas dinâmicas conflitivas.

Nise da Silveira foi pioneira no Brasil em "buscar a cura na possibilidade de o doente conseguir, através da expressão simbólica, vencer a desordem interior e reatar os vínculos com a realidade" (Gullar, 1996, pág 10), quando assumiu em 1946 a Seção de Terapêutica ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional (RJ). Criou além das oficinas de trabalho (costura, encadernação, etc) os ateliês de atividade expressiva, como a pintura e a modelagem.

Desta forma, acreditamos que assim como o corpo busca formas de reação a uma quebra da homeostase, como na pneumonia quando o corpo responde com aumento do número das células de defesa, o Psiquismo também utiliza de expressões claras de busca do equilíbrio quando, por exemplo, uma "invasão de um complexo" (Fierz, 1991, p. 153) na consciência leva o indivíduo a uma psicose, "que fragmenta a unidade da consciência e a supremacia da vontade" (Fierz, 1991, p.156).

Na sua luta pelo restabelecimento do equilíbrio, o psiquismo busca, conforme sinaliza Jung, todos os métodos possíveis. Jung e seguidores observaram que a utilização repetida de Mandalas¹, por parte dos pacientes psicóticos em seus desenhos, era na verdade a busca do aparelho psíquico pelo retorno à compensação original.

3. ATIVIDADES ESPECÍFICAS

03.1 - Médico Psiquiatra

Assistência médica aos usuários do CAPS

03.2 – Psicólogo

Avaliação psicológica no processo de triagem

atendimentos individuais a usuários

acompanhamento dos trabalhos desenvolvidos nas oficinas terapêuticas

Grupos terapêuticos com usuários e familiares:

Os grupos psicoterapêuticos serão norteados por uma fundamentação teórico-metodológica centrada na abordagem psicodramática.

Nas sessões de psicoterapia psicodramática em grupo, o paciente pode trazer seus conflitos, momentos traumáticos ocorridos no passado nas relações familiares, sonhos, sentimentos, cenas atuais e expectativas em relação ao seu futuro. Além disso, pode trazer seus delírios e alucinações, tornando-os concretos no cenário e no contexto psicodramático.

A equipe terapêutica procura favorecer as condições para que o paciente passe a ter uma visão mais ampla do seu conflito, posto que este aparece na ação dramática.

De acordo com Româna (1987), os componentes essenciais à realização de um psicodrama são:

- a) o protagonista: aquele que traz o material a ser trabalhado. “Ele traz as suas dificuldades, e na cena psicodramática será o centro das ações. Ali nascerá, viverá, será aconchegado, reviverá e mergulhará inteiramente no seu conflito”. (p. 106);
- b) o diretor: é o facilitador, o coordenador da sessão nas suas diversas etapas. Inicia o aquecimento, promove o desenvolvimento do trabalho;
- c) os egos auxiliares: são os membros da equipe terapêutica ou do próprio grupo, funcionando como uma espécie de “prolongamento” do diretor. No papel do ego-auxiliar, o indivíduo poderá atuar como ator, agente terapêutico ou investigador social;
- d) o cenário: para Româna (op. Cit), o cenário “constitui o campo terapêutico; ele é o espaço físico e psicológico onde se desenrola a cena onde o conflito será trabalhado”. (p. 106). O cenário na maioria das vezes é configurado com o uso de almofadas e das próprias pessoas do grupo;
- e) o público: é o próprio grupo que experimenta uma profunda ligação com o protagonista, revelando também seus dramas coletivos. Por meio do protagonista, todas as histórias são, de algum modo, alcançadas.

As etapas da sessão são três: o aquecimento, a dramatização e o compartilhar:

- Aquecimento: é o período de estimulação do grupo que tem como objetivos: estabelecer a confiança entre os membros do grupo e a conseqüente integração, favorecer a quebra das resistências interpessoais, promovendo a participação e o envolvimento pessoal;
- dramatização: de acordo com Româna (op. cit.), “ela é caracterizada pelo surgimento de um tema; o grupo mobiliza-se em torno de um tema e centra-se em um indivíduo”. (p. 111). Para a autora, Moreno captou a importância de extrapolar uma mera verbalização para “a força da criação viva do mundo interior através da ação”. (p. 112). Nesta etapa, a ação no presente é vivida e experienciada como tal, por todos aqueles que dela participam.
- compartilhar: é o momento do feedback. Terminada a ação dramática, o grupo expressa seus sentimentos, emoções e vivências pessoais. É um espaço de avaliação da sessão terapêutica.

