



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

CAROLINA LEÃO SOUZA

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA OS USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPS II
UFBA GARCIA: UM ESTUDO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO
SUPERVISIONADO**

Salvador

2017

CAROLINA LEÃO SOUZA

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA OS USUÁRIOS ATENDIDOS NO CAPS II
UFBA GARCIA: UM ESTUDO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO
SUPERVISIONADO**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Serviço Social do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção de grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Valéria Noronha.

**Salvador
2017**

CAROLINA LEÃO SOUZA

**A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA OS USUÁRIOS ATENDIDOS
NO CAPS II UFBA GARCIA: UM ESTUDO A PARTIR DA
EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO**

Trabalho de conclusão do curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Data: __/__/__ Nota: _____

Banca Examinadora

**Valéria Noronha – Orientadora _____
Prof. Adjunta do Curso de Serviço Social - Doutora em Serviço Social pela
-UFRJ**

**Josimara Aparecida Delgado- _____
Prof. Adjunta do Curso de Serviço Social – Doutora em Serviço Social pela
-UFRJ**

**Rosamélia Ferreira Guimarães _____
Prof. Adjunta do Curso de Serviço Social – Doutora em Serviço Social pela
-PUC/SP**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Rita, ao meu pai Jorge, à minha irmã Daniele por terem me incentivado sempre. Agradeço também às minhas tias, tios e primas que sempre me motivaram a continuar estudando.

Aos meus amigos e amigas da época de escola e da faculdade, colegas, professoras e professores, todos contribuíram bastante para que eu chegasse onde cheguei, finalizando mais um ciclo da minha vida.

Agradeço ainda às minhas supervisoras de estágio Jamile e Luisara, aos profissionais e usuários da unidade que fiz o estágio, pois pude aprender bastante com todos eles, contribuíram muito para a minha formação e também para que eu me tornasse uma pessoa melhor.

À minha orientadora e também amiga Valéria Noronha, sempre disponível para me conduzir neste processo, me acalmando e animando para que eu pudesse continuar, e sempre sabendo valorizar o meu esforço.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

Este trabalho foi elaborado com o objetivo de analisar a importância do vínculo familiar para os usuários atendidos pelo CAPS II-UFBA. Com a experiência de estágio supervisionado, foram identificadas inúmeras dificuldades relacionadas à população usuária que não possui referência familiar. Foi realizada uma pesquisa de campo com os usuários e profissionais vinculados ao respectivo CAPS. O estudo apresenta como uma das suas conclusões, o elemento da precariedade da rede como determinante para o tratamento dos usuários do CAPS.

Palavras- chave: Saúde Mental. Vínculo familiar. Rede de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This work was elaborated with the objective of analyzing the importance of the family bond for the users served by CAPS II-UFBA. With supervised internship experience, numerous difficulties were identified related to the user population that does not have family reference. A field survey was conducted with the users and professionals related to the respective CAPS. The study presents as one of its conclusions, the element of network precariousness as determinant for the treatment of CAPS users.

Key-words: Mental health. Family bond. Health Services Network

SUMÁRIO

I-INTRODUÇÃO.....	8
2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: PRINCIPAIS DESAFIOS NA GARANTIA DE DIREITOS.....	11
2.1. DA REFORMA SANITÁRIA À CONSTITUIÇÃO DO SUS: MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	12
2.2. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS IMPACTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NA LÓGICA ASSISTENCIAL.....	17
2.3. A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM SALVADOR: CONHECENDO A REALIDADE DOS CAPS.....	23
3. A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL: CONHECENDO OS PRINCIPAIS DESAFIOS.....	27
3.1. A FAMÍLIA E OS VÍNCULOS: REFLETINDO SOBRE AS POTENCIALIDADES DESTA RELAÇÃO NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL.....	28
3.2. PRINCIPAIS DESAFIOS NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS: CONTANDO BREVEMENTE A EXPERIÊNCIA NO CAPS II UFBA GARCIA.....	31
4. A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA INSTITUIÇÃO CAPS II UFBA GARCIA: REFLEXÕES ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA OS USUÁRIOS DA INSTITUIÇÃO.....	37

4.1. O PERCURSO METODOLÓGICO.....	37
4.2. PRINCIPAIS REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS VÍNCULOS FAMILIARES CONSIDERANDO A REALIDADE DO CAPS II-UFBA-GARCIA.....	39
V- APONTAMENTOS CONCLUSIVOS.....	54
VI- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXOS.....	59

I INTRODUÇÃO

Este estudo foi realizado tecendo reflexões sobre as dificuldades e os tipos de vínculos estabelecidos pelos usuários dos serviços que promovem a saúde mental, em especial os CAPS. Especificamente, o CAPS II - UFBA Garcia foi utilizado como o *locus* da pesquisa. Para isto, foi necessário compreender todo o processo de Reforma Psiquiátrica que produz significativamente a mudança de paradigma sobre a saúde mental. A Reforma inaugura um novo modelo de tratamento e atenção para a pessoa em sofrimento psíquico instituindo diretrizes e estratégias no campo do cuidado e atenção em saúde mental. Foi necessário também compreender o que é a família e como esta instituição se configurou ao longo da história.

O interesse pelo tema se deu a partir da experiência de estágio supervisionado no Centro de Atenção Psicossocial UFBA Garcia, com a minha participação nos grupos de família e na convivência cotidiana com os usuários. A inquietação foi decorrente em função do contato com os pacientes que não tinham uma única referência familiar e, a partir disso, foi possível perceber como era muito mais complicado para os profissionais e para os próprios pacientes assegurarem o tratamento, podendo comparar os avanços no tratamento entre os usuários com e sem o vínculo familiar.

De início, a ideia era discutir apenas as dificuldades dos usuários que não tinham vínculos. No entanto, é necessário entender e abordar a totalidade desta situação para identificar melhor tais dificuldades, com a intencionalidade de buscar captar de que forma os vínculos familiares são estabelecidos. Então, a partir de tais observações, surgiu o questionamento: quais são as implicações provenientes da falta de vínculos familiares para os portadores de transtorno mental?

O objetivo geral do trabalho é analisar quais são as dificuldades enfrentadas pelos usuários do CAPS II UFBA que dispõem de pouco e/ou nenhum vínculo familiar comparando com os usuários que tem vínculos e verificar se as propostas terapêuticas oferecidas a este público correspondem às suas reais demandas. Para entender e refletir sobre esta questão, foi preciso trabalhar com um conjunto de objetivos a saber: primeiramente, identificar os tipos de vínculos familiares

existentes; em seguida saber quais as dificuldades vividas pelos pacientes da instituição que não tem vínculos; e verificar concretamente quais são os desafios existentes para os profissionais no cuidado do portador de transtorno mental diante das novas intervenções utilizadas para lidar com este público com relação a produção da autonomia destes.

Para a realização deste estudo, utilizou-se a pesquisa qualitativa, a pesquisa bibliográfica e documental. A pesquisa de campo foi feita na instituição onde ocorreu meu estágio supervisionado, cujos sujeitos da pesquisa foram: os profissionais e usuários da unidade. Como instrumento adotado foi empregada a entrevista semiestruturada. As reflexões acerca dos resultados da pesquisa centraram-se nas “falas” dos entrevistados, buscando uma problematização crítica com relação às mesmas. Como eixos teóricos importantes da pesquisa e que perpassaram o presente trabalho, foram elencados os seguintes elementos: os princípios da Reforma Psiquiátrica, da Política de Saúde Mental e do SUS, a atuação da equipe multidisciplinar do CAPS (este serviço como sendo a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica) e a diversidade presente na instituição familiar atual.

Buscou-se ao máximo não utilizar o senso comum para discutir esta temática. As reflexões foram feitas, também, a partir do contexto histórico do tratamento da pessoa com transtorno mental cuja cidadania e humanidade lhe foram negadas por várias vezes na história da sociedade e, no contexto atual, é preciso dar ênfase à essas conquistas para que não se retroceda mais uma vez.

A monografia foi dividida em três capítulos: o primeiro aborda a política de saúde no Brasil e a atenção em saúde mental, trazendo um contexto histórico sobre a saúde até a constituição do SUS – cuja a saúde se configura como um direito de todos, ainda destacando a relevância do processo de Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental e a organização da Rede de Saúde Mental no município de Salvador com foco nos Centros de Atenção Psicossocial. No capítulo dois, será discutido o vínculo familiar e a sua importância no processo terapêutico dos portadores de transtornos mentais, abordando brevemente sobre a história da família, as potencialidades da relação familiar e as dificuldades da mesma e, no terceiro capítulo serão evidenciados os relatos das entrevistas, explicando a metodologia utilizada para a pesquisa e fazendo análise das respostas obtidas com

as entrevistas a partir do referencial utilizado para a elaboração desta monografia. Por fim, estão registrados os apontamentos conclusivos que finalizam este trabalho e as referências bibliográficas usadas.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: PRINCIPAIS DESAFIOS NA GARANTIA DE DIREITOS

A política de saúde brasileira é perpassada por múltiplos projetos políticos, um deles é o projeto de mercantilização da saúde que visa privatizar os serviços de saúde, retirando os direitos já assegurados no processo de prestação da assistência em saúde. O outro projeto vem buscando de forma contínua assegurar a defesa do Sistema Único de Saúde- SUS entendendo a saúde como um direito humano, universal e gratuito.

A atenção à saúde mental no país não segue por um caminho diferente. Há muito que se debater e avançar na concretização dos direitos dos portadores de transtornos mentais e de sua família, tendo em vista os estigmas sobre a loucura, as especialidades no atendimento a esta população, os condicionamentos dos transtornos e os possíveis tratamentos, até então, oferecidos para estes. Além disso, reconhecer o quanto a política ainda é restrita e não abarca a todas e/ou as especificidades da população portadora de transtorno mental e da sua família que também sofre com os problemas acarretados pelo transtorno.

Através de lutas, movimentos e reivindicações, além do interesse capitalista na produção e reprodução da classe-que-vive-do-trabalho, constituiu-se o atendimento público e universal à saúde.

Antes do SUS, a saúde era concebida no binômio doença-cura, cujas ações do governo consistiam apenas em conter epidemias através da obrigatoriedade da vacinação, passando, no século XX, a dar assistência aos que possuíam vínculo empregatício excluindo ainda uma grande parcela da população. Os que tinham poder aquisitivo pagavam pelo serviço de saúde enquanto os mais pobres ficavam a mercê da caridade oferecida pelas Santas Casas, cuja primeira surgiu em 1543. (Paim, 2009)

Entendendo a saúde como um direito, os movimentos sociais reivindicaram a criação de um sistema público que atendesse as demandas de toda a população, sem distinção de cor, raça, etnia, orientação sexual, sexo, gênero e classe. A criação do SUS é resultado do processo da Reforma Sanitária.

Junto à Reforma Sanitária, inicia-se a Reforma Psiquiátrica. Um movimento

que busca romper com as barreiras do conservadorismo e do preconceito ao portador de transtorno mental, além da mudança no cuidado com este público. Um cuidado que se refere ao “louco” como um ser humano dotado de direitos e deveres e autor de sua própria história.

Neste capítulo, contextualizarei um pouco do histórico do processo de Reforma Sanitária e psiquiátrica, discutindo o modo como se deu a constituição do SUS. Ainda, descrevendo brevemente, a rede de saúde mental em Salvador, dando ênfase aos CAPS e sua realidade enquanto serviço especializado no atendimento em saúde mental no âmbito do SUS.

É de fundamental importância, frisar como a lógica de mercado produz influências nesta realidade, trazendo um processo de sucateamento dos serviços através das condições de trabalho precarizadas impostas aos profissionais destas unidades, da escassez dos recursos oferecidos para o funcionamento do serviço e, junto a isso, a falta de manutenção nas estruturas físicas dos serviços.

2.1- DA REFORMA SANITÁRIA A CONSTITUIÇÃO DO SUS: MUDANÇA NO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

No período em que o Brasil era colônia de Portugal, havia uma básica organização no modelo de atendimento à saúde, onde os problemas relacionados às questões de higiene eram de responsabilidade das autoridades, assim como o saneamento da cidade e o cuidado com a profilaxia das doenças epidêmicas além dos problemas advindos do trabalho que ficavam sob o cuidado do *físico-mor*. De acordo com Paim (2009), os mais pobres ficavam a mercê da filantropia, cenário este que só vai mudar no século XX, quando se entende que saúde é um direito universal.

