

6

Família e reforma psiquiátrica no contexto de um centro de atenção psicossocial: visadas à luz da crítica fenomenológica de Foucault.

José Euclimar Xavier de MENEZES: menezesjex@hotmail.com

CV: <http://lattes.cnpq.br/5194408237403794>. Mestre e Doutor/UNICAMP, Pós Doutor pela Pontifícia Università Lateranense/Roma,. Docente do Programa em Família na Sociedade Contemporânea/UCSal e de psicologia das Faculdades FSBa/FSSS. Líder do GP Epistemes da subjetividade/CNPq.

Moacir Lira de OLIVEIRA: mocalira@gmail.com

CV: <http://lattes.cnpq.br/8205867117272794>. Mestre e Doutorando em Família na Sociedade Contemporânea/UCSal. Coordenador e docente do Curso de Psicologia da Faculdade Santíssimo Sacramento. Coordenador do CAPS III/Alagoinhas-Ba. Membro do GP Epistemes da subjetividade/CNPq.

BSTRACT RESUMO ABSTRACT RESUMO ABSTRACT

Resumo	O presente estudo situa-se no campo das relações entre família e serviços substitutivos em saúde mental. Indaga acerca das responsabilidades de cuidado com o portador de transtorno psíquico no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tendo como foco o 'olhar sincrônico' profissionais de saúde e da família sobre o usuário do CAPS. Perspectiva o sofrimento psíquico do usuário do CAPS a partir do olhar crítico-fenomenológico de Foucault.
Palavras-chave	Família; CAPS; Reforma Psiquiátrica; Fenomenologia
Abstrac	The object of this study lies in the field of relations between family and substitute services in mental health in the face of responsibilities of taking care of patients with mental disorders in Brazilian Psychiatric Reform scenario. The main target of this is work is to understand the conflicts generated by the expectations of family members regarding the care provided to their relatives related to psychological distress by Center Of Attention Psychosocial.
Keywords	Family, CAPS, Psychiatric Reform, Phenomenology

Marcelo, “*o quebrador de vidros de carros*”, acometido de sofrimento psíquico, andarilho das ruas da cidade de Alagoinhas/Ba, negro de aproximadamente 45 anos, aparentemente sem referências familiares, vivia embaixo de uma árvore nas proximidades de uma residência, cujos moradores lhe forneciam água e alimento. Certo dia, a árvore foi cortada e Marcelo passou a perambular pelas ruas de Alagoinhas, sujo, maltrapilho, quebrando vidros de carros e, por esse motivo, sendo por várias vezes abordado por policiais, contido e conduzido em determinadas ocasiões à Delegacia, em outras ao Hospital Geral, ou ainda ao Centro de Atenção Psicossocial-CAPS para isolamento e/ou tratamento. Em outros momentos, os policiais o levavam à Secretaria de Ação Social do município para providências mais genéricas. Cada uma das instituições apresentava os argumentos pelos quais não poderia assumir Marcelo: o delegado afirmava que não podia prendê-lo pelo fato de o mesmo ser doente mental e, portanto, inimputável; o hospital limitava-se a administrar uma medicação momentânea, mas de imediato recomendava que o mesmo fosse encaminhado ao CAPS, por se tratar de pessoa com transtorno psíquico; a Ação Social afirmava não se tratar de um problema daquela secretaria, pois o caso era de competência da Secretaria de Saúde que deveria encaminhá-lo a um hospital psiquiátrico para interná-lo; o hospital psiquiátrico não o internava pela falta de documentos e responsável legal pelo paciente; a família não era contemplada no cenário de destinação possível de acolhimento, porque se a desconhecia; chegando ao CAPS, por força das normas e rotinas do serviço, Marcelo também não poderia ser acolhido em função de não ser acompanhado por familiar ou responsável.

Transtornado, qual é o pertencimento de Marcelo? Que agrupamento social se dispõe a conferir a sua inscrição, oportunizando uma mínima referência de identificação? As negativas, caucionadas por justificativas carregadas de razoabilidade oficial apontam para a resposta: Marcelo pertence a lugar nenhum. Nos espaços possíveis de pertencimento que compõem a sua cidade, mais ainda, nos espaços institucionais legitimadores do funcionamento daquela sociedade, Marcelo situa-se em um interstício, espécie de lugar indefinido destinado a quem perdeu o juízo.