As técnicas utilizadas nas dramatizações são numerosas, aproximadamente 150. As mais comuns são: duplo, espelho, inversão de papéis, role-playing, imagens simbólicas,

concretizações, maximizações, interpolação de resistências, onirodrama, solilóquio, átomo social, entrevista no papel, jornal vivo e a realidade suplementar. Quanto ao número de participantes, Bustos (1992), considera que isto varia de acordo com o coordenador, abrangendo de 06 a 15 participantes, de ambos os sexos. Para o autor, as idades não são fatores determinantes, desde que não haja variações extremas: mais de 20 anos entre a maior e a menor. A duração dos grupos é de 90 a 120 minutos, uma vez por semana.

Os grupos psicoterapêuticos constituem-se em importantes ferramentas para o autoconhecimento, para a compreensão da rede vincular e resgate da espontaneidade-criatividade. Através deles, o paciente entra em contato com conflitos conscientes e inconscientes produtores do sofrimento psíquico.

Grupos operativos-O grupo operativo configura-se com uma outra forma de atuação, considerando que existem pacientes contra-indicados para psicoterapia de grupo.

De acordo com Cardoso (2002), estes grupos² “têm duração de 60 minutos, sem continuidade entre eles, com composição flutuante, tema previamente definido e esgotado a cada encontro”. (p. 04). A autora considera que o objetivo desse tipo de grupo consiste em investigar a experiência de seus membros, a partir do material emergente, enfatizando os aspectos emocionais, as crenças e atitudes de cada participante podendo assumir também conotação pedagógica na medida em que há espaço para difusão de algumas informações.

Desse modo, pretende-se ampliar o autoconhecimento, favorecer o contato com sentimentos e a responsabilidade consigo mesmo, incluindo os aspectos referentes à doença.

É importante que nesses trabalhos haja uma ampliação do processo de conscientização dos usuários sobre sua parcela de responsabilidade no tratamento, seu limite, a vivência de fazer uso de medicamentos (se for o caso), através da utilização de recursos expressivos que visem facilitar o contato e elaboração do paciente sobre sua própria experiência.

"Cuidando do Cuidador" -. A citada atividade, já executada em diversas unidades de Saúde no município desde maio 2001, consiste em utilização de técnicas de dinâmica de Grupo e Psicodramáticas com o objetivo de trabalhar os papéis de cada membro na Equipe, as relações de poder existentes, a comunicação entre os mesmos e proposição de atividades que permitam um ambiente e relações interpessoais propícias ao desenvolvimento do Trabalho Interdisciplinar. Além disso, ocorrem encaminhamentos eventuais - triagem - de algum técnico para atendimento especializado pela Equipe;

Supervisão aos estagiários de Psicologia através de convênios com instituições de ensino superior.

03.3 – Enfermeiro

Assistência de enfermagem

Coordenação do grupo de técnicos em enfermagem

03.4 – Assistente Social

Triagem; registro dos pacientes atendidos pelo serviço social; atendimento individualizado; orientações quanto ao Benefício de Prestação Continuada (BPC); educação em saúde; grupo de acolhimento, sala de espera, oficinas terapêuticas etc; atendimento grupal com as

famílias; atividades educativas; visitas domiciliares; trabalhos com a comunidade; contatos com instituições; articulação com os outros profissionais da equipe no desenvolvimento das atividades.

3.4 - Terapeuta Ocupacional

Coordenação das oficinas terapêuticas

03.5 – Musicoterapeuta

A musicoterapia enquanto prática científica proporciona ao homem uma melhor adaptação à sociedade, permitindo este se expressar através do "fazer musical", poder organizar melhor seus pensamentos, sentindo-se capacitado e fortalecido para viver nos padrões pré-estabelecidos. Esta através do som, da música e do movimento, possibilita a "abertura de canais de comunicação" do ser humano com ele mesmo e deste com a sociedade.

Visando estabelecer a relação entre musicoterapeuta e cliente/paciente, a musicoterapia, dá enfoque ao "complexo som-ser humano-som" produzindo estímulos sonoros, os quais irão atuar de acordo com as necessidades e a demanda de cada pessoa. Permitindo ao homem um espaço onde possa sentir-se capaz e livre para se expressar, encontrar e reencontrar os seus valores como ser único e indivisível.

A musicoterapia procura ir ao encontro do sujeito no nível em que o mesmo se situa, aceitando sua expressão sonoro-musical, por mais primária e destituída de criatividade que seja. (COSTA, 1989: 79).

O primeiro objetivo a ser pretendido com qualquer tipo de paciente: estabelecimento do vínculo terapêutico. Através da formação desse vínculo dá-se início à prática terapêutica. É de grande importância o estabelecimento da relação afetiva entre paciente e terapeuta, pois a partir desse momento o cliente e ou paciente encontra confiança para realizar todas as atividades e conseguir externar os seus conteúdos psíquicos. Também objetivamos, via musicoterapia a otimização dos canais de comunicação melhorando o estabelecimento do contato interpessoal.