No final da década de 1820, as responsabilidades com a saúde pública tornaram-se atribuição dos municípios para que estes pudessem administrar com mais eficiência estas demandas. Com o processo da industrialização na transição do século XIX para o século XX, a demanda por saúde surge como um fator preocupante, visto os inúmeros problemas que este processo acarretou na vida do

povo, contando com os acidentes de trabalho, as doenças se espalhavam com facilidade, devido ao inchaço das cidades e da precariedade das condições de higiene e saneamento da população, contando ainda com as moradias insalubres em locais onde insetos e ratos transitavam com facilidade, tornando-se um ambiente extremamente propício para a propagação de doenças. (Paim, 2009)

Neste período, já no regime republicano, os principais problemas de saúde se resumiam nas epidemias de doenças o qual o poder público era responsável por atuar com medidas para a contenção destas como, por exemplo, a obrigatoriedade da vacinação. No século XX, já ocorriam movimentações populares reivindicando a mudança no modelo de organização sanitária, visto a ausência de resultados satisfatórios, principalmente para o povo, com a imposição da vacinação e com o sofrimento das doenças que persistiam em atingir a massa mais pobre da população. (Paim, 2009)

O governo Vargas foi um período aparentemente “favorável” aos trabalhadores, pois lhes foi garantido o acesso à saúde, no entanto, este acesso estava vinculado ao vínculo empregatício o que excluía boa parte da população além de que elitizava as profissões, visto que a qualidade do plano de saúde dependia do tipo de vínculo. É necessário ressaltar que, as “concessões” do governo aos trabalhadores tinham um caráter controlador pois visava evitar que os movimentos dos trabalhadores, naquele período, se tornassem mais radicais e passassem a reivindicar mudanças sociais mais profundas, visto que os direitos que o Estado garantia eram os mínimos possíveis. (Medeiros, 2001)

O questionamento sobre o modelo de atenção à saúde ganhou força na década de 1970, diante de um cenário de guerra fria e constante rivalidade entre o socialismo e o capitalismo. A influência do regime do Welfare State¹, nos demais países do mundo, disseminou a ideia do acesso aos mínimos necessários para a sobrevivência; introduzindo discussões sobre o acesso universal à saúde.

O debate sobre a democratização da saúde no Brasil encontra um terreno propício diante da defesa de um modelo com maior grau de democratização e

¹ O Estado de Bem- Estar ou o Welfare State, foi uma articulação de alianças de classes, onde só foi possível, através de um acordo de classe entre a organização dos trabalhadores e a burguesia, o que se denominou consenso do pós-guerra.

ruptura com práticas altamente biologicistas e centralizadoras no que tange à sua forma de gestão.

Até então, o cuidado com a saúde da população era restrito apenas aos trabalhadores e dependia do tipo de vínculo, onde eram criadas várias instituições que tinham praticamente o mesmo objetivo que era o de prover assistência médica aos empregados. Com o movimento das “Diretas Já” em 1984, surgem vários movimentos sociais contestando a ordem vigente, esta que já se mostrava desgastada além da repressão que o povo havia sofrido por tantos anos. Um dos movimentos constituídos neste período foi o da Reforma Sanitária, que defendia a criação de um novo modelo de saúde. (Bleicher, Bleicher, 2016)

Destaca-se em 1986, o papel estratégico da VIII Conferência Nacional de Saúde- uma das mais importantes na história brasileira- buscando democratizar as instâncias de saúde que são do e para o povo, lança em seu relatório final, cujos pontos culminam na criação da lei 8080, que é a Lei Orgânica da Saúde que regulamenta o SUS.

Até então, as Conferências Nacionais de Saúde contavam apenas com a participação de técnicos e não provocavam grande impacto sobre o sistema de saúde. Contudo, com a Oitava Conferência foi diferente. Além de representantes do governo e profissionais de saúde, havia também representantes da população. O que foi discutido nessa conferência foi a criação de um novo sistema. As resoluções que de lá saíram foram incorporadas, na maior parte, pela Constituição, promulgada em 1988. (Bleicher, Bleicher, 2016, p.17)

Neste relatório, um dos pontos citados de maior destaque é a ampliação do conceito de saúde, expansão do setor público para intervir nesta área, entendendo a saúde como um direito universal tendo em vista os fatores determinantes da saúde, a garantia desta pelo Estado, a não mercantilização da saúde, o fortalecimento municipal e a descentralização dos serviços. Como afirma Paim:

O SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil de acordo com princípios e diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis

subsequentes. (2009, p.51)

Neste novo conceito do que é a saúde há uma ampliação enorme do seu entendimento, considerando os determinantes sociais na produção da saúde x doença, fortalecendo as ações de prevenção, promoção da saúde, reabilitação e tratamento. Nesta abordagem, a produção da saúde está vinculada ao acesso a um conjunto de direitos básico e necessários à reprodução da vida material, tais como: saneamento, educação, trabalho, lazer, cultura, alimentação, segurança pública.

Além disso, a lei do SUS vem como uma forma de organizar o modelo de Atenção à Saúde já que, como foi dito anteriormente, haviam muitas instituições que realizavam o mesmo tipo de serviço, o que tornava o antigo modelo caro e ineficiente. O cuidado com a saúde da população expressa também o nível de organização social e econômica de um país. Organiza-se a coordenação do sistema de saúde a partir de cada esfera do governo: a federal sendo de responsabilidade do Ministério da Saúde criado em 1953, a estadual com a Secretaria Estadual de Saúde e a municipal com a Secretaria Municipal de Saúde. (Bleicher, Bleicher, 2016)

Neste processo de reorganização do modelo assistencial no âmbito do SUS, destacam-se algumas iniciativas estratégicas, visando garantir a cobertura e o atendimento da população, tais como: O Programa de Saúde da Família PSF² foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, embora se tem notícia de que já nesta data, guardadas suas particularidades, havia sido implantado em alguns municípios, entre eles, Niterói (RJ) em 1991; Itacarambi (MG) em 1993, entre outros. Desde então, tem sido uma das prioridades do governo federal, de alguns governos estaduais e municipais para reorganização dos serviços de saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF nasce, com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela “ineficiência do setor”; “insatisfação da população”; “desqualificação profissional”; “iniqüidades”. Atualmente, o modelo se estabelece como uma Estratégia em Saúde da Família- ESF, reforçando conceitos de territorialização, equipes multiprofissionais e famílias na dinâmica de prestação

² Ver em Dominguez (1998). “Programa de Saúde da Família como fazer”, Ed. Parma Ltda., S.Paulo, 1998. Silva Jr., A.G., Modelos Tecnoassistenciais em Saúde o debate no campo da saúde coletiva, Ed. Hucitec, 1998.

de cuidados.

A mudança no modelo de atenção à saúde, ao longo dos anos, possibilitou à população uma melhoria na qualidade de vida, garantindo o acesso universal à saúde não apenas como forma de curar uma doença ou seus sintomas. Além disso, vê-se o assistencialismo ainda arraigado na atenção da saúde, a focalização das políticas, a dita política para os “pobres” e, sendo assim, qualquer coisa serve e os retrocessos postos no século XXI. O SUS é uma das maiores conquistas do povo, pois qualquer um pode utilizar os serviços de saúde, sendo este um dos seus princípios: a universalidade; e não é assim em todo o mundo. Em alguns países, por exemplo, os serviços públicos só podem ser utilizados por quem comprovar que não tem condições de pagar um serviço particular e há países não existe sistema público de saúde. (Bleicher, Bleicher, 2016)

Além da universalidade, o SUS tem como princípios: a integralidade, a resolutividade, a descentralização, a participação da comunidade na política, a autonomia, a equidade, a intersetorialidade e a racionalidade. Este sistema também possui ações de vigilância sanitária e epidemiológica, da saúde do trabalhador, de alimentação/nutrição e saneamento básico, que funcionam de forma a prevenir doenças e epidemias e promover saúde ao povo. De fato, nos serviços da rede SUS todos estes princípios deveriam ser efetivos, porém, ainda há grandes empecilhos a serem enfrentados, desde os desvios na verba destinada a saúde como a “falta” de especialização profissional, estando ainda presente um forte componente conservadorismo dentro das instituições.

De acordo com Paim (2009), dentre tantos problemas que impossibilitam que o povo tenha acesso a saúde, destacam-se: a falta de organização e a má gestão do SUS:

As questões referentes ao acesso e à qualidade das ações e dos serviços de saúde no sistema de saúde brasileiro expressam os limites e distorções dos modelos de atenção vigentes. Guardam íntimas relações com problemas referentes à distribuição desigual da infraestrutura do sistema de serviços de saúde, especialmente do número de estabelecimentos e de trabalhadores de saúde. Tem a ver, também, com problemas não resolvidos no financiamento, organização e gestão do SUS. Revelam toda a crieza com que o poder público, de um modo geral, e a iniciativa privada, em particular, tratam os cidadãos e consumidores

de serviços. (p.89)

Ou seja, a ideologia neoliberal, defendida pelos representantes do mercado, está presente em todas as instâncias e setores da vida social. A intencionalidade nos últimos tempos é reforçar o desmonte de direitos, a ruptura com a universalidade e a produção de uma segmentação/exclusão social maior por dentro do sistema.

Junto ao processo da Reforma Sanitária, vem o desafio da Reforma Psiquiátrica, buscando também uma mudança no modelo de atenção à saúde e ao tratamento. Neste processo, o foco é o portador de transtorno mental, desde sempre já estigmatizado e excluído da sociedade. A Reforma Psiquiátrica vem lutando para instituir uma nova visão sobre o transtorno mental, ultrapassando apenas a dimensão biológica e moralizante, clamando por um resgate da humanidade daquelas pessoas que estão em sofrimento psíquico.

2.2- A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E OS IMPACTOS DA REFORMA PSQUIÁTRICA NA LÓGICA ASSISTENCIAL

O debate sobre o lugar que o “louco” deve ocupar na sociedade ainda gera muitas discussões e dúvidas. Com as mudanças políticas e ideológicas que ocorriam no século XX, o debate sobre a saúde mental ganhou lugar junto ao processo de reivindicação na mudança do modelo de atenção à saúde. A ideia sobre o trabalho na saúde mental também é questionada, visto que, como o conceito de saúde, definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), amplia-se passando a ser entendido como o “estado completo de bem-estar físico, mental e social” e não a ausência de doença, entende-se também que a saúde mental não deve ser vista apenas como às questões relativas aos transtornos mentais, mas como um conjunto de fatores que permeiam diversas áreas do conhecimento que se inter cruzam para construir respostas que atuem sobre as questões relativas ao sofrimento psíquico dos usuários e de sua família e comunidade.

O transtorno mental está presente desde os primórdios da humanidade. O

louco vivia de forma diferente a depender do local e da época. Nas eras antigas, os portadores de transtornos mentais viviam na sociedade como qualquer outra pessoa, sendo considerados como passíveis de serem curados podendo ser enjaulados a depender da agressividade de cada um. Houveram períodos na sociedade em que o louco era tido como um deus, pois se acreditava que este tinha acesso às visões da divindade. Ainda nesta época já eram criados os espaços para o tratamento da loucura, mas, foi apenas no século XVII que o louco passou a ser excluído da sociedade. (Bleicher, Bleicher, 2016)

Até o século XIX, coexistiam diferentes tipos de cuidadores, respondendo também a diferentes expressões do que se compreendiam como necessidades de saúde, relacionadas aos “modos de andar a vida” de cada tempo e de cada sociedade, como define Canguilhem (1990). Ou seja, as práticas cuidadoras respondiam a necessidades de saúde que variavam conforme as diferentes compreensões sobre o aparecimento e desaparecimento das doenças, sua maior ou menor intensidade e a maior ou menor importância que adquiriam em diferentes formas de organização social. Ou seja, muito antes de se correlacionarem doenças com alterações morfofuncionais dos corpos, já se identificavam doenças, dotadas de realidade própria e externas aos corpos (pois somente assim se poderiam explicar suas variações). A essas concepções sobre o que seriam as enfermidades correspondiam comportamentos coletivos designados como desejáveis ou não desejáveis, que expressavam um padrão geral de normatividade, que correspondia a estruturas culturais amplas, mas que variavam também de acordo a diferentes estratos sociais (Gonçalves, 1994). (Merhy, p.1)

As teorias sobre o transtorno mental, sua origem, causas, consequências e tratamentos eram elaboradas e percorriam questões ligadas desde à genética até a imoralidade. Muitos dos tratamentos usados eram cruéis e desumanos e tinham por intuito ter controle sobre o louco, como se este fosse um animal selvagem. Acreditava-se também que a exclusão era uma boa forma de curar o transtorno mental até mesmo porque este poderia contaminar outras pessoas.

Para Amarante (2007), as experiências em outros países revelam que o modelo hospitalar estava esgotado e para superar este modelo deveriam ser criados serviços que diminuíssem a necessidade do hospital psiquiátrico. Desta forma, este último seria desmontado aos poucos. Ou seja, era necessário considerar outros

aspectos para tratar a temática do transtorno mental. Apenas o fator biológico já não dava mais conta de responder às novas discussões e às mudanças que vinham ocorrendo no mundo. As questões éticas e políticas, os aspectos sociais, culturais e econômicos deveriam ser parte da intervenção dos profissionais que tratariam das pessoas em sofrimento psíquico.

No Brasil, o tratamento dado a loucura não seguiu por um caminho diferente. Antes da criação dos asilos, as pessoas com transtornos mentais viviam abandonadas, fazendo parte da paisagem urbana. Quando agressivos, estes eram presos ou amarrados para evitar danos à terceiros e os que tinham vínculos familiares eram, por vezes, enviados à Europa para se tratarem. O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi o Hospício de Pedro II, construído em 1852 onde se utilizava a eletroterapia, a hidroterapia e oficinas de trabalho e de artes, tendo um caráter autoritário e segregador. Na Europa, começava-se a questionar esse modelo de tratamento. No Brasil, na década de 1970, em meio a ditadura militar, é que a Reforma Psiquiátrica inicia sua emergência com as denúncias e primeiras tentativas de humanização nos hospitais psiquiátricos. Como afirma Ferreira (2006), neste período, o trato ao portador de transtorno mental se dava apenas pela medicalização, além das outras tantas questões que tornavam o serviço ineficaz e desumano:

O poder centralizador do hospital psiquiátrico e o elevado índice de internações passaram a ser consideradas as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos. A forte recessão, derivada da política econômica que obedecia a grupos de pressão internacionais, tinha como consequência a precariedade do trabalho, a acelerada baixa da renda familiar e o índice alarmante de miséria absoluta, o que exigia maior atenção da saúde. Paralelamente, percebia-se a falta de recursos especialmente no aparato dos serviços sanitários onde havia ainda, o clientelismo na esfera pública, o investimento da rede privada – favorecendo o desmonte da coisa pública – e o pouco interesse do poder legislativo em valorizar as políticas sociais. Todos esses são fatores que contribuíram para a ineficácia e a não resolução dos serviços. (p.132)

Ou seja, o cenário de repressão do Estado brasileiro, de incentivo ao capital estrangeiro, de enxugamento das políticas públicas e sociais, gerava mais exclusão

e desigualdades sociais foi o momento propício para que os movimentos sociais se afirmassem e buscassem mudanças na ordem vigente. Com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que desemboca na lei nº 8080, abre-se também espaço para a saúde mental.