Em dado momento, Marcelo quebra vinte pára-brisas de carros e, novamente, faz toda essa peregrinação pelas instituições, acompanhado de policiais militares. Ao chegarem ao CAPS, o tenente que acompanha pessoalmente a situação, irritado, faz a seguinte indagação ao coordenador daquele serviço: “*Afinal, de quem é a responsabilidade sobre Marcelo?*”. Adita à indagação incômoda a solicitação de que o coordenador o acompanhe até a delegacia para que, definitivamente, providências fossem adotadas no sentido de dar resolutividade ao transtorno social causado pelo transtornado, cuja responsabilidade nenhuma instituição deseja espontaneamente subscrever. Na delegacia, o delegado regional

escuta toda a *ladainha* e faz contato com uma promotora do Ministério Público, que por seu turno autoriza a permanência de Marcelo no CAPS, outorgando suporte jurisprudencial à quebra de protocolo de funcionamento daquela instituição, até que familiares fossem encontrados e responsabilizados, por força da lei, a assumirem o 'transtornado/transtornante'. Marcelo permanece aproximadamente dois longos meses no CAPS sendo que o previsto regimentalmente é o de sete dias corridos ou dez intercalados no mês até que o serviço social localiza a família.

Porém, tendo em vista o fato de que a mesma não desejava assumir a responsabilidade sobre Marcelo, alegando diversos motivos, dentre eles a falta de tempo, falta de recursos financeiros, riscos que Marcelo poderia representar para a segurança dos parentes, necessidade de internação, etc., a Promotoria Pública é acionada pelo CAPS no sentido de intervir, para que os familiares fossem responsabilizados por força da lei pelo seu membro. A Promotora de Justiça reúne finalmente os quatro irmãos de Marcelo, bem como com a equipe técnica do CAPS, documentando a seguinte decisão nos seguintes termos:

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

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

Nesse registro, encontrado nos arquivos do CAPS III/Alagoinhas¹, destacamos a pergunta do tenente: “*De quem é a responsabilidade sobre Marcelo?*”. Essa indagação pontual remete a uma questão maior: de quem é a responsabilidade sobre o transtornado: das instituições públicas, do Estado, do CAPS, da família? A quem compete o cuidado com o transtornado? E ele próprio, qual o sentimento que o portador de transtorno psíquico experimenta nesse cenário quase kafkiano, não fosse tão institucionalmente materializado? Tem o transtornado o direito de opinar sobre seu destino, de elaborar os seus planos de vida, de participar do seu projeto terapêutico, como propõe a abordagem fenomenológica? Ou na prática as instituições continuam a proceder o secular silenciamento da loucura, destituindo-a da possibilidade de manifestação e de acolhimento, tal qual ocorria no modelo asilar?

No caso apresentado, vale colocar em relevo a intervenção do Poder Judiciário convocado pelo Serviço de Saúde Mental para responsabilizar a família no tocante ao cuidado para com Marcelo. A impossibilidade do acordo entre os diversos atores envolvidos nesse processo, quais sejam, Hospital Geral, Delegacia de Polícia, Secretaria de Ação Social, CAPS e família, sugere um campo conflituoso de relações, que por vezes ‘necessita’ do recurso a uma instância jurídica para dar resolutividade ao caso. O que justifica a judicialização de uma relação, a interpelação de um poder do Estado para intervir nos impasses que poderiam ser resolvidos no plano da espontaneidade?

É exatamente na trilha dessas indagações/inquietações, motivadas pelo caso de Marcelo, que procuramos situar o objeto deste estudo no campo das relações/conflitos entre família e CAPS frente às responsabilidades de cuidado com o transtornado, no contexto do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo o *locus* de investigação o CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia, instituição considerada *up to date* do movimento que promove uma reforma no *modus procedendi* para com a loucura.

Na perspectiva de compreender essas relações entre a família e os novos dispositivos/estratégias/serviços de saúde mental, vale recordar que, por muitos anos, a assistência em saúde mental no Brasil foi orientada pelo princípio terapêutico do isolamento do meio familiar e social, fato que motivou movimentos de crítica às instituições psiquiátricas, com o objetivo de buscar alternativas para promover uma assistência que possibilitasse a reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico. Nesse contexto, a família foi convocada a se tornar importante elo entre o serviço e a sociedade para assumir co-responsavelmente o cuidado à pessoa com transtorno, como apontam (COLVERO, 2004):

¹ O acesso aos arquivos foi autorizado formalmente através do documento datado de 22 de outubro de 2010, concedido pelas autoridades competentes através do documento datado de 26 de outubro de 2010, todos em anexo aos resultados da pesquisa de mestrado, depositadas junto ao Programa em Família na Sociedade Contemporânea/UCSal, trabalho do qual deriva este artigo.