Restaurar a auto-imagem, estimular a linguagem não verbal e a auto-estima com conseqüente fortalecimento da identidade – seriamente comprometida em Transtornos psicóticos - possibilitará melhoria na inserção social do usuário. Desta forma a Musicoterapia propõe uma alternativa ao usuário do CAPS para a sua ressocialização, inclusive com trabalho com os Familiares e a comunidade adjacente.

3.5 - Técnico de Enfermagem

Atuação junto ao enfermeiro para assistência de enfermagem aos usuários

03.7 - Auxiliar de Oficina Terapêutica

Facilitar atividades como oficinas de velas, miçangas, sabonete, culinária, artesanato, etc.

04. ATIVIDADES INTERDISCIPLINARES

04.1 - Assembléia Geral

04.1.1 - Interna

04.1.2 - Com a Comunidade (Controle Social)

04.1.3 - Reunião de Equipe

04.2 – Acolhimento

04.2.1 - Diário

04.2.2 - Emergencial

04.2.3 - Encaminhamento

04.3 - Triagem: critérios de admissão

04.3.1 - Avaliação Médica

04.3.2 - Avaliação Social

04.3.3 - Avaliação Psicológica

04.3.4 - Avaliação Terapia Ocupacional

04.3.5 - Avaliação de Enfermagem

04.3.6 – Avaliação de musicoterapia

04.5 – Grupos Terapêuticos

04.5.1 – Psicoterápico

As salas para o desenvolvimento dos trabalhos com grupo psicoterápico deverão ser amplas, com cadeiras móveis, tapetes, almofadas, som, um armário com material didático (lápiz, canetas, papel ofício, papel metro, material de pintura, cartolina, fantoches, dentre outros recursos).

04.5.2 – Musicoterapia

Utilizaremos uma sala ampla, arejada, poucos móveis, apenas um armário para guardar o material utilizado, algumas cadeiras, um tapete e almofadas Instrumentos musicais: pandeiro, caxixi, clavas, chocalhos, reco-reco, pau-de-chuva, xequerê, bongô, coquinhos, agogô, atabaque, calimba, violão, teclado, xilofone, metalofone e outros como aparelho de som com CD e toca fitas.

04.5.3 – Grupo Operativo

O grupo operativo configura-se com uma outra forma de atuação, considerando que existem pacientes contra-indicados para psicoterapia de grupo.

De acordo com Cardoso (2002), estes grupos³ “têm duração de 60 minutos, sem continuidade entre eles, com composição flutuante, tema previamente definido e esgotado a

cada encontro". (p. 04). A autora considera que o objetivo desse tipo de grupo consiste em investigar a experiência de seus membros, a partir do material emergente, enfatizando os aspectos emocionais, as crenças e atitudes de cada participante podendo assumir também conotação pedagógica na medida em que há espaço para difusão de algumas informações.

Desse modo, pretende-se ampliar o autoconhecimento, favorecer o contato com sentimentos e a responsabilidade consigo mesmo, incluindo os aspectos referentes à doença.

É importante que nesses trabalhos haja uma ampliação do processo de conscientização dos usuários sobre sua parcela de responsabilidade no tratamento, seus limites, a vivência de fazer uso de medicamentos (se for o caso), através da utilização de recursos expressivos que visem facilitar o contato e elaboração do paciente sobre sua própria experiência.

04.5 - Grupos de relaxamento, Integração e outros

04.6 - Oficinas Terapêuticas: Culinária; Artesanato com papel jornal; Artesanato com barro; Artesanato com sisal; Artes Plásticas....

04.7 - Atendimento aos familiares

04.7.1 - Grupo com Familiares

04.7.2 - Atendimento conjunto com familiares (o paciente sempre presente).

04.8 - Atividades Educativas em Comunidade

04.9 - atendimentos Domiciliares

04.10 – Busca – ativa - Consiste em atividade já executada desde 2001 pela Equipe na qual informamos às ESF quais são os usuários que estão regularmente freqüentando o Ambulatório (trimestralmente) e quais são os faltosos (semanalmente).

Desta forma, buscamos diminuir o absenteísmo e possibilidade de recaídas ou recidivas. Os faltosos serão encaminhados pelos ACS para o "Ambulatório dos faltosos" a ser criado.

04.11 – Integração com PACS-PSF

04.11.1 – Educação Continuada

Consiste em atividades, seguindo roteiro pré-estabelecido, já sendo levadas a termo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF), desde Maio de 2001, durante as quais ocorrem discussões de Casos Clínicos após entrevista realizada com usuário, da área de atuação da ESF.

Após a entrevista, realizada por um técnico da Equipe de Saúde Mental objetivando colher histórico pessoal e outros dados que possam orientar um diagnóstico, ocorre uma discussão ampla objetivando que cada membro da Equipe se responsabilize por algum procedimento.

Desta forma cada ESF fica acompanhando alguns Casos específicos como: Portadores de Transtorno Esquizofrênico, Transtorno Afetivo, Transtorno decorrente de uso de Substância Psicoativa, Retardo Mental ou Demência e Transtorno de Ansiedade.