A 8ª Conferência estabelece também as bases para a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. Apresentam-se denúncias sobre a violência e os maus tratos a que estão expostos os internos dos hospitais psiquiátricos. Exige-se a Reforma Psiquiátrica. (Ferreira, 2006, p.136)

O fechamento da Casa de Saúde Anchieta no final da década de 1980 e a Declaração de Caracas foram importantes fatores que marcaram o início da Reforma Psiquiátrica. O primeiro teve o objetivo denunciar os maus tratos sofridos pelos pacientes naquele local enquanto o segundo tinha princípios que buscavam humanizar o portador de transtorno mental e a garantia de serviços que oferecessem tratamento de qualidade para que o louco pudesse conviver em sociedade. (Ferreira, 2006)

Em tese, os defensores da Reforma Psiquiátrica defendiam o fim dos manicômios, já que não havia nenhum cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico nestes locais, pelo contrário, havia um tratamento extremamente desumano, abuso contra os pacientes além de que os empregados trabalhavam em péssimas condições, existindo um grande esquema de corrupção às custas dos internamentos de muitas pessoas, onde se ganhava mais com o paciente que estivesse internado por um maior tempo no hospital. Há muitos relatos reais de que eram internados qualquer pessoa que fugisse aos padrões estabelecidos naquele período, desde o louco a órfãos, mendigos e até mesmo filhas de fazendeiros que perdiam a virgindade antes do casamento, este como um valor moral do período.

Mudando-se a prática manicomial excludente para uma prática onde as pessoas em sofrimento psíquico convivam em sociedade, torna-se necessário que estas pessoas passem a ter um novo suporte tanto para a manutenção e acompanhamento do tratamento quanto aos momentos de crise com suporte social. Então, a família passa a ter um papel fundamental no cuidado com estes indivíduos. Na II Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1992, mobiliza-se para a

desinstitucionalização e começa-se a financiar e implantar os novos serviços substitutivos. (Vasconcelos, 2010)

Em 2001 é sancionada a Lei 10.216 de Paulo Delgado instituindo a Política Nacional de Saúde Mental, composta por 13 artigos que dispõem sobre o direito e a humanização no tratamento dos portadores de transtornos mentais, a presença da família no cuidado destes, sobre a proteção a qualquer forma de abuso, ao sigilo das informações prestadas, tratamento da forma menos invasiva o possível e preferencialmente em um ambiente comunitário de saúde mental além de dispor também sobre as formas de internação que só se dará quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes para o cuidado do portador de transtorno mental e que o Estado tem a obrigação de desenvolver esta política e de prestar assistência para esses indivíduos. (Brasil, 2001)

Para atingir os objetivos da Reforma Psiquiátrica, cria-se a Rede de Serviços de Atenção Psicossocial- a RAPS, que são um conjunto de serviços que permitem que as pessoas com problemas mentais e pessoas que sofrem com os problemas acarretados pelo uso de álcool e outras drogas tenham tratamento em um modelo de atenção aberto através do SUS. A RAPS é composta pelos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que se dividem de acordo com a quantidade da população habitante e público atendido entre CAPSi (CAPS infantil), CAPS ad (álcool e outras drogas), CAPS I, CAPS II e CAPS III; pelos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), pelos Centros de Convivência e Cultura, pelas Unidade de Acolhimento (UAs), pelos Consultórios de Rua e pelos leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). Esta rede está presente também no programa de *Volta para Casa*, que oferece bolsas para pacientes egressos de longas internações em manicômios como uma das estratégias de desinstitucionalização. A RAPS é financiada pelo Ministério da Saúde e pelo Fundo Nacional de Saúde, sendo o recurso repassado para os Estados e os Municípios. (Ministério da Saúde, 2013)

O CAPS é a principal estratégia da Reforma Psiquiátrica, pois ele, como um ambiente aberto, busca estimular a integração da pessoa com transtorno mental na sociedade e com a sua família por meio das oficinas em grupo, pretende fortalecer a sua cidadania, uma vez que o enclausuramento nos manicômios produzia condições subumanas. A assistência nos CAPS além de oferecer tratamento

respeitando as singularidades dos sujeitos a partir do plano terapêutico individual, estimula a participação dos usuários e suas famílias nas oficinas de acordo com seus interesses.

O CAPS lida com o sofrimento humano que pode ou não tomar a forma de transtorno mental. Assim, não importaria o diagnóstico e nem a gravidade do sofrimento ou transtorno: o CAPS seria responsável pelo cuidado e pelo acompanhamento da pessoa em sofrimento. Foi criada a nomenclatura “Transtornos Mentais Severos e/ou Persistentes” quando se apresenta um quadro de grave comprometimento psíquico. (BRASIL, 2015: p.120)

Desta forma, é possível perceber a busca pela humanização nos serviços, referentes a um dos princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, compreendendo os sujeitos, suas histórias de vida, seu território, sua cultura, dentre outros tantos aspectos que formam e integram cada pessoa.

Além dos novos serviços e da Política de Saúde Mental, devemos nos ater sempre para a principal lei³ que protege socialmente a pessoa em sofrimento psíquico conferindo o direito de ter uma renda, quando este e sua família não tem condições de reprodução material e o indivíduo não tem condições de ingressar no mercado de trabalho. Tais mudanças na assistência ao portador de transtorno mental e à sua família refletem os avanços da Reforma Psiquiátrica no país, buscando cada vez mais quebrar com os antigos preconceitos sobre a loucura.

Apesar dos cuidados, da mudança no modelo de atenção em saúde mental permitindo que as pessoas com transtornos mentais pudessem ter sua humanidade resgatada, ainda há grandes empecilhos que impedem a efetividade no tratamento dos usuários. Além do sucateamento dos serviços públicos, da falta de capacitação dos profissionais para atuar nestes espaços e da precarização do trabalho, há muita burocratização e uma excessiva institucionalização nestes novos serviços dentre outros fatores, como diz Vasconcelos (2010):

As enormes dificuldades que temos enfrentado na luta pela reforma psiquiátrica e pela reforma sanitária no Brasil significam na verdade um desafio com dimensões muito mais amplas: o processo de universalização das políticas

³ A Lei Federal nº 10.216/2001 – uma conquista do movimento social organizado e que deu respaldo e legitimidade ao processo de Reforma Psiquiátrica – dispõe sobre a proteção das pessoas com transtornos mentais e redireciona todo o modelo assistencial na área, reconhecendo como direitos.

sociais em contexto periférico ou semiperiférico, como no Brasil, vem se dando em plena crise das políticas de bem-estar social no plano mundial, ou seja, sob a hegemonia e expansão de um longo ciclo histórico de políticas neoliberais, com desemprego estrutural, precarização das políticas sociais públicas e de induzir desassistência. (p.22)

Ou seja, não é uma questão apenas do âmbito governamental, mas das transformações do capitalismo que afetam principalmente as classes mais pobres e os mais vulneráveis. No entanto, o cenário de regressão pode ser também um estímulo para que a Reforma Psiquiátrica se aprofunde e ganhe mais força, na busca para que os direitos não sejam violados, perdidos e para que se ampliem e possam ser, de fato, universais.

2.3- A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM SALVADOR: CONHECENDO A REALIDADE DOS CAPS

A organização da atenção à saúde é territorializada buscando respeitar as singularidades históricas e sociais de cada região sendo as prefeituras, os governos do Estado e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde as responsáveis por esta organização e pelo repasse de verba. A rede⁴ de saúde mental segue por essa mesma lógica, de forma que consolide os princípios da Política Nacional de Saúde Mental, garantindo a livre circulação dos portadores de transtornos mentais, seu cuidado, convívio social e familiar. Reconhecem a necessidade da ampliação dos serviços de saúde mental, a Secretaria Municipal de Salvador, em 2005, assinou um Termo de Ajuste de Conduta (TAC) onde se comprometeria em ampliar e fortalecer a rede de serviços, implantando mais CAPS e Residências Terapêuticas, casas com

⁴ Rede, aqui entendida como um conceito que se amplia e expõe seus paradoxos, pois pode apresentar-se como dispositivo de poder (segundo Foucault, o surgimento dos saberes e as suas relações formando uma rede conceitual, possibilita dentro de alguns campos a radicalização de processos de dominação a partir da tematização do homem como objeto e como sujeito concomitantemente) e também como dispositivo de *empowerment*: “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social.” (VASCONCELOS, 2003, p.20)

capacidade para no máximo oito pacientes com o objetivo de “abrigar” egressos dos hospitais psiquiátricos com longo tempo de internação que perderam os seus vínculos familiares, e aderir ao Programa de Volta para Casa ao qual permite que portadores de transtornos mentais que estavam há anos internados em hospitais pudessem retornar para suas famílias e para a sua comunidade. (Santana et al, 2010)

Com o objetivo de organizar a atenção à saúde, a cidade de Salvador dividiu-se em 12 distritos sanitários: São Caetano/ Valéria, Cajazeiras, Subúrbio Ferroviário, Pau da Lima, Cabula/ Beirú, Itapuã, Boca do Rio, Barra/ Rio Vermelho, Brotas, Liberdade, Itapagipe e Centro Histórico. Os atendimentos nos CAPS seguem a lógica da territorialidade⁵, aos quais os usuários fazem o tratamento no CAPS do distrito em que moram como forma de facilitar o seu acesso à unidade e também o acesso dos profissionais ao usuário. No município, atualmente, a rede de atenção à saúde mental segue pela seguinte divisão: 18 CAPS divididos entre 2 CAPSi, 2 CAPSad, 10 CAPS II e um CAPS III ad- o Gey Espinheira; três ambulatorios de saúde mental: O Centro Terapêutico Municipal Álvaro Rubim de Pinho, o Centro de Saúde Mental Aristides Novis e o Centro de Saúde Mental Oswaldo Camargo, três hospitais psiquiátricos sendo de responsabilidade do Governo do Estado: o Juliano Moreira, o Sanatório São Paulo e o Mario Leal que dispõe de 30 leitos masculinos, uma farmácia e a parte do ambulatório. Quanto às Residências Terapêuticas⁶, em Salvador existem seis unidades cujos pacientes fazem tratamento nos CAPS mais próximos das residências que estão ocupando.

⁵ [...] a linguagem cotidiana freqüentemente confunde território e espaço. [...] Para uns, o território viria antes do espaço; para outros, o contrário é que é verdadeiro. Por território entende-se geralmente a extensão apropriada e usada. Mas o sentido da palavra territorialidade como sinônimo de pertencer àquilo que nos pertence [...] esse sentimento de exclusividade e limite ultrapassa a raça humana e prescinde da existência do Estado. Assim, essa ideia de territorialidade se estende aos próprios animais, como sinônimo de área de vivência e de reprodução. Mas a territorialidade humana pressupõe também a preocupação com o destino, a construção do futuro, o que entre os seres vivos, é privilégio do homem. Num sentido mais restrito, o território é um nome político para o espaço de um país. (SANTOS, 2001)

⁶ Os Serviços **Residenciais Terapêuticos**, também conhecidos como **Residências Terapêuticas**, são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas com transtornos mentais que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem. BRASIL. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Os ambulatórios, apesar de estarem situados em distritos sanitários, não seguem a lógica da territorialidade, visto que não há demandas específicas como, por exemplo, a visita domiciliar. Estes atendem a todos os habitantes do município. Os CAPS trabalham em parceria com as USF (Unidades de Saúde da Família). A Atenção Básica dentro desta perspectiva pretende compartilhar o cuidado com o portador de transtorno mental para que se possa atender tanto as suas demandas psíquicas e sociais quanto as demandas clínicas, frisando que a internação nos hospitais psiquiátricos seria a última alternativa de tratamento com relação aos casos de crise. Esta divisão é referente aos distritos sanitários da cidade e atende a população destes distritos, como forma de facilitar o acesso dos usuários e das famílias às instituições.

Além das USF, os CAPS também atuam em parceria com outras instituições que tem como objetivo oferecer cuidados em saúde, oferecer cultura, lazer e esporte além de dar acesso à direitos de todo cidadão. São órgãos estes como o consultório de rua destinado para pessoas em situação de rua; os CRAS- Centros de Referência da Assistência Social e CREAS- Centros de Referência Especializados da Assistência Social; os museus, praças, parques, escolas e creches; a Faculdade de Música e de Odontologia da UFBA- Universidade Federal da Bahia, dentre outras tantas instituições e organizações de modo que complemente e auxilie no tratamento dos portadores de transtornos mentais. (Valverde, 2013).