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

A partir da década de 1970, surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, pondo em discussão a eficácia do tratamento prestado aos doentes mentais no modelo asilar. Como consequência, foram aparecendo gradualmente propostas e experiências de substituição dos asilos por novos modelos de assistência em Saúde Mental.

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

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

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

Para Lobosque (2001), algumas influências, embates e acontecimentos foram decisivos para a definição dos princípios e dos projetos dessas Reformas Psiquiátricas orientadas por uma Luta Antimanicomial. A autora argumenta acerca de alguns dos principais movimentos críticos à tradição psiquiátrica no mundo, ao longo do século XX, a saber: na Inglaterra do Pós-Guerra, cria-se a prática da psicoterapia grupal como saída para a grave situação dos hospitais psiquiátricos. No início dos anos 1950, surge a análise institucional francesa que põe em avaliação as práticas psiquiátricas; nessa mesma época, na Inglaterra, se desenvolvem as comunidades terapêuticas. No seio da contracultura dos anos 1960, surge a antipsiquiatria inglesa. Na França, naquele mesmo momento, foram elaborados projetos de reestruturação de modelos

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

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

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

No final dos anos 1980, acontecem no Brasil importantes eventos no campo da saúde pública: o movimento de Reforma Sanitária conseguiu aprovar a criação de um Sistema Único de Saúde, com princípios básicos, tais como a garantia da universalidade do acesso, da equidade, da descentralização de recursos e do controle social. Nesse período, o então chamado

Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental defende a necessidade de promover a extinção progressiva dos manicômios, adotando o lema “*por uma sociedade sem manicômios*”. Vale ressaltar que esse movimento postulava a necessidade de que, ao lado dessa extinção progressiva, fosse criada uma rede de assistência substitutiva ao hospital psiquiátrico.

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

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

Contudo, a consolidação das propostas desse Movimento passa a ganhar mais consistência a partir da aprovação da Lei 10.216, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil que entrou em vigência somente em abril do ano de 2001. Essa Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como sobre o redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental no país. Ela traz em sua constituição princípios básicos e objetivos da Reforma Psiquiátrica, quais sejam: reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental, substituição dos antigos por novos modelos de atenção em saúde mental, criação de recursos assistenciais de caráter extra-hospitalar, estímulo à inserção do doente mental no mercado de trabalho, participação da comunidade e, notadamente, da família no processo de cuidado e tratamento do transtornado.

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

A função do hospital psiquiátrico como espaço terapêutico limita-se, doravante, à atenção aos momentos de

emergência e agudização do transtorno sendo que, nos demais casos, a família é orientada pelos operadores da saúde mental a encaminhar a pessoa em sofrimento psíquico ao tratamento ambulatorial, bem como aos serviços substitutivos de atenção em saúde mental. Nesse novo processo, a família é convocada a dividir a responsabilidade no provimento do cuidado ao paciente.

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

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

De acordo com Pereira (2003), como consequência das novas diretrizes das políticas públicas de atenção à saúde mental, passa a haver uma intensificação das exigências de comprometimento e parceria da família no processo de assistência ao doente mental. Esse paciente, antes internado no hospital psiquiátrico, era tutelado pela instituição, situação que “dispensava” a participação da família. Porém, essa condição de ausência da família no tratamento do doente mental passa a sofrer transformações, na medida em que as novas estratégias de assistência em saúde mental, destacando-se aqui os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, considerados como principais ativadores dos modelos substitutivos, na sua própria dinâmica de funcionamento, normas e rotinas, demandam a presença efetiva do familiar.

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

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cuja base normativa - técnica e financeira - para implantação e funcionamento está regulada pelas Portarias Ministeriais 336 e 189 do Gabinete do Ministério da Saúde, ambas de 2002, é um serviço de saúde mental aberto e comunitário, constitutivo do Sistema Único de Saúde (SUS). O CAPS foi projetado para ser um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e para promover a construção de uma rede efetiva de cuidados em saúde mental nas diferentes regiões do território brasileiro. Sua principal função é se constituir como um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, cuja severidade e/ou persistência demandem sua inclusão num dispositivo de cuidado intensivo. Deve oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, através do acesso ao trabalho, educação, lazer, exercício dos direitos civis, fortalecimento dos laços familiares e comunitários, dentre outras ações.