O acompanhamento destes poucos casos pela ESF objetiva aumentar o grau de

sensibilidade da Equipe para diagnóstico, manejo, encaminhamento e aumento da rede social de apoio de novos casos, envolvendo a comunidade e Organizações presentes na sua área de abrangência.

04.11.2 – Cuidando do Cuidador

Trata-se de uma estratégia que já vem sendo executada em diversas unidades de saúde do município desde maio/2001 e que visa favorecer a expressão dos profissionais das Equipes de Saúde da Família no que se refere às questões dos conflitos interpessoais, das dificuldades vivenciadas no cotidiano da prática profissional, bem como do enfrentamento dessas dificuldades. Além disso, o trabalho tem como meta o fortalecimento da auto-estima e do potencial espontâneo-criativo que são elementos fundamentais na construção de uma comunicação interpessoal mais aberta, autêntica e saudável nas equipes de saúde.

O Cuidando do Cuidador favorece a configuração de um espaço de reflexão permanente sobre os papéis de cada membro da equipe, das relações de poder existentes e, sobretudo, da importância do trabalho interdisciplinar.

Quanto à metodologia, são utilizadas diversas técnicas de base psicodramática, junguiana e transpessoal. São aplicadas várias dinâmicas de grupo, jogos dramáticos, reflexões sobre conteúdos de textos e filmes, palestras e vivências, oficinas de sensibilização e integração. Os trabalhos são desenvolvidos nas próprias Equipes de Saúde da Família fazendo uso de materiais pertinentes ao desenvolvimento das atividades.

04.12 – Integração com CAE (Centro de Atenção Especializada – Ambulatório)

O ambulatório, que em Alagoinhas recebe a designação citada, tem como vantagem o fato de o usuário poderá através da Central de Marcação de Consultas agendar consulta via telefone, bem como ser atendido no mesmo ambiente onde são atendidos pacientes de outras especialidades.

Assim no CAE, onde serão acompanhados após alta do CAPS, também ocorrerá o combate à segregação.

04.13 – Integração com Emergência Psiquiátrica

Por indicação da Primeira Conferência de Saúde Mental de Alagoinhas (2001) as Emergências Psiquiátricas serão atendidas no Hospital Geral, como qualquer outra emergência médica.

A Equipe de Saúde Mental disponibilizará, em breve, um manual com algoritmos para sugerir condutas às equipes de Plantão da Emergência para quadros específicos (agitação, tentativa de suicídio, delirium, delírio, etc). Também estaremos disponíveis para discussão de casos clínicos.

4. CUIDADOS INTENSIVOS

04.1- Estratégia Interdisciplinar Os técnicos trabalharão de forma que o USCI (Usuário sob cuidados Intensivos) permaneça ininterruptamente com acompanhamento de um técnico de nível superior e, pelo menos, outro de nível médio. Buscamos assim atenção individualizada no momento da crise, buscando evitar atuações nas quais o Usuário ponha em risco sua integridade, ou de outrem, bem como propiciar escuta diferenciada...

04.2- Especificidades Profissionais

05. CUIDADOS SEMI-INTENSIVOS

05.1- Estratégia Interdisciplinar

05.2- Especificidades Profissionais

06. CRONOGRAMA DIÁRIO DE ATIVIDADES

08:00h

ACOLHIMENTO

08:30/10:00h

OFICINAS/ATENDIMENTOS (individual e em grupo).

10:00h

LANCHE

10:30/12:00h

OFICINAS/ATENDIMENTOS

12:00/13:00h

ALMOÇO

13:00/14:00h

REPOUSO

14:00/15:30h

OFICINAS/ATENDIMENTOS

15:30h

LANCHE

16:00/17:30h

OFICINAS /ATENDIMENTOS

17:30

AVALIAÇÃO/ASSEMBLÉIA GERAL

07. ALTA - CRITÉRIOS

Consideraremos os usuários em condições de alta quando o trabalho verifique que alcançamos os seguintes itens ou condições:

08.1 - Concordância por parte de toda Equipe;

08.2 - Ausência de ambiente hostil no seio familiar;

08.2 - Aumento da rede social de apoio para o usuário;

08.3 - Agendamento assegurado de consulta no CAE;

08. ESCALAS DE AVALIAÇÃO - Serão utilizadas como instrumento para avaliação periódica dos usuários, servindo de parâmetro para verificar a eficácia do trabalho como um todo e com as particularidades proporcionadas por cada uma.

08.1 - Escala de Sintomas Positivos e Negativos (PANSS)

08.2 - Escala de Ansiedade de Hamilton

08.3 - Escala de Depressão de Hamilton

08.4 - Escala de Avaliação de SEP

09. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BICHAFF, R. A percepção do usuário sobre o modelo assistencial. In: caderno de textos - III Conferência Nacional de Saúde Mental - M.S - Brasília - DF, 2001.