Apesar desta lógica de uma rede ampliada que não se restringe apenas à questão do acesso à medicação, constata-se que os CAPS presentes na cidade de Salvador não são suficientes para atender a demanda e há falta de profissionais, principalmente na área de arte e educação. (Valverde, 2013). Em média, são mais de mil usuários matriculados em cada Centro de Atenção Psicossocial em Salvador. Os recursos humanos disponíveis na rede não conseguem atender a esta demanda, pois há muitas questões envolvendo os pacientes e seus familiares, tendo em vista o despreparo dos profissionais para lidar com pessoas com transtornos mentais e seus familiares, pois a ideologia manicomial ainda está arraigada na sociedade além de outros tantos fatores como as condições de trabalho e o sucateamento dos serviços. Como afirmam Santana et al. (2010):

Entretanto, a quantidade de CAPS ainda é insuficiente para atender a demanda da população. Então se hospitais psiquiátricos são fechados ou têm seus leitos reduzidos, alguns pacientes ficarão sem tratamento. Isto porque as alternativas criadas ou ampliadas para substituir o antigo modelo de tratamento ainda não chegam a todos os portadores de transtorno mental, pois, ainda existem comunidades nas quais a Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu que fossem criados CAPS, mas que até hoje não receberam a unidade do serviço.

Atualmente, alguns CAPS da cidade estão com as matrículas suspensas devido à ausência de psiquiatra nas unidades, o que termina por comprometer a continuidade do tratamento dos usuários destas instituições dentre outras tantas questões. A política neoliberal e de enxugamento dos gastos “facilita” o sucateamento dos CAPS, já que a maioria da população atendida é de baixa renda e alguns possuem condições muito precárias de sobrevivência e esta lógica do capital tem como ideário reforçar que tais políticas devem ser “pobres” destinadas exclusivamente aos pobres. Além disso, o acesso à saúde para a população ainda é restrito. Há pouca divulgação dos serviços que disponibilizam tratamento gratuito além de que o transporte gratuito não é um direito garantido à todas as pessoas que tem transtornos mentais, o que se torna mais um empecilho para a população usuária que acessa os CAPS e outros serviços para realizar o seu tratamento.

3. A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO PROCESSO TERAPÊUTICO NO ÂMBITO DA SAÚDE MENTAL: CONHECENDO OS PRINCIPAIS DESAFIOS

A Reforma Psiquiátrica possibilitou um novo olhar sobre o portador de transtorno mental, sendo este visto como um ser humano dotado de direitos e autor de sua própria história. Desta forma, o cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico também se alterou, como já dito anteriormente. Antes mesmo da Reforma, já se faziam estudos sobre a instituição familiar e sua relação com o parente que tem transtorno mental, mas foi após a Reforma Psiquiátrica que a família passou a ter destaque e exercer um papel fundamental neste processo, tendo em vista que, geralmente, é neste meio que se dão os primeiros contatos com o social e onde se iniciam os vínculos afetivos.

A Política Nacional de Saúde Mental, em seu artigo 2º no inciso II deixa claro a inserção da família e da comunidade como parte do tratamento da pessoa com transtorno mental, atendendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica e esta mudança de paradigma, de fato, trouxe melhores resultados do que a internação a longo prazo. No entanto, há portadores que não dispõem de vínculos ou que a própria família contribui para o adoecimento desta pessoa o que dificulta muito a adesão ao tratamento e a estabilidade psíquica e social destes usuários. Então, a conduta dos profissionais, após a Reforma, está centrada em aproximar a família do cuidado com o paciente, buscar fortalecer os vínculos e criar outras estratégias para que o portador de transtorno mental.

Diante de todas essas questões num contexto atual, é preciso discutir as novas configurações familiares e o conceito de família, pois não é mais possível considerar apenas que família é um grupo formado por um pai, uma mãe e seus filhos além das outras pessoas unidas por graus de parentesco. É preciso considerar os afetos, as histórias de vida e como as pessoas estarão lidando com o transtorno mental, tendo que cuidar do portador, dos outros membros da família e dele próprio.

Neste capítulo serão discutidos os conceitos de família e de vínculos, onde essa nova forma de compartilhar o cuidado provoca mudanças para as pessoas em

sofrimento psíquico. Ainda, serão pontuados alguns desafios existentes nesta relação familiar, principalmente quando se trata da pessoa com transtorno. As reflexões registradas foram extraídas a partir da experiência de estágio supervisionado no CAPS II UFBA Garcia.

3.1- A FAMÍLIA E OS VÍNCULOS: REFLETINDO SOBRE AS POTENCIALIDADES DESTA RELAÇÃO NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Por família entende-se um conjunto de pessoas ligadas por laços sanguíneos ou que mantenham relações afetivas ainda que não tenham nenhum grau de parentesco. No Brasil, tem-se a família como a instituição mais importante na construção e formação da identidade dos sujeitos, de forma que é também um espaço onde se aprende valores morais, pessoais e ideológicos. (Rosa, 2010)

É preciso destacar que a instituição familiar passou e vem sofrendo mudanças ao longo da história, a qual cada sociedade e cada cultura teve suas alterações particulares, como afirma Engels em “a Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado”, que a família sempre sofrerá modificações na medida que a sociedade evolui para um nível mais elevado. (Engels, 2014).

Ademais, com o advento feminino no mercado de trabalho, por volta do século XX no Brasil onde a industrialização teve seu ápice de desenvolvimento, o modelo de família o qual o homem era o único provedor da casa foi perdendo força e, atualmente, em muitas sociedades é comum ter a mulher como provedora do lar também, muitas vezes, como a única, quando há casos de abandono paterno. Este empoderamento da mulher foi uma grande conquista, porém, as tarefas domésticas continuaram sendo como responsabilidade da mulher, o cuidado dos filhos e no caso destes adoecerem, a sobrecarga em muitos casos é da mulher também.

No final do século XX até os dias atuais, estes modelos passaram a ser contestados. Predomina-se uma maior liberdade e prazer individual onde já não é incomum encontrar pessoas que vivem suas vidas sem se casar ou constituir uma união estável e ter filhos ou pessoas que moram com seus pais e/ou responsáveis pelo resto da vida. É preciso dizer também que existem relações entre pais e filhos

que não se constroem com base em afeto e cuidado, o que pode ser a causa de problemas ou transtornos tanto na infância como na vida adulta.

Apesar de todas estas transformações, é possível encontrar todas as formas de instituições familiares, tanto as mais tradicionais como as modernas, e pessoas ou representantes com variados tipos de pensamentos sobre a ideia de família, influenciando ou não a direção das políticas públicas e sociais para os núcleos familiares mais subalternizados.

Na política de saúde mental construída a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da lei do SUS, a família é incluída na vida e tratamento do seu parente com transtorno mental como uma estratégia de reinserção destes sujeitos na sociedade e de manutenção dos laços familiares onde se busca ter e manter um contato de referência destes usuários.

Esta política também prevê cuidados a família, pois se entende que a mesma também sofre junto com o seu parente em sofrimento psíquico. Estimula-se a participação da família no processo terapêutico e a garantia dos seus direitos no acesso e utilização de bens/serviços públicos. Além disso, incentiva-se a família para atuar nas lutas políticas relativas à saúde mental dentro e fora dos serviços. Dentro dos serviços são feitas assembleias dos usuários e familiares que se constituem como um dispositivo de discussão acerca de questões de ordem institucional, terapêutica, inclusão social, promoção de cidadania além da participação política dos usuários e familiares. Nestes espaços também são feitas sugestões e críticas a respeito do funcionamento do serviço. Todas estas transformações se deram graças ao movimento da luta antimanicomial iniciado na década de 1970, quando os familiares apoiaram a greve dos profissionais da saúde mental e envolveram os usuários no processo da reforma. (Rosa, 2010)

A luta política antimanicomial articula familiares, usuários e serviços fortalecendo a política de saúde mental, garantindo maiores direitos. No ano de 2009, ocorreram vários movimentos a favor da ampliação de programas e projetos para os portadores de transtornos mentais, ampliação da rede de serviços substitutivos, a favor da ruptura de antigos procedimentos psicoterapêuticos como o ECT, acesso a direitos como o BPC- Benefício de Prestação Continuada e o passe livre, dentre outras tantas questões que demonstram o crescimento da consciência

política das pessoas envolvidas neste processo o que é um importante passo para a concretização da Reforma Psiquiátrica. (Rodrigues, Vasconcelos, 2009)

Tendo em vista este processo de inclusão da família no tratamento dos portadores de transtornos mentais a partir da participação na luta antimanicomial além da mudança de paradigma sobre o usuário, passa-se a estudar e analisar mais as relações familiares a qual são vistas como um possível elo que favorece ou piora as condições de adoecimento do paciente. Muitas histórias de vida das pessoas com transtornos mentais revelam abusos e/ou violências praticadas no seio familiar, resultando no processo de adoecimento posterior. Apesar desta concepção, não se deve “culpabilizar” a família e tão pouco a deixar sobrecarregada com o enfrentamento de todos os problemas advindos do sofrimento psíquico deste. (Rosa, 2010)

No entanto, para que o tratamento com a inclusão do núcleo familiar possa ser efetivo e benéfico para o usuário com transtorno mental, é fundamental que a família compreenda ou ao menos se esforce para entender as questões do familiar adoecido, de forma que também entenda que os surtos e as crises deste não devem ser julgados moralmente, sem que seja demasiadamente crítica ou super protetora. Desta forma, conhecendo os momentos de crise do paciente, sua história de vida, seus hábitos e costumes, o que este gosta, do que não gosta, etc, a família poderá pensar e construir estratégias que proverão o cuidado deste junto a orientação profissional, principalmente no início do tratamento, quando a pessoa com transtorno não entende que está em processo de adoecimento. É relevante se atentar para a identificação dos impactos que o adoecimento psíquico de um membro da família causa em todo o núcleo. A família poderá conduzir determinadas situações de modo que não termine por gerar outros problemas no resto da família.

Tais impactos interferem diretamente na forma como a família se organiza cotidianamente. O adoecimento de um membro certamente irá alterar a rotina de seus parentes, no trabalho, nas suas relações com determinadas atividades e pessoas e as outras necessidades particulares de cada membro da família de maneira que se torna necessário que o cuidado seja compartilhado tanto com outros familiares quanto com os profissionais das instituições pela qual este é assistido, visto também as terapias e o uso adequado da medicação além das questões que

envolvem situações de cunho social a qual é preciso o acompanhamento de um profissional para resolver e/ou encaminhar as demandas do usuário. Assim, a família não deve ser a única cuidadora do parente com transtorno mental além de que não é obrigada a prestar esse cuidado, sendo o Estado e seus serviços os responsáveis por prestar esta assistência, tendo que pensar em novas estratégias para lidar e promover saúde com os usuários cujos vínculos são fragilizados ou ausentes. (Santin, Klafke, 2011)

Ainda tendo que enfrentar o problema da fragilidade e ausência dos vínculos e tantos outros, tem-se tido muitos ganhos com a inserção da família no processo terapêutico dos pacientes que são portadores de transtornos mentais, de modo que, cuidando dos usuários e seus familiares- é possível que as respostas do tratamento sejam mais satisfatórias e lhes tragam mais benefícios alcançando o objetivo de promover saúde mental.

3.2- PRINCIPAIS DESAFIOS NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS VÍNCULOS FAMILIARES: CONTANDO BREVEMENTE A EXPERIÊNCIA NO CAPS II UFBA GARCIA

A inserção da família no processo terapêutico dos pacientes em sofrimento psíquico ainda é uma estratégia recente, são grandes as dificuldades em se aproximar e/ou reconstruir os laços familiares devido a inúmeras causas, são estas que vão desde o conservadorismo, o moralismo e as questões religiosas que julgam o transtorno mental como sendo algo diabólico, da natureza humana ou da falta de caráter do outro e a falta de conhecimento sobre este assunto; à fatores de ordem econômica, a precarização dos serviços e às particularidades de cada família como questões de uso abusivo de substâncias psicoativas e aos históricos de surtos dos seus parentes, que por sua vez causaram imenso transtorno.

A religião pode, para algumas pessoas, contribuir para as suas questões subjetivas de como se enxergam no mundo e suas relações com os outros. Desta forma, seria uma aliada ao adoecimento psíquico, no entanto, o que se observa é que, em alguns casos, muitas famílias e grupos recorrem apenas a procedimentos

de cura espiritual, sendo extremamente resistentes aos medicamentos o que, por vezes, termina prejudicando a pessoa com transtorno mental, agravando sua situação e trazendo mais sofrimento a este. Em idades mais remotas da sociedade, a religião era, praticamente, o único modo de lidar com o transtorno mental, através de seus rituais e práticas, tais como: o exorcismo e a trepanação craniana, que consistia em uma pequena abertura no crânio para que os espíritos que causavam a loucura saíssem... (Lotufo, Lotufo, Martins, 2009)

Além da questão da cura espiritual e a resistência na medicação, algumas famílias religiosas e/ou conservadoras se afastam de seus parentes que são portadores de transtornos mentais pelo fato de que algumas de suas atitudes quando estão em surto são vistas como imorais como nos casos em que há intensificação na sexualidade e/ou este se torna extremamente promíscuo. Quando há o uso ou uso abusivo de substâncias psicoativas, isto também se torna um motivo para o afastamento dos outros membros da família, sendo religiosos, conservadores ou não, tanto pelas inúmeras consequências que estes tipos de usos podem acarretar como pelo fato de que isso pode parecer, para algumas pessoas, uma fraqueza do ser humano.