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

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

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

Dada a descrição do ideário do CAPS apostado nos documentos oficiais, e frente à concretude do seu funcionamento e

às inúmeras dificuldades procedimentais de materialização do que está descrito na ordem do *dever-ser* do novo modelo assistencial, indaga-se: quais as tensões geradas no CAPS III da cidade de Alagoinhas-Bahia, aqui tomado como amostra de referência das dificuldades inerentes à nova concepção de assistência ao transtornado, como serviço que se pretende substitutivo ao hospital psiquiátrico, no que se refere às expectativas geradas tanto pelos familiares, quanto pelos operadores da saúde mental, no que tange ao provimento do cuidado em relação ao usuário com transtorno psíquico?

O desafio proposto, portanto, é compreender os conflitos gerados pelas expectativas dos familiares referentes aos cuidados prestados aos seus parentes em sofrimento psíquico pelo CAPS, bem como a contrapartida familiar esperada pelo serviço na efetivação desse cuidado, sobretudo a partir da crítica foucaultiana à institucionalização da loucura, em cuja base repousa a perspectiva fenomenológica. Busca-se, igualmente, identificar nos discursos produzidos em documentos oficiais o lugar da responsabilização da família no cuidado do seu familiar em relação ao CAPS III, destacando os conflitos vivenciados pelos familiares e pela equipe de saúde mental no processo de responsabilização do cuidado frente ao doente mental, a partir do que se confere um hiato entre o que reza as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e o que se instaura na dinâmica de funcionamento na assistência em saúde mental.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

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

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

Transcrevemos cada peça documental e as numeramos de um a sete de acordo com uma ordem própria, a fim de não utilizar os números dos prontuários do CAPS, garantindo, desse modo, o sigilo das informações. Os sete casos eleitos atendem ao relevante critério de elucidar as questões propostas como objetivos deste estudo, quais sejam, os de compreender os conflitos gerados pelas

expectativas dos familiares referentes aos cuidados prestados aos seus parentes em sofrimento psíquico pelo CAPS, bem como a contrapartida familiar esperada pelo serviço na efetivação desse cuidado. Além disso, dar destaque a alguns dos conflitos vivenciados pelos familiares e pela própria equipe de saúde mental no processo de responsabilização do cuidado frente ao doente mental no cotidiano daquele serviço, seus limites e possibilidades, tomando como referência as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Observamos também o critério de configuração de solicitação de demandas tanto do Poder Judiciário para o CAPS quanto do CAPS para o Poder Judiciário, tendo sempre como foco o envolvimento da família nos processos, como descrito no quadro-síntese abaixo:

DOCUMENTO	FLUXO	PERFIL
01	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Solicitação de apoio ao Ministério Público por parte do CAPS no sentido de responsabilizar familiares no cuidado de uma doente mental.
02	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Solicitação de apoio ao Ministério Público por parte do CAPS no sentido de responsabilizar familiares no cuidado de uma doente mental
03	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Pedido de intervenção realizado pelo CAPS ao Ministério Público no sentido de impedir ação de interdição movida por familiar em relação a um parente portador de transtorno psíquico
04	MINISTÉRIO PÚBLICO-CAPS	Solicitação de exame médico-psiquiátrico a ser realizado no CAPS para respaldar o judiciário em Ação de Interdição movida por familiar.
05	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Solicitação de intervenção do Ministério Público na implicação de outros familiares, além da curadora, no cuidado com doente mental.
06	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Pedido de averiguação emitido pelo CAPS a ser realizada pelo Ministério Público quanto a denúncias de

		maus tratos sofridos por uma doente mental tendo como autores seus próprios familiares.
07	CAPS-MINISTÉRIO PÚBLICO	Relatório de atendimento expedido pelo CAPS, por solicitação do Ministério Público, de portador de transtorno psíquico naquela unidade de saúde mental, contemplando questões sobre a participação da família no processo de tratamento.

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das peças documentais analisadas neste trabalho, os dados sugerem que em tempos de Reforma Psiquiátrica, notadamente nos Centros de Atenção Psicossocial, legitimam-se discursos amparados nos saberes psi, que ditam o lugar que a família deve ocupar frente à responsabilização do cuidado com o doente mental e a promoção da sua cura. O Poder Judiciário também se nutre desses saberes para determinar o papel do CAPS e da família no tocante ao cuidado com o doente mental.