LANCETTI, A. clínica com psicóticos - a grupalidade que os especialistas não entendem. In: Revista Saúde e Loucura. Vol. 4. São Paulo: Ed. Hucitec. s.d.

LOBOSQUE, A. M. Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos. Ed. Hucitec. São Paulo, 1997

FONSECA FILHO, J. Psicodrama da Loucura. São Paulo, Ed. Ágora, 1980

MASSARO, G. Loucura: uma proposta de ação. S.P, Flumen, 1990

NAFFAH NETO, A. Psicodramatizar. São Paulo, Ed. Ágora, 1990.

BENZON, Rolando. Teoria da musicoterapia. Contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal. Tradução de Ana Sheila M. de Uricoechea. São Paulo: Summus, 1988.

COSTA, Clarice Moura. O despertar para o outro: musicoterapia. São Paulo: Summus, 1989.

POWELL, John. Por que tenho medo de lhe dizer quem sou? Tradução: Clara Feldman de Miranda. 14ª ed. Belo Horizonte: Crescer, 1996.

Jung, Carl Gustav; Psicologia e Alquimia; Petrópolis, RJ; Vozes; 2.ª ed; 1990.

Byington, Carlos; Desenvolvimento da Personalidade - Símbolos e arquétipos; Editora Ática; São Paulo; 1987.

Fierz, Heinrich Karl; Psiquiatria Junguiana; Paulus; Coleção Amor e Psique; São Paulo; 1997.

Espinosa, Ana Fernández; Psiquiatria; McGraw-Hill Interamericana do Brasil; Guias Práticos de Enfermagem; Rio de Janeiro, 2002.

Gullar, Ferreira; Nise da Silveira; Relume Dumará: Prefeitura; Coleção Perfis do Rio; Rio de Janeiro, 1996.

Anais da 1ª Conferência Municipal da Saúde Mental; Xerocado; Alagoinhas; 2001.

CARDOSO, C.L. A inserção do psicólogo no Programa de Saúde da Família. In: Psicologia: Ciência e Profissão, 2002, 22 (1), 2 – 9.

ANEXO V - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES CAPS III DE ALAGOINHAS-BAHIA

CAPS CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL					
ORGANIZAÇÃO SEMANAL					
	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	TÉC. CORINGA	TÉC. CORINGA	TÉC. CORINGA	TÉC. CORINGA	TÉC. CORINGA
07:30	CAMINHADA		CAMINHADA		CAMINHADA
08:30	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO	ACOLHIMENTO
09:00	FUTEBOL /GRUPO DE SAÚDE	DIVERSIDADE	FUTEBOL /OFICINA DE ESTÓRIAS	SALA DE ESPERA	FUTEBOL /GRUPO DE MULHERES
10:00	OFICINA DE BIJOUTERIA	GRUPO DE PROJETOS	OFINA DE VELAS	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	GRUPO DO BOLINHA /OFINA DE COSTURA
11:00	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	DELIR'ART	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS
12:00	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO
TARDE	TÉC. CORINGA	TÉC. DE ENFERMAGEM	TÉC. CORINGA	TÉC. CORINGA	TÉC. CORINGA
14:00	TOPA	REUNIÃO DE EQUIPE/TOPA	TOPA /SAÚDE MENTAL NA RODA	GRUPO DE HIGIENE	SEXTA CULTURAL
15:00	GRUPO DE FAMÍLIA (MENSAL)	REUNIÃO DE EQUIPE	CIDADANIA	EXPRESSÃO GRÁFICA	SEXTA CULTURAL
16:00	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	REUNIÃO DE EQUIPE	VISITAS DOMICILIARES	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	SEXTA CULTURAL
17:00	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	REUNIÃO DE EQUIPE	VISITAS DOMICILIARES	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	SEXTA CULTURAL
18:00	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	REUNIÃO DE EQUIPE	VISITAS DOMICILIARES	ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	SEXTA CULTURAL

ANEXO VI - PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DO CAPS III DE
ALAGOINHAS-BAHIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL



POP

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

CAPS III - ALAGOINHAS
NORMAS E ROTINAS DE FUNCIONAMENTO.

NORMAS E ROTINAS PARA ADMISSÃO / ACOLHIMENTO

DOCUMENTAÇÃO:

Xerox de:

RG
CPF
Cartão SUS
Comprovante de residência
Foto 3x4

ACOLHIMENTO:

- ✓ Pacientes encaminhados pelos médicos de serviço.
- ✓ Pacientes trazidos pelo SAMU.

Obs: Em ambos os casos, o médico solicitante deverá registrar em prontuário os motivos do acolhimento, e prescrever medicações, inclusive de emergência, para o paciente acolhido.