O uso abusivo está, em muitos casos, relacionado à questão econômica e a violência urbana, principalmente nas áreas mais pobres da cidade, onde muitas famílias se encontram em situação de vulnerabilidade, sendo os mais jovens, muitas vezes, expostos ao uso e comércio de drogas ilícitas.

Dentro da questão econômica, é necessário salientar a rotina dos familiares, que precisam trabalhar para manter o sustento da família e assim, por passarem praticamente o dia inteiro na rua e à noite terem que cuidar das coisas da casa além do cansaço, não dão conta de dar assistência ao seu parente com transtorno. Mais importante que a questão da rotina, a pobreza também é um fator que tem dificultado bastante esta construção de vínculos, tendo em vista que a rotina dessas famílias mais pobres terminam por ser mais exaustivas e desgastantes, que em alguns casos todos os membros da casa precisam ingressar no mercado de trabalho, seja de modo formal ou informal/precário, cujo este último modo pode gerar maior estresse no seio familiar e, mais uma vez, o parente com transtorno mental termina por ficar desassistido em seu lar. Como afirma, Rosa (2010):

As relações dos familiares dos segmentos empobrecidos são mais propensas a se romper pela instabilidade do homem com o assalariamento ocasionado pela própria estrutura do mercado de trabalho, que conforma determinadas regiões como expulsoras de mão-de-obra pela natureza sazonal de suas atividades produtivas, pela insuficiência salarial, relações empregatícias precárias, marcadas pela informalidade, e que não assegura direitos previdenciários e expõe ao risco do desemprego. A fragilidade do homem na condição de provedor impulsiona a família a lançar outros membros ao mercado de trabalho. (p. 277)

Nos serviços de atenção psicossocial, o número de usuários cuja situação econômica é precária constitui a grande maioria, muitos usuários não possuem condições de acessarem os serviços (seja por falta de dinheiro para o transporte e etc..), apresentam pouquíssimo acesso à cultura e ao lazer, além da baixa ou nenhuma escolaridade, dificultando mais ainda as ações dos profissionais voltadas para o bem estar dos pacientes, já que os recursos da rede de saúde mental são insuficientes para atenderem as demandas, tanto os materiais e principalmente os recursos humanos. (Rodrigues, Vasconcelos, 2009). Ademais, as estratégias utilizadas nos serviços substitutivos para promover a autonomia dos seus usuários ainda são poucas diante da pluralidade das histórias de vidas e das situações que são encontradas dentro destes estabelecimentos. Vasconcelos (2010), em sua obra “Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade”, ao explicar sobre os dispositivos residenciais que são utilizados como estratégia de desinstitucionalização psiquiátrica, explica a importância dessas estratégias na medida em que fala também sobre os vínculos dos usuários dos serviços substitutivos

Isso é fundamental na medida em que muitas vezes a vivência dessas dimensões pessoais foi muito empobrecida pelo institucionalismo ou pela violência da rua, e seus vínculos pessoais e sociais foram quebrados, deteriorados ou simplesmente não existem, tendo em vista não só as longas internações asilares, como também as atuais tendências econômicas e demográficas de aumento do desemprego, da exclusão social, de desagregação das estruturas familiares convencionais e, portanto, do número de pessoas desfiladas. (Vasconcelos, 2010, p.100)

Apesar da maioria dos usuários se constituir de um público de baixa renda, tais tipos de conflitos também se encontram nas famílias de classe média e famílias ricas.

Observando-se estas dificuldades de estabelecer o cuidado do usuário e de construir laços familiares, percebe-se que muitas delas estão ligadas à questão do trabalho, como a desarticulação comunitária a qual em muitos casos se dá pela busca de emprego ou de moradia a qual muitas famílias terminam por não se fixarem em um único local, de modo que não fortalecem ou até mesmo perdem os seus laços de vizinhança e de amizade; a entrada da mulher no mercado de trabalho justamente pela instabilidade do emprego de seu marido ou por sua renda ser insuficiente para manter a casa; e também às condições precárias de trabalho dos profissionais dos serviços de saúde mental além do sucateamento dos serviços, com poucos recursos materiais e humanos, sobrecarregando os funcionários das instituições e deixando muitas famílias e pacientes sem a atenção devida terminando também por causar descrença nos serviços públicos. (Vasconcelos, 2010)

Além do fator financeiro que implica em tantas outras dificuldades, há os valores que estão por detrás da cultura capitalista, que incentiva o consumismo e as relações humanas cada vez mais mercantilizadas, difundindo um individualismo e naturalizando as condições subumanas o que mais uma vez gera uma grande dificuldade de construção de vínculos familiares e principalmente afetivos. Esta cultura gera também uma grande massa de pessoas excluídas da sociedade, muitas destas são portadores de transtornos mentais que fazem ou não uso abusivo de substâncias psicoativas. Geralmente estas pessoas não possuem um único vínculo familiar e seus parentes se recusam a ter qualquer aproximação com estas, o que, mais uma vez, cria uma enorme dificuldade para os profissionais que assistem estes indivíduos. Muitos destes, além de todas estas situações, encontram-se em situação de rua, o que pode ser mais um fator de estresse ou de vulnerabilidade destes usuários. (idem)

No entanto, as famílias empobrecidas muitas vezes atuam de forma que uma se apoia nas outras e em outros parentes, como uma rede solidária de cuidado

onde obrigações e tarefas são divididas de modo que o cuidado seja eficaz. Utilizam também os recursos ofertados pelo poder público para resolver suas demandas. No Centro de Atenção Psicossocial UFBA Garcia, foi possível perceber o grande número de famílias de baixa renda que tinham apoio dos vizinhos e /ou de amigos ou parentes próximos para auxiliarem no cuidado do seu parente com transtorno. Como aponta Rosa (2010), percebe-se então as estratégias que as comunidades utilizam como forma de resistência e de sobrevivência diante das impossibilidades e da “desassistência” do Estado, este que atua sob a ideologia neoliberal e formula suas políticas a partir desta ideologia, ou seja, são políticas pobres e escassas as quais os mínimos recursos são dirigidos para os mais miseráveis dos miseráveis.

Além de todos esses fatores tanto constatados através da observação no serviço de atenção psicossocial como nas leituras com base no tema, tem-se ainda o fator de que mesmo que o propósito terapêutico seja aproximar a pessoa com transtorno mental de seu núcleo familiar e criar vínculos, é preciso considerar a vontade do usuário sobre qual o tipo de vínculo que ele quer estabelecer com sua família e se este deseja manter esta proximidade, pois, como já foi dito anteriormente, este pode ser um ambiente que lhe causa o adoecimento e de extremo sofrimento ou ser parte do que exclui o portador de transtorno mental, tanto por falta de compreensão quanto pela própria carga psicológica que o adoecimento traz a toda família. Há casos que existe um sentimento de culpa por parte da família ou do próprio portador de transtorno mental por não ser saudável ou que, por conta da doença, este não se torna incapaz de cumprir determinadas funções sociais como o trabalho.

Em geral os custos com os cuidados a serem ministrados são muito altos, visto que o portador de transtorno mental, na maioria dos casos, não é economicamente ativo e independente. Há ainda o fato de que dentro da dinâmica familiar, uma ou mais pessoas acabam por ficar responsáveis por esses cuidados, o que as impossibilita de entrar no mercado de trabalho e assim, de contribuir para a renda familiar, bem como impede sua realização pessoal e profissional. (Rosa, 2010, p.254)

Ou seja, o adoecimento de um membro da família não apenas o afeta, mas

sim a todo o núcleo, de forma que, por muitas vezes, é um empecilho na vida de outros parentes quando o cuidado com o familiar com transtorno mental passa a ser compartilhado com todos ou parte dos membros da família, ou mesmo quando se torna responsabilidade de uma única pessoa. Há muitos desafios que precisam ser enfrentados pela equipe multiprofissional em aproximar as famílias para se ter um melhor cuidado com o portador de transtorno mental. É preciso também criar novas estratégias nesta aproximação e também no cuidado de usuários que não possuem vínculos tendo em vista a atual situação da rede e o funcionamento do sistema capitalista, que não são nenhum pouco propícios para o trabalho dos profissionais em construir a autonomia destes usuários.

4. A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO NO CAPS II UFBA GARCIA: REFLEXÕES ACERCA DA IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA PARA OS USUÁRIOS DA INSTITUIÇÃO

Esta seção apresenta o percurso metodológico da pesquisa e seus principais resultados. A seguir, estão elencadas algumas reflexões acerca dos “achados da pesquisa” extraídas a partir da minha inserção no estágio supervisionado no CAPS II UFBA GARCIA.

4.1- O PERCURSO METODOLÓGICO

Para a realização da pesquisa, foi utilizada a metodologia de abordagem qualitativa. Através da entrevista semi-estruturada, buscou-se identificar os tipos de vínculos existentes relacionados aos pacientes da instituição CAPS II UFBA Garcia e seus familiares, atentando-se também para as principais dificuldades dos usuários que não dispõem destes vínculos. A escolha do campo de investigação se deu por conta da experiência de estágio nesta instituição, iniciando-se em maio de 2015 sendo concluída em outubro de 2016.

A pesquisa qualitativa tem como intuito investigar e analisar o caráter subjetivo do fenômeno e objeto de estudo. Como afirma Minayo:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. (2013, p.21)

As entrevistas se diferenciam pelas suas formas de organização. A semiestruturada, escolhida para ser utilizada nesta pesquisa, é formada por perguntas abertas e fechadas na qual o entrevistado tem a liberdade de discorrer sobre o tema proposto. (Minayo, 2013). As entrevistas foram realizadas na própria instituição CAPS II UFBA Garcia no mês de fevereiro do ano de 2017, nos dias 10 pela tarde, 13 pela manhã e 20 durante o dia, conforme a disponibilidade dos

usuários e profissionais. Não houve tanta burocracia para que as entrevistas fossem feitas, pelo fato de que já se havia um vínculo dos profissionais e usuários com a entrevistadora por conta do período de estágio, apenas foi pedido que tivesse um termo de consentimento livre e esclarecido que consta em anexo deste trabalho junto ao questionário elaborado para a entrevista com a equipe multidisciplinar e os pacientes da instituição. O termo foi assinado em duas vias pelo participante e pela entrevistadora e cada uma das partes ficou com um termo.

Foram entrevistados profissionais da área de Psicologia, Serviço Social e profissionais de nível técnico e ensino médio. Todos possuíam cerca de mais de dois anos atuando nesta instituição, alguns como primeira experiência em saúde mental, outros já haviam trabalhado em outros campos desta mesma área. A escolha dos usuários entrevistados se deu pela proximidade e vínculo que se tem com estes e que frequentam o serviço regularmente, independente do sexo, idade, transtorno psíquico e situação financeira. O tempo de duração das entrevistas dependeu de cada participante, mas em sua maioria, as entrevistas foram curtas, levando cerca de 7 a 20 minutos. Estas não foram gravadas, foram registradas de forma manuscrita. Durante este processo, nem todos os usuários souberam responder com precisão às perguntas feitas, mas foi considerado o que estes disseram a respeito das indagações. Os usuários que participaram da entrevista foram identificados por nomes de deuses da mitologia grega e os profissionais através de nomes de pedras preciosas.

Os dados coletados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, se constituindo “como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento”. Campos (2004).

Nesta busca, é necessário que haja observação e análise das entrelinhas da pesquisa. Para uma maior organização do material de pesquisa, foram adotados os eixos que orientaram a análise dos dados. Estes eixos apareceram com maior frequência nas falas dos entrevistados, constituindo-se em elementos vitais para o desenvolvimento das reflexões descritas acerca dos principais resultados.

- a) Vínculo Familiar;
- b) Direitos dos usuários de saúde mental;
- c) Rede de Serviços de Saúde: funcionamento, políticas que regulamentam e a

precariedade e

d) Relação da equipe com a família e com o paciente.

4.2- PRINCIPAIS REFLEXÕES SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS VÍNCULOS FAMILIARES CONSIDERANDO A REALIDADE DO CAPS II- UFBA-GARCIA

A Rede de Saúde Mental brasileira está organizada por meio de múltiplos serviços que atendem as pessoas que tem transtornos mentais e aos seus familiares de acordo com as necessidades. Como foi discutido anteriormente, estes serviços estão embasados na Política Nacional de Saúde Mental e na Lei Orgânica da Saúde. Os Centros de Atenção Psicossocial, como um dos principais serviços, atendem às pessoas com transtornos severos e persistentes, oferecem-lhes oficinas terapêuticas, consultas médicas além da medicação que será utilizada pelo paciente no seu tratamento. Os CAPS oferecem também atendimento individual para os usuários e para as famílias destes, no intuito de compreender suas questões e os encaminhar de forma que estes encontrem respostas para os seus problemas.

A instituição CAPS II UFBA Garcia, localizada no Estado da Bahia, no município de Salvador, bairro do Garcia, Avenida Leovigildo Filgueiras nº 392; sendo fundada no ano de 2007, surge como um projeto dos professores da Escola de Medicina da Universidade Federal da Bahia pelos Drs. Antônio Rabelo e Domingos Coutinho; além de oferecer tratamento gratuito para pessoas com transtornos mentais, tem como objetivo ampliar a rede de saúde mental, promover saúde, inclusão social e oferecer instrução acadêmica como pesquisa, estágio em graduação e pós-graduação e residência. O CAPS tem uma parceria com a UFBA e a prefeitura, sendo o imóvel e o material fixo da UFBA e o material de consumo da prefeitura.