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

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

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

Nesse particular, refletimos que os novos dispositivos de assistência em saúde mental, notadamente os CAPS se diferenciam desse momento da psiquiatrização por propor a participação da família no processo de tratamento. Porém, o que o presente estudo questiona, amparado nos resultados obtidos na pesquisa documental, é se de fato a família encontra-se preparada para dar suporte a esse tratamento. Por outro lado, parece que os CAPS tendem a conservar traços característicos do asilo protopsiquiátrico na medida em que também nesse espaço os usuários são inspecionados, não escapando do olhar médico, ainda hierarquicamente superior, e dos técnicos operadores da saúde mental, além da supervisão da família. Oficinas são organizadas com rotinas bem definidas para que esse paciente se mantenha ocupado, sem distrações, há uma exigência de que horários sejam cumpridos e tudo isso sustentado pelo discurso da reabilitação psicossocial que propõe a “preparação” do usuário para a convivência em sociedade.

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

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

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

Colocamos essa questão, tendo em vista o fato de que no contexto dessas experiências de reformas psiquiátricas todo um discurso tem sido construído ao lado de um conjunto de práticas nos atuais serviços de saúde mental, na perspectiva de empoderar e

de trazer a família para participar do tratamento do doente mental, como indicador de superação do modelo asilar do tratamento, ao tempo em que também os serviços invadem o espaço familiar, legitimados pelo Poder Judiciário no sentido de prescrever as formas “adequadas” e desejáveis, conforme as prerrogativas do Movimento da Reforma Psiquiátrica, de cuidado com o doente mental.

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

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

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

sobretudo, à sobrecarga a que eles estão cotidianamente submetidos em razão do adoecimento psíquico no âmbito doméstico.

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

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

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto das análises dos documentos investigados nesse estudo acena para uma compreensão de que a intersecção família e reforma psiquiátrica no contexto do CAPS de Alagoinhas é

também marcado, como se observa em nível nacional, por dificuldades no que se refere à definição de responsabilidades do cuidado com os portadores de transtorno psíquico. Nesse cenário, tanto o CAPS tem legitimado suas intervenções na família, amparado pelo Poder Judiciário, quanto este também se nutre do serviço de saúde mental para respaldar ações que também interferem diretamente no núcleo familiar, a exemplo das ações de interdição.

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

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

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

Por tudo isso, concluímos este trabalho, longe, indubitavelmente, da pretensão de ter esgotado o tema, afirmando que a intersecção família, reforma psiquiátrica e o cuidado com o portador de transtorno psíquico constitui um campo de forças de enorme complexidade envolvendo questões sociais, éticas, históricas, econômicas, políticas, médicas, psicológicas e jurídicas, demandando um olhar mais amplo que atente para uma reorganização da distribuição das atribuições de cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico, devendo, portanto, a responsabilidade, ser compartilhada entre o Estado, Sociedade Civil Organizada, Serviços de Saúde Mental, familiares e, principalmente, os próprios usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLIEZ, Eric. *Da Impossibilidade da Fenomenologia; sobre a filosofia francesa contemporânea*. São Paulo: Ed. 34, 1996

AZEVEDO, M.A.S.S.B.FANTIN, C.A. GUIMARÃES, MATHIAZZI, R.C. O comportamento da família diante da internação do paciente psiquiátrico: observação, descrição e

algumas considerações. In: NEME, C.M.B. e RODRIGUES, O.M.P.R (org.). *Psicologia da Saúde: perspectivas interdisciplinares*. São Carlos, RiMa,2003

BADIOU, Alain. *Deleuze - o clamor do Ser*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BEAUFRET, J. *Introdução às filosofias da existência*. Tradução e notas de Salma Tannus Muchail. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

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

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

FIGUEIREDO, L. C. Foucault e Heidegger. A ética e as formas históricas do habitar (e do não habitar). *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 7(1-2): 139-149, outubro de 1995.

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

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

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

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

FOUCAULT, Michel. *Os Anormais*. Martins Fontes: São Paulo, 2001.

GROS, F. (1997). Foucault et la Folie. *Paris: Presses Universitaires de France*.

LEBRUN, G. "Note sur la phenomenologie dans *Les mots et les choses*" in *Michel Foucault philosophe*, Paris: Éditions du Seuil, 1989.

MAY, Todd, *Foucault's Relations to Phenomenology*, Cambridge Companion to Foucault, NY: Cambridge University Press, 2003.

Nalli, M., *Foucault e a fenomenologia*, SP: Loyola, 2006

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

PEREIRA, I.C.G. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, E. M. *Saúde Mental e Serviço Social:*

o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo, Cortez, 2002.

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

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

ROSA, L. C. dos S. *Transtorno mental e o cuidado na família*. S. P: Cortez, 2003.

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

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

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