Caso o usuário não tenha CARTÃO SUS, deve ser orientado a comparecer ao CEMAE (ao lado da secretaria de saúde) para fazer o mesmo, munido de cédula de identidade, CPF, comprovante de endereço.

AMBULATÓRIO:

Marcação:

A marcação de consultas com psiquiatras ocorre às quartas-feiras das 8:00 às 12:00h.

Documentos necessários para primeira consulta:

- ✓ Requisição de encaminhamento
- ✓ Foto 3x4 – Para ser colocada no prontuário
- ✓ Xerox de:

RG
CPF
Cartão SUS
Comprovante de residência

Consultas subseqüentes:

- ✓ **Mediante apresentação do cartão de marcação.**

Obs: Pacientes faltantes por duas vezes consecutivas, ou que se encontram por longo período sem marcação, só terão consultas marcadas após avaliação do Serviço Social.

NORMAS E ROTINAS PARA O ASSISTENTE ADMINISTRATIVO:

- ✓ **No dia anterior a consulta médica, separar todos os prontuários dos usuários que serão atendidos no dia seguinte;**
- ✓ **Verificar materiais necessários para o atendimento:**

RECEITUÁRIO BRANCO
RECEITUÁRIO AZUL
RELATÓRIO DE BENEFÍCIO
RELATÓRIO PARA PASSE
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS
SOLICITAÇÃO DE EXAMES
FOLHA DE PRODUTIVIDADE
DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO
ATESTADO MÉDICO
CARBONO

- ✓ **Marcar a próxima consulta no cartão de aprazamento;**

- ✓ Caso o usuário não compareça a consulta, registrar ausência do mesmo em prontuário.

O médico deverá atender todos os pacientes marcados para o dia, desde que o atendimento não tenha sido encerrado.

Pacientes de primeira consulta deverão primeiramente passar por uma entrevista com o serviço social.

Caberá a equipe de Saúde Mental desenvolver atividade de sala de espera para os pacientes de ambulatório, orientando-os sobre:

FREQUÊNCIA EM CONSULTAS
ADESÃO AO TRATAMENTO
OUTROS

LIMPEZA

COPA/COZINHA

ATRIBUIÇÕES DO FUNCIONÁRIO ESCALADO:

- ✓ Higienizar a copa/cozinha antes do início das atividades.
- ✓ Manter higiene da área em questão durante todo o período.
- ✓ Preparar o café da manhã dos usuários acolhidos e acompanhantes.
- ✓ Preparar o lanche da manhã (09:00h) para os usuários em atividade e os acolhidos.
- ✓ Preparar o lanche da tarde (16:00h) para os usuários em atividade e os acolhidos.
- ✓ Solicitar produtos/alimentos necessários para a realização das atividades descritas, inclusive para fins de semana e feriados.
- ✓ Manter pelo menos uma unidade de vale-água e vale-gás para possíveis intercorrências.
- ✓ Informar as quintas-feiras até 15:00h a demanda de gêneros alimentícios para o funcionário da administração.

DEMAIS ÁREAS

- ✓ Higienizar as demais áreas antes do início das atividades.
- ✓ Mantê-las higienizadas.

EQUIPE TÉCNICA

- ✓ Cumprir rotina de horários de acordo com carga horária estabelecida.
- ✓ Realizar as atividades a que se propõem, de acordo com cada especialidade (oficinas terapêuticas, grupos, atendimentos individuais, reuniões, visitas domiciliares e outros).
- ✓ Evoluir prontuários periodicamente.
- ✓ Realizar acolhimento (08:30h) de acordo com escala pré-estabelecida.
- ✓ Fazer lista de almoço durante o acolhimento.
- ✓ Solicitar almoço (até 09:00h).
- ✓ Conferir e distribuir almoço.
- ✓ Acompanhar com frequência os usuários que são de referência para cada técnico.
- ✓ Entregar produtividade até o dia trinta de cada mês.
- ✓ Entregar as segundas-feiras pedido de materiais para oficinas.
- ✓ Cumprir escala de plantão.
- ✓ Reuniões sextas feiras 11:00.
- ✓ Cada técnico ficará responsável pelo preenchimento diário dos livros ata de suas respectivas oficinas.
- ✓ As sextas culturais são de responsabilidade de todos os técnicos.
- ✓ Desenvolver junto com o usuário o PTS.

Obs: Em caso de ausência de algum membro da equipe, cabe a equipe do dia desenvolver atividade extra.

ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DO DIA:

ADMISSÃO DE USUÁRIOS
RECEBER EMERGÊNCIAS
ORIENTAÇÕES
ENCAMINHAMENTOS

DAR ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO E ACOMPANHANTE DO ACOLHIDO
EVOLUIR PRONTUÁRIO DO USUÁRIO ACOLHIDO

Obs: Após admissão do usuário, o técnico do dia deverá automaticamente fazer a APAC do mesmo.