Este CAPS assiste aos moradores das localidades da Federação, Garcia, Canela, Calabar, Graça, Campo Grande, Alto da Bola, Alto das Pombas, Alto dos Gantois, Alto do Sobradinho, Avenida Brandão, Baixa do Vai Quem Quer, Banco dos Ingleses, Barra, Barra Avenida, Binocular, Cardeal da Silva, Campo Santo, Centenário, Chame-Chame, Farol da Barra, Gantois, Invasão de São Lázaro, Jardim

América, Jardim Apipema, Jardim Brasil, Jardim zoológico, Morro do Cristo, Morro do Ipiranga, Ondina, Parque João XXIII, Parque São Braz, Porto da barra, Roça da Sabina, São Lázaro, Vale dos Barris, Vasco da Gama e Vitória; fazendo parte do distrito Barra- Rio Vermelho. Atualmente tem cerca de mais de 300 usuários ativos, ou seja, usuários matriculados que frequentam o serviço; cujos alguns desses são intensivos, semi- intensivos e não-intensivos, ou seja, os que fazem uso da medicação no serviço e geralmente tem de estar indo todos os dias para o CAPS, os que vão alguns dias da semana e fazem uso dos remédios em casa e os usuários que vão apenas algumas vezes no mês para a instituição, respectivamente. Esta divisão entre os pacientes com relação a sua frequência no CAPS é feita de acordo com a necessidade e dependência de cada um, com o intuito de que estes possam ir cada vez mais desenvolvendo autonomia, tanto para fazer uso da medicação sozinho como para as questões referentes à sua vida social e particular.

Para a produção da assistência na saúde mental, o CAPS conta com uma equipe multidisciplinar com cerca de 20 funcionários, entre psicólogos, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, oficineiros, uma auxiliar de limpeza, uma assistente administrativa, uma enfermeira, vigilantes, um guarda, psiquiatras, terapeutas ocupacionais além dos residentes, internos de psiquiatria, estagiários e o coordenador. Os vínculos empregatícios se dão pela Secretaria Municipal de Saúde, pela UFBA e FAPEX.

Para a análise da entrevista com os profissionais, foi preciso entender o que é uma equipe multidisciplinar, suas relações e processos de trabalho. De acordo com Vasconcellos (2010), a partir da década de 1970 que se passou a priorizar as equipes com diferentes formações nos serviços de saúde no intuito de pensar em diversas possibilidades terapêuticas e ainda uma forma de tentar superar o modelo manicomial, o qual o modelo biomédico era a única forma de conhecimento sobre a loucura e sua forma de tratar. Atualmente, ainda que hajam as correntes conservadoras a respeito do tratamento da saúde mental e à saúde como um todo, mantém-se as equipes multiprofissionais nas instituições de saúde. Esta equipe *multi* faz reuniões num turno em um dia da semana para debater as questões técnicas relativas à organização do trabalho, às demandas da instituição e aos

problemas estruturais que podem acontecer esporadicamente. Discutem também os casos dos pacientes, pensam e constroem estratégias de cuidado para estes usuários e suas famílias.

O primeiro atendimento feito ao usuário é o acolhimento, ao qual este terá uma conversa com um profissional. Nesta conversa o usuário contará sua história de vida desde o nascimento até o momento atual e os motivos que o fizeram procurar o serviço. As informações ditas na sala são sigilosas e apenas a equipe poderá ter acesso a estes dados. O acolhimento é uma forma de conhecer o paciente e poder encaminhá-lo para o serviço que este receberá o tratamento mais adequado para o seu problema.

[...] como uma etapa deste processo de produção, o acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários, enquanto certas modalidades de trabalho em saúde de que se centram na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades, institucionalizados pelos serviços de acordo com determinados modelos de atenção à saúde. (Bueno, Franco, Merhy, 1999, p. 346)

Os profissionais do CAPS realizam ações de matriciamento⁷ com as Unidades de Saúde da Família do distrito sanitário que este é responsável- o distrito Barra/ Rio Vermelho, de forma que efetive o trabalho em rede já preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Esta estratégia busca oferecer um cuidado melhor para o usuário de saúde mental, visto que o CAPS e as famílias não darão conta de solucionar todas as questões deste usuário. A família, nem sempre está preparada para lidar com o sofrimento de seu parente por conta de inúmeros fatores citados no capítulo anterior, tais como: o conservadorismo e a religião, tende a existir e se manifestar de diversas formas, de modo que os profissionais do CAPS terão de utilizar, pensar e repensar em várias estratégias de cuidado para os usuários.

Neste sentido, a pesquisa em questão procurou mergulhar sobre o entendimento dos vínculos familiares no CAPS, suas possibilidades e desafios para

⁷ É um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011, p. 13).

seu estabelecimento, suas repercussões no tratamento e também a participação dos profissionais neste processo.

Na experiência de estágio, percebeu-se que a equipe multiprofissional do CAPS buscava entender as histórias de vida tanto dos usuários como da sua família. Desta forma, a equipe manejava ações de cuidado de acordo com a realidade de cada usuário. De acordo com a pesquisa de campo realizada, constatou-se que um número significativo de usuários convivem com seus familiares, no entanto, poucos são os parentes que participam efetivamente do seu tratamento.

Quando questionados sobre o quantitativo de usuários que possuem referência, a profissional Safira afirmou que a participação da família no CAPS é “regular. A maioria tem família mas nem sempre dão assistência. A gente percebe isso pelos grupos de família que são esvaziados.” (Safira). A profissional Alexandrita acrescentou que além das reuniões de família, as assembleias e as festas também contam com um número pequeno de familiares. Dentre outras respostas, Pérola disse que “são poucos, considerando o número de usuários do serviço.” Ametista afirmou que “há um cuidado afastado da unidade”; Quartzo e Onix utilizaram o termo precária para se referirem à participação das famílias no CAPS. Topázio disse ainda que “há pacientes que a família nunca aparece”, a profissional Jade afirmou que “muitas famílias preferem negar o problema por parecer ser mais prático.” E para completar, Turquesa falou que “os suportes são inadequados, muitas famílias terminam sendo o que adoece o usuário”.

Quando se analisa o porquê desse afastamento das famílias dos pacientes na unidade e, aparentemente, um certo desinteresse no tratamento dos usuários, é preciso ver que há um histórico de sofrimento na vida dessas famílias. Para embasar e afirmar o que foi discutido no capítulo anterior, os profissionais do CAPS percebem os fatores que implicam na construção de vínculos entre família e paciente. Dentre estes fatores estão: “a sobrecarga emocional, a financeira, o cansaço, principalmente nas crises. Quando o usuário fica agressivo, e muitos familiares terminam abrindo mão de suas vidas particulares.” (Turquesa); Topázio citou os mesmos pontos e acrescentou ainda que “às vezes tem o vínculo, mas não tem o afeto; as profissionais Ametista, Esmeralda, Alexandrita, Ágata, Pérola e Jade

disseram que a maior dificuldade se dava por conta da negação da doença e a discriminação para com o usuário; Safira também falou sobre a negação da doença e afirmou que existem famílias que “superprotegem”, conseqüentemente, não favorecendo o tratamento. O profissional Quartzzo resumiu estes fatores:

“a questão do percurso de vida, questão do uso abusivo de álcool e drogas porque pode criar um ambiente de violência, o diagnóstico, o histórico de internação, os estereótipos e preconceitos da família, a falta de compreensão no tratamento, a falta de conhecimento do processo da Reforma Psiquiátrica e da redução de danos e a religiosidade exacerbada.”

Onix, além de falar que o estigma⁸ e os preconceitos são os principais obstáculos, acrescentou também o fator da negação do transtorno ao qual muitas famílias “empurram com a barriga”, e sobre a falta de investimento na saúde mental.

Por outro lado, nota-se que os usuários cujas famílias apoiam e participam do seu tratamento tem uma melhora visível com relação ao sofrimento psíquico além das outras questões que envolvem sua saúde física e mental e a própria vida deste. A maioria dos funcionários destacam a centralidade da família no processo de adesão do tratamento do paciente auxiliando tanto na administração dos medicamentos como na sua vida social e pessoal. Ademais, acrescentam que:

“O paciente tem um vínculo melhor com os profissionais” (Onix), “A família está mais tempo com o paciente, ela percebe quando o paciente apresenta os sintomas” (Safira), “o usuário frequenta mais o serviço” (Pérola), “o CAPS dificilmente conseguiria manter o tratamento do paciente sem a família” (Esmeralda), “a maioria tem uma dependência” (Ametista), “[...], percebe-se uma evolução, estabilidade e na aceitação do tratamento.” (Turquesa) A profissional Alexandrita, além de perceber as observações feitas pelos outros profissionais nota ainda que os pacientes que não possuem referência familiar geralmente são mais agressivos.

Segundo Rosa, pelo fato de que a instituição familiar é um fator histórico,

⁸ Para Goffman (1975), estigma é uma relação entre atributo e estereótipo, e tem sua origem ligada à construção social dos significados através da interação. A sociedade institui como as pessoas devem ser, e torna esse dever como algo natural e normal. Um estranho em meio a essa naturalidade não passa despercebido, pois lhe são conferidos atributos que o tornam diferente.

cultural, e social, a qual as primeiras vivências de cada membro, a construção da sua identidade e a socialização geralmente se dão no seio familiar além de ser um espaço de afeto; logo a família também estará em posição de protagonismo no cuidado desses usuários, como afirmam os profissionais entrevistados.

O vínculo familiar não é analisado superficialmente pela equipe do CAPS UFBA Garcia. No decorrer das entrevistas, muitos dos profissionais citaram diversos casos de usuários atendidos por este CAPS. O funcionário Quartzo contou brevemente sobre o caso de um paciente cujo pai era militar, criou e educou o filho de uma forma muito repressiva o que resultou numa dependência do filho para com esse pai, sendo também uma dependência financeira, fator este que frustra bastante este usuário.

Outros exemplos foram dados também pelos outros profissionais no decorrer das entrevistas. Ametista citou bastante um usuário que não tem referência familiar para explicar as dificuldades que a equipe tem em manejar e dar continuidade ao tratamento deste paciente, pois o CAPS UFBA Garcia, sendo tipo II, não funciona nos finais de semana, feriados e no período da noite e os usuários mais dependentes da unidade ficam desassistidos, ainda mais se tratando de casos em que não há referência de nenhum familiar. Com este exemplo e outros muitos, vê-se claramente os limites institucionais como uma barreira para a efetividade no tratamento destes indivíduos e, mesmo nos casos em que existe referência familiar e a família está presente no dia-a-dia, nem sempre a família saberá lidar com as situações de crise. Desta forma, percebe-se a necessidade de que os usuários, profissionais, familiares e a população continuem-se movendo em prol da melhoria e expansão dos serviços.

Como estratégia de cuidado, os profissionais realizam as ações de matriciamento com as Unidades de Saúde da Família, a aproximação e vinculação da família com o CAPS e, para os usuários que não possuem vínculos, os profissionais mantêm estes como intensivos, assistindo estes usuários o mais perto possível, a depender do seu grau de autonomia. Porém, estas estratégias nem sempre surtem os efeitos esperados pela equipe, pois dependem de cada caso, de cada história de vida e da situação atual ao qual o paciente se encontra.

A equipe *multi* revelou dados já observados durante o meu período de

estágio, introduzindo novas discussões e exigindo maiores aprofundamentos/estudos relativos ao vínculo familiar, suas implicações e as dificuldades dos usuários que não dispõem de vínculos. Todos os profissionais entrevistados já tinham mais de 2 anos trabalhando no CAPS UFBA Garcia e alguns possuíam experiência com saúde mental, inclusive experiência em manicômios, quando os CAPS ainda estavam sendo implementados no país.

Ao entrevistar os pacientes, estes também pontuaram elementos já observados no campo de estágio. Como dados novos, dois usuários falaram sobre eles mesmos não aceitarem a doença, pensarem ela numa forma diferente o que de um jeito ou de outro terminava por atrapalhar seu tratamento. Ademais, alguns souberam falar sobre suas relações com sua família de modo mais crítico não atribuindo a culpa para si mesmos ou para seus parentes pelo fato do vínculo não se dá de forma tão harmoniosa.

O perfil dos usuários entrevistados foi bem diverso. Dentre os 13 pacientes entrevistados, a maioria mora com a família. Como conta Afrodite: “Minha irmã me ajuda. Ela me traz no CAPS, as vezes ela faz ignorância comigo, mas eu me dou bem com ela. Eu consigo tomar o remédio sozinha, quando eu era mais nova meu pai que me dava, mas hoje eu já consigo tomar só.” Afrodite conta que sempre conviveu bem com a família e convivia bem os amigos da infância. Ou seja, um caso em que a família esteve presente na vida da usuária e esta se encontra estabilizada e consciente de que precisa continuar seu tratamento, cuidando da sua saúde.

O usuário Apolo comenta que após “adoecer”: “Passei a depender muito de meus pais. Eu não tenho os mesmos amigos de antes, ainda tenho contato com poucos. A minha família continua a mesma. Hoje eu sou mais próximo de minha mãe, já tiveram algumas turbulências, mas hoje tá mais tranquilo.” O mesmo quando questionado sobre o apoio da família na manutenção do seu tratamento afirma que “bem provável que eu não estaria fazendo uso das medicações direito. Minha mãe sempre me apoiou no meu tratamento, desde o início.”

Outro caso foi da usuária Atena, a qual a mesma que convive com o filho, a nora e os netos afirma ser mais próxima ao filho e este ser muito carinhoso e atencioso. O paciente Hefesto fala um pouco sobre sua história de vida. Conta que,

“Quando meus pais morreram eu me afastei da minha família, vivia mais com os parceiros de beck. Depois que eu surtei eu me aproximei de novo da minha família. Amigos hoje eu tenho poucos.” O mesmo paciente quando foi lhe perguntado se a presença da família faz diferença em seu tratamento, fala que “hoje não mais, mas no início sim. Hoje eu consigo me cuidar só.”

Um relato que coincide com o de Atena e Afrodite é o da paciente Perséfone que continuou próxima da família mesmo após apresentar os sintomas do transtorno mental. Quando questionada sobre a importância da presença de um familiar para que ela possa manter e continuar seu tratamento, esta responde:

“Eu poderia está internada. Minha irmã quando percebeu que eu tava tendo problema procurou um médico, correu atrás.”

Assim, nota-se ainda como o cuidado da família é importante para que o paciente se mantenha estável e distante de internações, sendo a internação o último recurso “terapêutico” a ser utilizado pelos profissionais, como afirma o artigo 4º da lei 10.216: **A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.**

Apesar de não ser o foco deste trabalho, é preciso fazer uma breve ressalva sobre a questão do internamento em hospitais psiquiátricos. Como direito das pessoas com transtorno mental, estas devem ser informadas em qual situação se encontram, qual o seu diagnóstico ou possível diagnóstico, os efeitos dos remédios e tudo mais que envolva sua reabilitação. Além disso, estes só poderão ser internados compulsoriamente por determinação da justiça, levando em conta as condições de segurança do paciente e de terceiros. (Brasília, 2001)

A internação deve ser utilizada como última modalidade de tratamento por se tratar de um meio invasivo e a Lei 10.216 prevê também como direito do portador de transtorno mental, no artigo 2º

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Há casos em que o transtorno psíquico impossibilita o indivíduo de exercer alguma função remunerada seja por determinado período ou até mesmo pela vida

toda⁹. Nem sempre os pacientes que precisam de algum benefício conseguem acessá-los, precisando por várias vezes recorrer pois, como foi discutido no capítulo anterior, a ausência de renda torna-se um grande problema para as famílias, principalmente quando algum dos membros deixar de produzir e passa a depender dos outros parentes. A usuária Perséfone relatou sobre isso afirmando que “me preocupo com trabalho, com dinheiro pra botar dentro de casa pra comprar as coisas. Eu queria trabalhar pra ajudar meu marido, mas eu não posso.”

Retornando para o eixo do vínculo familiar, das entrevistas realizadas com os pacientes, foi possível identificar outros tipos de vínculos. Usuários que convivem ou tem contato com sua família que tem um certo cuidado mas, por muitos problemas que já ocorreram e continuam acontecendo e ainda pelo próprio histórico de vida, estes familiares terminam por não fornecer o apoio devido ou já se encontram esgotados para continuar cuidando de seus parentes adoecidos. Como é o caso do paciente Dionísio: “minha mãe é perfeccionista, ela gosta de tudo muito limpinho e arrumadinho. Eu não sou assim, eu fui criado com minha avó. Minha avó que fazia tudo pra mim, limpava minhas coisas, lavava meu prato. Mas ainda assim eu me dou bem com minha mãe.”

Um outro relato semelhante foi o da entrevistada Tália, que ao contar sua história de vida e o motivo de ter adoecido e já se sabendo que na sua família há conflitos internos que angustiam bastante a paciente, a mesma faz uma leitura crítica sobre a relação familiar que é mais próxima dela “É minha curadora. Ela tenta me controlar, mas é a forma de amor que ela conhecer. Ela se importa comigo, me apoia no meu tratamento.” (Tália)

O paciente Crono, que tem uma certa autonomia, relata que prefere manter a sua família afastada do seu tratamento, pois “eles não saberiam lidar com a crise” (Crono) Já Hera fala que mora com familiares e “faço uma força pra ter proximidade com minha prima e tenho amigos do CAPS e vizinhos. Sou próxima dos meus filhos também. Eu vejo que tem diferença essa proximidade, porque eu sinto ânimo pra viver.” O usuário Morfeu diz que “a convivência com minha família era complicada. Eu sentia nojo de meu pai, discutia com ele e com meu irmão mais velho. Hoje eu

⁹ Ver Benefício de Prestação Continuada e Auxílio- Doença.

vejo como meu pai sofreu. Depois que ele morreu meus irmãos e minha mãe me ajudam, meu irmão me traz até aqui, antes era meu pai que me trazia.”

Além dos relatos trazidos, conhece-se um pouco da história de vida dos pacientes, devido à convivência com os mesmos e ao fato de que se era permitido manipular os prontuários. Ou seja, além do que os usuários trouxeram como respostas, a análise pode ser feita também através deste mínimo conhecimento sobre o percurso de vida destas pessoas atendidas nesta unidade de saúde mental. Um dos usuários entrevistados, cujo nome fictício será Eros, que mora com a prima, mas praticamente não tem nenhum apoio da família. Comentou durante a entrevista que “o pessoal as vezes vai beber lá na casa, mas eu não posso beber, aí eu fui dormir.” (Eros)

O usuário Poseidon, que convive com outro paciente, relata que

“eu sai de casa com 9 anos. Eu morava com minha mãe adotiva. Tenho um irmão por parte de pai que tá na Suíça. Eu fui morar na rua sozinho até uns 17 anos, perto da feira do rolo. Eu nunca tive amigos. Sempre fui um cara ‘tan tan’. Eu tenho dois amigos na descida da Gamboa que são duas estátuas [...] Eu sinto saudade da minha mãe verdadeira, sinto falta de alguém também. Eu tive muitos momentos de crise” (Poseidon)

O paciente fala também sobre um amigo ao qual conversam assuntos interessantes com ele e diz ainda que “a gente bate papo com as pessoas que a gente se sente bem”. A equipe do CAPS utilizou este amigo como uma possível referência para Poseidon, já que este não tem referência familiar e possui um histórico de vida um tanto “desconhecido”, ao qual os profissionais vão compreendendo aos poucos.

Assim, após os relatos sobre como se dão os seus vínculos familiares, seus percursos de vida e os conflitos no seio familiar, constatou-se que, apesar de todos os casos apresentarem semelhanças na forma como se expressam e tendo causas em comum, há a necessidade de refletir sobre as singularidades de cada paciente e família. O Serviço Social, enquanto categoria que intervêm com as famílias, buscando formas e pensando em estratégias, junto a equipe multiprofissional de saúde mental, deve ter como horizonte a atuação com as famílias pois:

a instituição familiar “é um fato cultural historicamente condicionado” (Mioto, 1997:115) e, portanto, sua

configuração está diretamente ligada ao tipo de sociedade em que está inserida. A família não é considerada neste estudo como uma instituição natural da sociedade, mas sua estrutura é historicamente determinada pelas diversas formas de sua inserção nos diferentes tipos de sociedade e seus processos demográficos.” (Pereira, 2010, p.218)

Outro requisito fundamental para os trabalhadores da saúde mental é o conhecimento da rede é essencial para que os usuários e famílias possam ser encaminhados conforme suas necessidades. No entanto, a rede é cheia de falhas. Os serviços de atenção psicossocial matriculam os indivíduos conforme determinados perfis sendo que existe uma vasta diversidade de seres humanos que pensam, sentem e se expressam seus sentimentos e dores de forma singular; as políticas ainda são jovens considerando a história e período em que o “louco” passou a ser visto como cidadão no Brasil e, por isso, muitas delas ainda não atendem às demandas dos usuários da saúde mental, pois acreditam que apenas o atendimento médico e psicológico basta; tem-se toda uma precariedade nos serviços onde faltam água e outros instrumentos do dia-a-dia de trabalho e os profissionais reconhecem muito bem como esta precariedade afeta o seu fazer profissional. (Bleicher e Bleicher, 2016)

Quando questionados sobre os maiores empecilhos serem por conta da fragilidade e/ou ausência dos vínculos familiares ou pela precariedade da rede, os trabalhadores do CAPS tiveram opiniões diversas. Alguns não conseguiram refletir qual lado pesa mais para a família e o usuário, relacionaram de modo que “50% de cada. A precariedade da rede influencia na construção de vínculos e no cuidado além de afastar o usuário e a família da unidade” (Pérola); A rede tem muitos defeitos que o poder público não tem conhecimento, a falta de médicos por exemplo. Por outro lado a família porque não participa com o usuário” (Topázio); Não é possível manter o tratamento se os próprios serviços não tem o mínimo necessário, mas a gente consegue empurrar com a barriga” (Jade); Um não substitui o outro” (Turquesa)

Os profissionais que pensam na fragilidade e ausência de vínculos como maior empecilho justificaram da seguinte forma: “em primeiro lugar pela fragilidade de vínculos. Seria importante que houvessem mais CAPS. Em segundo lugar o

suporte institucional. Se não houver esse suporte, a família iria atrás de outros suportes” (Safira); “a ausência de vínculos. Família é tudo” (Ágata); “a ausência de vínculos influencia no acesso há uma rede já precária” (Ametista); “a dificuldade de vínculos porque, de qualquer forma, a família força o Estado pra conseguir as melhorias.” (Alexandrita)

Poucos profissionais opinaram sobre a precariedade da rede ser um empecilho maior do que o vínculo familiar. Apenas Esmeralda foi objetiva em dizer que “A rede faz o papel de integrar a família, inserir o sujeito na sociedade. A sociedade só aceita quem produz e quem gasta.” Quartzo e Onix após refletirem sobre os dois fatores chegaram a conclusão de que a precariedade da rede “dificulta ainda mais o vínculo” (Onix) e “a rede de Salvador é extremamente precária de forma geral o que é um empecilho significativo. O vínculo é secundário com relação à rede” (Quartzo)

As diversas opiniões não querem demonstrar que há uma divergência entre os profissionais, tampouco algum conservadorismo ou falta de conhecimento na temática. Demonstram que a equipe possui concepções diferentes, sendo que, de fato um limite não anula o outro, mas é preciso ter em mente que a inserção da família no tratamento dos usuários do serviço é uma estratégia recente e que a instituição familiar sempre será perpassada por diversas mudanças.

Quando perguntados sobre as suas maiores dificuldades em manter e continuar o tratamento, os usuários falaram, principalmente, que esquecem de tomar a medicação. Os que tem apoio da família falam que não encontram dificuldades. Respostas relacionadas a rede de saúde mental foram mais objetivas quanto a questão do transporte e das precariedades relativas ao próprio CAPS. Morfeu respondeu que “não consigo sair de casa andando sem precisar de ajuda e pra eu aceitar o medicamento, porque alguns são muito fortes”; Talia falou como uma dificuldade de manter o tratamento a “vontade de me matar”; Dionísio disse que “eu pensava que minha doença era um ritual que faziam comigo, aí eu não aceito. Mas eu procuro entender a cada momento a minha doença em termo biológico e espiritual”; Crono também se referiu a dificuldade de admitir e entender o seu transtorno mental, o que “pode me fazer pensar em abandonar o tratamento”.

São inúmeras as razões. O usuário Hermes respondeu de forma distinta dos

outros entrevistados. Afirmando que “Minha maior dificuldade é a abstinência da droga porque eu não posso usar droga quando eu tenho que tomar o remédio e pra mim é muito difícil ter que ficar sem fumar ou beber. Então eu deixo de tomar a medicação pra ir beber ou fumar.” (Hermes)

Fazendo um rápido recorte sobre o uso abusivo de substâncias psicoativas, nota-se enfrentamentos concretos para que os usuários mantenham o seu tratamento, pois além de gerar problemas com a medicação, gera situações sociais e determinadas vulnerabilidades como os casos em que os usuários de drogas ilícitas que terminam devendo aos traficantes e ficam sob ameaça de morte, os casos em que o uso da droga deixa o paciente agressivo e o manejo com este se torna extremamente difícil além de por em risco a segurança de outros usuários da instituição e da sua família o que, por vezes, leva esta a se afastar e o abandonar, a questão econômica, onde o usuário passa a trocar as coisas que tem em casa para usar a droga e ainda o risco da sua saúde, pois o uso põe o paciente em situações que este pode contrair ou desenvolver determinadas doenças como tuberculose, determinadas doenças sexualmente transmissíveis hoje denominadas como infecções sexualmente transmissíveis, a desnutrição, dentre outras. A questão é que o poder público ainda não tem mecanismos eficazes de tratamento às drogas e para as pessoas que fazem uso abusivo destas além de todo os preconceitos que este público sofre, impedindo mais ainda de conviver socialmente com as outras pessoas. (Lima, 2010)

Retornando para o foco do tema deste trabalho, onde estava sendo discutida sobre as dificuldades dos usuários em manter o tratamento, após a análise das respostas foi certificado que forma de ler e interpretar os fenômenos da própria vida vai de cada indivíduo e grupo. Não se deve exigir que cada grupo pense e se constitua de um determinado modo. É preciso também respeitar a vontade do paciente e da família caso estes tenham optado por viverem suas vidas afastados. De todo modo, é necessário pensar em múltiplas estratégias, lutar e fortalecer o pensamento político das famílias e usuários para que estes possam exigir uma rede de saúde pública que disponibilize um cuidado de qualidade e digno tanto para os usuários como para os trabalhadores destes serviços.

para uma nova repactuação em torno da distribuição do peso do cuidado do portador de transtorno mental entre a família e os serviços, na perspectiva de que a saúde e a assistência sejam direitos de todos, universal e um dever do Estado, o que implica uma forte articulação entre o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que luta pelos direitos de uma minoria, particularmente pelos direitos de uma minoria, com o Movimento da Reforma Sanitária, que luta na perspectiva da universalidade dos direitos sociais na área da saúde e pelo controle social. Desta forma, a participação dos principais envolvidos e interessados pode redirecionar a quantidade e a qualidade dos serviços dentro das necessidades dos segmentos a que se destina. (Rosa, 2010, p.284)

Durante a entrevista com a profissional Jade que ressaltou logo de início que não sabia muito sobre saúde mental, foi destacado por esta um fator muito importante: a constante quebra de estigmas devido à sua vivência na área e o olhar crítico sobre si mesma.