USUÁRIOS ACOLHIDOS:

- ✓ É necessária a presença de familiar acompanhante, maior de idade, durante todo o período de acolhimento.
- ✓ O horário de visitas é de 09:30 às 11:00h , e de 14:00 às 16:00h, respeitando o fluxo de dois visitantes por vez.

ADMINISTRAÇÃO

NORMAS E ROTINAS DO AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Atividades diárias:

- ✓ Recolher notas fiscais de quentinhas no posto de enfermagem e na cozinha.
- ✓ Passar a frequência para cada técnico assinar.
- ✓ Conferir se têm documentos para serem expedidos via protocolo.
- ✓ Arquivar e protocolar as perícias que já foram entregues a unidade.

Atividades semanais:

Segunda-feira:

- ✓ Encaminhar relatórios para a confecção de passes (DTTRANS).
- ✓ Conferir mercadorias (gêneros alimentícios).
- ✓ Digitar perícias.

Terça-feira :

- ✓ Fazer pedido de almoxarifado.
- ✓ Fazer controle de impressos.

Quarta-feira:

- ✓ Imprimir formulários para perícia.
- ✓ Imprimir relatório médico.
- ✓ Imprimir relatório para passe.
- ✓ Imprimir folha de produtividade.
- ✓ Imprimir cartão de aprazamento de consulta.

Quinta-feira:

- ✓ Conferir material do almoxarifado

Sexta-feira :

- ✓ Controlar produtividade dos médicos, psicólogos e assistente social.
- ✓ Solicitar dos técnicos os laudos das APAC's.
- ✓ Fazer pedido de gêneros alimentícios.

Atividades mensais:

- ✓ Digitar APAC's
- ✓ Imprimir relatório magnético das APAC's
- ✓ Digitar BPA
- ✓ Imprimir calendário do mês
- ✓ Imprimir aniversariantes do mês
- ✓ Imprimir folha de frequência dos usuários
- ✓ Imprimir folha de frequência dos estagiários
- ✓ Imprimir folha de frequência dos cargos de confiança
- ✓ Informar ao Setor Financeiro o total de pães e quentinhas utilizados no mês.
- ✓ Calcular produtividade dos médicos, psicólogos e serviço social.
- ✓ Entregar a funcionários vale-transportes e contracheques.

NORMAS E ROTINAS PARA A COORDENAÇÃO:

- ✓ Fazer escala da Equipe Técnica e da Higienização.
- ✓ Publicar escalas com uma semana de antecedência

- ✓ Atestar frequência de funcionários.
- ✓ Encaminhar frequência para o RH/SESAU.
- ✓ Encaminhar planilha de hora extra para o GASEC (Gabinete do Secretário de Saúde).
- ✓ Encaminhar avaliação de Estágio Probatório para o GASEC.
- ✓ Pegar vale-transporte no RH/SESAU.
- ✓ Pegar contracheque no RH/SESAU.
- ✓ Pegar folha de frequência no RH/SESAU.
- ✓ Atestar notas fiscais.
- ✓ Encaminhar notas fiscais para o Setor financeiro (SEMAD).
- ✓ Encaminhar perícias para o Fórum.
- ✓ Encaminhar perícias de outros municípios para a SESAU.
- ✓ Xerocar impressos.
- ✓ Encaminhar laudos para autorização de APAC's.
- ✓ Buscar APAC's autorizadas (Maricélia ou Paulina).
- ✓ Fazer conferência das APAC's
- ✓ Encaminhar APAC's e BPA's para a DIRCAS (Yumara).
- ✓ Pegar relatório de processamento das APAC's (Yumara).
- ✓ Fazer controle de mercadorias via nota fiscal.
- ✓ Gerenciar atividades desenvolvidas pelo NAT (Núcleo de Atividades Terapêuticas).

NORMAS E ROTINAS DE ATENDIMENTO NA FARMÁCIA:

Horário de funcionamento ao público: Segunda à sexta de 8:00 às 13:00h.

REQUISITOS PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

RECEITA ORIGINAL
CÓPIA DA RECEITA
RG DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL POR PEGAR A MEDICAÇÃO

- ✓ Os medicamentos só podem ser dispensados para pacientes do município(Alagoinhas).
- ✓ A dispensação é feita para o período de hum mês.

CABE AO ATENDENTE DE FARMÁCIA:

- ✓ Carimbar e datar a receita.
- ✓ Preencher formulário de dispensação.
- ✓ Contabilizar pacientes atendidos por dia.
- ✓ Fazer balanço diário das medicações dispensadas.
- ✓ Arquivar receitas.
- ✓ Arquivar formulários de dispensação.
- ✓ Orientar o paciente a respeito das medicações.
 - ✓ Informar quando as medicações atingirem o estoque de segurança.
 - ✓ Registrar no livro de protocolo da farmácia todas as entradas e saídas de medicamentos.