A prática em saúde mental foi ótima pra mudar minha visão, meus preconceitos. Eu só não sei lidar ainda com as situações de violência, mas to aprendendo. É uma experiência para que também aprenda me cuidar melhor, porque é algo que pode acontecer com qualquer um né, de passar por uma situação de sofrimento mental e também na minha saúde como um todo. (Jade)

Tendo a ressalva desta profissional como exemplo, é preciso pensar e discutir sobre a saúde mental dos trabalhadores que são cuidadores dos usuários, mas que também sofrem tanto com questões particulares como do próprio trabalho, seja pela precariedade do serviço que interferem diretamente no fazer profissional, seja pelas questões trabalhistas ou até mesmo por conta do sofrimento das pessoas atendidas nesta instituição, sendo que um dos princípios da Reforma Psiquiátrica teve foi exigir condições dignas de trabalho para os profissionais desta área, pois estes podem terminar adoecendo também como ocorre com muitos trabalhadores da área de saúde.

A família da pessoa com transtornos psíquicos também precisa ser cuidada, por isso que a inserção desta no cuidado destes pacientes é uma forma de

favorecer ambas as partes, de modo que as duas sejam assistidas. A inserção da família é uma estratégia, mas não a única. É uma forma de pensar num cuidado mais humanizado. A intenção do tratamento é justamente trazer a autonomia das pessoas com transtorno mental, torna-las sociáveis novamente e, para isso, é necessário que hajam serviços que realmente funcionem, para que não se dependa unicamente da família uma vez que esta pode ser ausente e resistir em participar do tratamento do usuário em sofrimento psíquico.

para a luta em prol da criação de serviços adequados de refúgio nos momentos de crise e agudização dos quadros clínicos que, sem configurar internamento, produzam novas formas de atenção ininterruptas, sete dias na semana e vinte e quatro horas por dia, dentro das necessidades dos usuários e de suas famílias, e não meramente restritos aos interesses burocráticos e formais da instituição. (Rosa, 2010, p.284-285)

Sendo assim, é preciso reconhecer que há muitos caminhos que devem ser percorridos, e o aparelho estatal ainda é insuficiente em sua forma de agir perante as pessoas com transtornos mentais e sua família, criando burocracias que impedem que estas pessoas acessem aos serviços e que terminam gerando mais sofrimento. A Reforma Psiquiátrica precisa continuar firme e seus apoiadores devem continuar pressionando o poder público para fortalecer e ampliar a rede de saúde mental e a rede de saúde como um todo e criar mais debates para fortalecer a consciência política de seus usuários.

APONTAMENTOS CONCLUSIVOS

Como foi visto no decorrer do trabalho, os processos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica foram cruciais para que a atenção à saúde mental de se organizasse da forma como é atualmente, para que houvesse quebra de estigmas com relação à pessoa com transtorno mental e para que o Estado fornecesse tratamentos humanizados para estes indivíduos como um direito e não caridade do governo.

A inserção da família foi uma forma de integrar a pessoa em sofrimento psíquico na sociedade e de manter seus laços afetivos. Foi uma estratégia eficaz, porém, encontra diversos limites e problemas, pois há uma enorme diversidade na instituição familiar e cada vez mais vão aparecendo novas constituições de famílias as quais não podem ser aplicadas a mesma forma de cuidado e instrução para o seu parente adoecido mentalmente.

As entrevistas demonstraram estes entraves e trouxeram novas formas de perceber a realidade dessas pessoas, o que foi visto tanto nos relatos dos profissionais e também nas falas dos usuários. O roteiro de entrevista semi-estruturado foi adequado para esse tipo de pesquisa pois permitiu que as respostas fossem objetivas, buscando construir reflexões a partir dos dados obtidos.

Como resultados da pesquisa, viu-se com precisão que um vínculo familiar “fortalecido” contribui em, praticamente, 100% para que o usuário do serviço tenha estabilidade e melhora do quadro psíquico e, que a precariedade da rede de saúde mental é um fator extremamente limitante para os usuários que tem laços fragilizados, para os que sua família se encontra numa situação de vulnerabilidade social ou que não possuem referência familiar. Estes usuários constituem o maior público deste CAPS e, provavelmente, dos outros serviços públicos de saúde mental.

Este trabalho deixa registrado sua intencionalidade de promover uma discussão no campo da saúde mental abordando a temática da relevância dos vínculos familiares. Longe de ser esgotado, apenas é um ponto de partida para seus demais aprofundamentos e estudos. Meu profundo agradecimento ao CAPS II-UFBA- Garcia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, CAIO. JÚNIOR, GILDÁSIO. MOURA, MARÍLIA. RIBEIRO, KARINA. SANTANA, ADRIANA. O TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL EM SALVADOR: Uma análise da realidade local a partir da experiência dos CAPS. disponível em <<http://docslide.com.br/documents/o-tratamento-da-saude-mental-em-salvador-uma-analise-da-realidade-local-a-partir-das-caps.html>> acesso em 04/11/2016

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BLEICHER, Lana; BLEICHER, Taís. **Saúde para todos já!**- 3. ed.- Salvador: EDUFBA, 2016.

BUENO, Wanderlei; FRANCO, Tulio; MERHY, Emerson. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999.

BRASIL. **Cadernos Humaniza SUS**. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Cartilha do Ministério da Saúde: conheça a RAPS Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília- DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático de Matriciamento**. Brasília, 2011.

BRASIL. Governo Federal. **Lei nº 10.216**, de 06 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, abr. 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *“Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil”*. In: **Conferência Regional da Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília, novembro de 2005.

CAMPOS, Claudinei. MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a

análise de dados qualitativos no campo da saúde. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):611-4. Disponível em
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>> acesso em 04/03/2017

CRUZ, Kelliane, FERNANDES, Andrea. Dispositivos Clínicos dos Psicólogos em CAPS de Salvador: entre Tutela e Clínica das Psicoses. Rev. Psicol. Saúde vol.4 no.2 Campo Grande dez. 2012 disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-093X2012000200002&script=sci_arttext&lng=en> acesso em 08/12/2016

DESLANDES, Suely Ferreira. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33 ed- Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

DOMINGUEZ, B.N.R., “Programa de Saúde da Família como fazer”, Ed. Parma Ltda., S. Paulo, 1998. Silva Jr., A.G., **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde e debate no campo da saúde coletiva**, Ed. Hucitec, 1998.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**; tradução Leandro Konder, Aparecida Maria Abranches. - 1ª ed- Rio de Janeiro: BestBolso, 2014.

FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA: NOVAS CONFIGURAÇÕES FAMILIARES.

disponível em

<<http://itipoa.com.br/wp-content/uploads/2014/09/A-Familia-Contemporanea-e-suas-Novas-Configuracoes-Jornada-ITIPOA.pdf>> acesso em 30/12/2016

FERREIRA, Gina. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma análise sócio política. Psicanálise & Barroco – **Revista de Psicanálise**. v.4, n.1: 77-85, jun. 2006.

FEUERWERKER, Laura Camargo. MERHY, Emerson Elias. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. Disponível em
<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>> acesso em 30/01/2017

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1975.

KLAFKE, Teresinha Eduardes, SANTIN, Gisele. A família e o cuidado em saúde mental. Barbaroi no.34 Santa Cruz do Sul jun. 2011. disponível em
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-6578201100010009> acesso em 27/12/2016

LOTUFO, Francisco, LOTUFO, Zenon, MARTINS, José. Influências da Religião sobre a Saúde Mental. Disponível em

<<http://www.amban.org.br/imagens/internas/lotufo.pdf> > acesso em 19/01/2017

MARTINS, PRISCILLA CAROLINE. As Situações De Vulnerabilidade Social E A Família Contemporânea: Aspectos Do Convívio Familiar. Disponível em

<<http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoanterior/Sumario/2013/downloads/2013/3/37.pdf>> acesso em 30/12/2016

MEDREIROS, Marcelo. **A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990**, Brasília, 2001.

MELO, Thais. **A Reforma Psiquiátrica no atual contexto da globalização**. Maranhão, 2005.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIVA, Carlos, TEIXEIRA, Luiz. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores v.21, n.1, jan.-mar. 2014, disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>> acesso em 22/09/2016

ROSA, Lúcia Cristina do Santos. **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade/** Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Ivana Carla Garcia Pereira, José Augusto Bisneto; Eduardo Mourão Vasconcelos (org.) - 5. ed.- Sao Paulo: Cortez, 2010.

RELATÓRIO FINAL DA 8 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf> acesso em 22/09/2016

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. Barbaroi no.34 Santa Cruz do Sul jun. 2011 disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782011000100009> acesso em 22/12/2016

SANTOS, M. **Por uma outra globalização do pensamento único à consciência universal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SILVA, Louise Xavier, VIEIRA, Rodrigo quadros. A Família Como Ponto Chave No Tratamento Terapêutico De Pacientes Portadores De Transtornos Psiquiátricos E Dependentes Químicos. disponível em <http://www.uniica.com.br/artigo/a-familia-como-ponto-chave-no-tratamento-terapeutico-de-pacientes-portadores-de-transtornos-psiquiatricos-e-dependentes-quimicos/> acesso em 04/01/2017

Valverde, Fabrício Pires V215. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Salvador - Bahia: Estrutura, recursos humanos e articulação em rede/ Fabrício Pires Valverde. Salvador: 2013. 44 p.: il. [graf., tab.].
VALVERDE, F. Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Salvador- Bahia: Estrutura, recursos humanos e articulação em rede disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10432/1/Fabr%c3%adcio%20Pires%20Valverde.pdf> > acesso em 02/11/2016

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**/ Eduardo Mourão Vasconcelos, organizador- São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. Cortez, São Paulo, 2010.

VASCONCELLOS, E. M. ***O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história, teoria e estratégias***. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) v.6 n.1 Ribeirão Preto 2010. disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015 acesso em 13/03/2017

ANEXOS

ROTEIROS DE ENTREVISTAS:

- Profissionais

Nome:

Idade:

Sexo:

Formação:

Tempo na profissão:

Tempo de serviço no CAPS:

1- Quais as contribuições da família no tratamento dos usuários da instituição?

2- No processo de construção de vínculos, quais as maiores dificuldades encontradas?

3- Percebe-se que há poucos ou muitos usuários que tem assistência de seus familiares?

4- Quais as maiores dificuldades no tratamento dos usuários que não tem vínculo?

5- No tratamento dos usuários, os maiores empecilhos são por conta da ausência e/ou fragilidade de vínculos ou pela precariedade da rede?

- Usuários

Nome:

Idade:

Tempo que faz tratamento do CAPS:

Com quem mora atualmente:

1- Como era a convivência com a família e amigos antes de “adoecer”?

2- Como se tornou essa convivência depois?

3- Com quem tem mais proximidade hoje e como é essa relação?

4- Sente que a presença de um familiar faria ou faz diferença na manutenção e continuidade do seu tratamento? E nos momentos de crise?

5- Quais as maiores dificuldades que encontra para manter o tratamento?

Termo de Consentimento

TÍTULO DA PESQUISA: A IMPORTÂNCIA DO VINCULO FAMILIAR PARA OS PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS: UM ESTUDO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA INSTITUIÇÃO CAPS II UFBA GARCIA

Instituição responsável: Universidade Federal do Bahia- UFBA- Curso de Serviço Social.

Eu _____, declaro que estou ciente da minha participação na pesquisa com o título acima citado que tem como objetivo principal identificar os tipos de vínculos existentes e as principais dificuldades dos portadores que não dispõem de vínculos familiares.

A minha participação será registrada através da realização de uma entrevista. Fica acordado que a minha identidade será inteiramente preservada e que as informações por mim fornecidas serão exclusivamente utilizadas para fim de pesquisa científica. Os resultados do estudo serão utilizados no trabalho de conclusão de curso da graduanda de Serviço Social Carolina Leão Souza.

Estou ciente que se trata de uma atividade voluntária e que a participação não envolve remuneração. Tenho total liberdade de não responder a determinadas questões, tirar dúvidas durante o processo de estudo, excluir do material da pesquisa informação que tenha sido dada ou desistir da minha participação em qualquer momento da pesquisa, exceto após a publicação dos resultados. Também posso recusar e/ou retirar este consentimento, informando aos pesquisadores, sem prejuízo para ambas as partes a qualquer momento que eu desejar.

Após ter lido e discutido com a pesquisadora os termos contidos neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. A minha participação é formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora.

_____, ____/____/2017.

Participante - Assinatura: _____

Nome completo: _____

Pesquisador - Assinatura: _____

Nome completo: _____