NORMAS E ROTINAS DO POSTO DE ENFERMAGEM

ATENDIMENTO MÉDICO

- ✓ Separar prontuários no dia anterior ao atendimento.
- ✓ Destinar um técnico de enfermagem para acompanhar o atendimento, de forma a organizar o fluxo dos pacientes e organizar a sala de espera.

REPOSIÇÃO DOS MATERIAIS

- ✓ Verificar quando assumir o plantão 7:00h o material que estiver faltando por meio do chek- list.
- ✓ Fazer pedido toda segunda-feira do mês, caso seja feriado, fazer no dia seguinte.
- ✓ Encaminhar pedido para a coordenação.
- ✓ Repor material no seu lugar.

REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS

- ✓ Verificar estoque quando assumir o plantão, por meio de chek -list
- ✓ Fazer pedido toda sexta- feira do mês, se feriado fazer no dia anterior
- ✓ Entregar pedido à farmácia até as 09:00h
- ✓ Repor medicação no local

DESTINO DOS LENÇÓIS SUJOS

- ✓ Retirar os lençóis sujos no início do plantão
- ✓ Fazer contagem, colocando-os em sacos plásticos
- ✓ Anotar quantidade em protocolo
- ✓ Enviar para o SAMU até as 7:30h para serem entregues na maternidade
- ✓ Forrar as camas com lençóis limpos

REPOSIÇÃO DOS LENÇÓIS

- ✓ Verificar no início do plantão o estoque de lençóis por meio do check list
- ✓ Fazer pedido e encaminhar para coordenação até as 9:00h
- ✓ No final de semana pedir 06 lençóis a mais.

CHEK-LIST - MATERIAIS

- Caixa lixo hospitalar - 2 unidades
- Álcool 70% - 2 Litros
- Lençóis descartáveis - 3 pacotes
- Lençóis limpos – 6 lençóis
- Ataduras de crepom 12 cm – 2 pacotes
- Ataduras de crepom 20 cm – 2 pacotes
- Avental descartável - 1 pacotes
- Esparadrapo - 2 unidades
- Gaze estéril - 30 unidades
- Lâmina de bisturi - 5 unidades
- Luva de procedimentos M – 3 caixas
- Luva de procedimento G – 3 caixas

- **Luva estéril 7,5 – 5 unidades**
- **Luva estéril 8,0 - 5 unidades**
- **Povidine tópico - 2 L**
- **Solução fisiológica 0,9% 500 ml - 10 frascos**
- **Solução fisiológica 0,9% 250 ml - 15 frascos**
- **Gelco 18 – 5 unidades**
- **Gelco 20 - 5 unidades**
- **Gelco 22 - 5 unidades**
- **Agulha 13 x 4,5 - 20 unidades**
- **Agulha 30 x 8 - 50 unidades**
- **Agulha 40 x 12 - 30 unidades**
- **Equipo macro gotas - 10 unidades Lourdes**
- **Equipo micro gotas - 5 unidades**
- **Escalpe 21 – 5 unidades**
- **Escalpe 23 – 5 unidades**
- **Fita HGT – 50 unidades**
- **Garrote – 2 unidades**
- **Máscara – 30 unidades**
- **Seringa 3 ml – 100 unidades**
- **Seringa 5 ml - 100 unidades**
- **Seringa 10 ml – 50 unidades**
- **Seringa 20 ml – 30 unidades**
- **Termômetro – 2 unidades**
- **Algodão – 1 rolo**

CHECK – LIST MEDICAÇÃO

MEDICAÇÃO	QUANTIDADE
Haloperidol	200 comprimidos
Fluoxetina	60 comprimidos
Melleril	40 comprimidos
Fenobarbital	200 comprimidos
Hidantal	40 comprimidos
Rivotril	200 comprimidos
Amitriptilina	40 comprimidos
Diazepam	200 comprimidos
Amplictil	200 comprimidos
Biperideno	40 comprimidos
Nortriptilina 50 mg	40 comprimidos
Nortriptilina 25 mg	40 comprimidos
Carbamazepina	200 comprimidos
Carbolitium	60 comprimidos
Prometazina	200 comprimidos
Clomipramina	40 comprimidos

MEDICAÇÕES INJETÁVEIS

MEDICAÇÃO	QUANTIDADE
HALOPERIDOL	18 AMPOLAS
DIAZEPAM	10 AMPOLAS
PROMETAZINA	20 AMPOLAS
FENOBARBITAL	30 AMPOLAS
AMPLICTIL	15 AMPOLAS

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO - HALDOL DECANOATO

- ✓ **Verificar livro de registro a data a ser administrada a medicação;**
- ✓ **Fazer registro em livro, anotando a data e região em que foi aplicada a medicação;**
- ✓ **Fazer apazamento em livro e cartão do paciente;**
- ✓ **Administrar a medicação.**