

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Bárbara Victor Souza

CONVOCANDO AO CUIDADO

Estratégias de convocação e engajamento de familiares em um CAPS
do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

BÁRBARA VICTOR SOUZA

CONVOCANDO AO CUIDADO:

Estratégias de convocação e engajamento de familiares em um CAPS do Rio de Janeiro

Trabalho de Conclusão de Curso
Graduação em Psicologia
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Orientador: Arthur Arruda Leal Ferreira

*Para minha avó Maria Helena,
Que com a força do amor mudou o nosso mundo.*

Agradecimentos

A construção deste trabalho só foi possível pois tive ao meu lado pessoas incríveis que me acompanharam e orientaram nesta caminhada. Agradeço ao Professor Arthur Arruda Leal Ferreira por todo apoio e direção que me deu para realizar este trabalho, assim como pela parceria nos meus anos de faculdade.

Agradeço a equipe de orientação que me guiou, recomendando textos, mostrando caminhos e evidenciando questões. Agradeço aos meus parceiros de equipe na pesquisa que foram parceiros fundamentais na construção desse caminho que tracei e nas questões que suscitamos ao longo dos anos. Um agradecimento especial a Leticia Gomes Canuto pelo suporte e amizade que construímos, pelas viagens longas que fizemos e pelas risadas que trocamos.

Agradeço à equipe do CAPS Rubens Correa e do CAPS Clarisse Lispector pelo conhecimento que compartilhamos ao longo dos anos que realizei a pesquisa em seus espaços.

Agradeço aos meus pais, madrasta e família pelo apoio para seguir na faculdade apesar de todas as intempéries que surgiram no caminho. Agradeço a minha irmã Isabella pelas risadas e pelo carinho que foram cruciais para concluir a graduação. Agradeço ao meu noivo Marcos Roatti por todo o apoio, amor, risadas e bolos. Por ter me acompanhado desde o início dessa jornada que foi a graduação. Agradeço a minhas amigas pelo apoio, por me escutarem nos momentos de desespero e por viverem essa experiência comigo, em especial Juliana Farias e Thamires Serrão que compartilharam todas as lágrimas que derramei assim como minhas risadas.

Agradeço por fim a minha avó Maria Helena Souza da Silva que foi minha inspiração e força para fazer este trabalho. Obrigada por toda a compreensão com as minhas ausências, todo o amor e palavras de carinho que compartilhou, por ter me ensinado que somos mulheres fortes e que seguimos em frente cuidando daqueles que amamos. Muitíssimo obrigada por me conhecer tão bem e me acolher com tanto amor.

Resumo

O presente trabalho analisa e discute o papel assumido pela família junto ao serviço de saúde mental pós reformista CAPS (Centro de atenção psicossocial). Partindo de uma perspectiva histórica crítica que percebe a relação entre família e tratamento da loucura como uma relação de ambiguidade. Esta relação vem se estabelecendo como um campo que foi se alterando ao longo dos anos, com a família sendo compreendida de maneiras diferentes por aqueles que são responsáveis pela condução do tratamento em saúde mental, mas participando de algum modo deste processo. E com a utilização do conceito de *Governamentalidade* como trabalhados por Michel Foucault e Nikolas Rose, propõe-se compreender como esta relação vem se colocando na relação cotidiana dos dispositivos de saúde mental, quais estratégias vêm sendo aplicadas para convocar e engajar a família no tratamento oferecido pelos CAPS. A partir disso compreendeu-se que a família se relaciona com o CAPS de maneiras diferentes, sendo acolhida por este em momentos de exaustão e sendo sempre convocada a uma participação ativa. Esta participação tem papel importante na gestão liberal da conduta realizada pelos CAPS e na sua promoção de autonomia.

Abstract

This paper analyzes and discusses the role assumed by the family with the post-reformist mental health service CAPS (Centro de Atenção Psicossocial/ Psychosocial Attention Center). Starting from a critical historical perspective that perceives the relationship between family and treatment of insanity as a relationship of ambiguity. This relationship has been established as a field that has changed over the years, with the family being understood in different ways by those who are responsible for conducting mental health treatment but participating in some way in this process. And with the use of the concept of *Governmentality* as worked by Michel Foucault and Nikolas Rose, it is proposed to understand how this relationship has been in the daily management practice of mental health devices, which strategies have been applied to summon and engage the family in the treatment offered by CAPS. From this it was understood that the family relates to the CAPS in different ways, being welcomed by the CAPS in moments of exhaustion and always being called to an active participation. This participation plays an important role in the liberal management of the conduct carried out by the CAPS and in their promotion of autonomy.

Sumário

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | Introdução..... | 7 |
| 2 | Um Brevíssimo Panorama Histórico | 8 |
| 2.1 | A Construção de um Sistema de Saúde Mental do Estado – Período Pré-República . | 8 |
| 2.2 | Os Problemas e a Construção da Reforma Psiquiátrica – Período Republicano..... | 10 |
| 3. | O sistema de Saúde mental brasileiro | 13 |
| 4. | Metodologia | 15 |
| 4.1 | Onde observar | 15 |
| 4.2 | Como Observar | 16 |
| 5 | Resultados | 18 |
| 5.1 | Perfil dos prontuários | 18 |
| 5.2 | Protagonistas de suas histórias..... | 18 |
| 5.3 | A Trindade CAPS-Família-Usuário | 21 |
| 5.4 | Família “no limite” | 27 |
| 6. | Conclusão | 32 |
| | Referências Bibliográficas | 34 |

1 Introdução

O trabalho que se segue é fruto de reflexões construídas no curso de três anos – entre 2017 e 2020 - em que fiz parte da pesquisa “*Uma curta e Densa História de Transição: A implementação do CAPS na cidade do Rio de Janeiro na perspectiva de suas práticas cotidianas*”¹. A referida pesquisa trabalha analisando historicamente os trânsitos nas práticas de gestão na área de saúde mental após a reforma psiquiátrica, mais especificamente, a partir da implementação dos CAPS na cidade do Rio.

A participação nesta pesquisa me trouxe a possibilidade de desenvolver diversas considerações acerca do sistema de saúde mental. Aliado a isto, trago curiosidades pessoais provocadas pelo contato direto com pessoas em necessidade de atendimento em saúde mental. A partir destas relações e possibilidades, a interseção entre o tratamento em saúde mental e a família se tornou um alvo de interesse.

Deste modo, ao desenvolver este trabalho, me proponho a investigar os modos das relações entre família e o sistema de saúde mental, partindo de uma perspectiva focada nas práticas cotidianas. No entanto, para que tal reflexão seja feita, é necessário ter em mente as dinâmicas que vêm sendo apresentadas nas relações entre Estado, Saúde mental e Família anteriormente a Reforma Psiquiátrica, assunto que abordarei no primeiro capítulo com um breve panorama histórico seguido por uma explicitação breve do formato do sistema de saúde mental brasileiro atual. Explicitarei também o modo como pretendo construir este trabalho utilizando prontuários como fonte e o conceito de *Governamentalidade* como discutidos por Michel Foucault e Nikolas Rose para fundamentar a discussão a ser realizada. Em seguida apresento uma relação dos casos a serem trabalhados e por fim discuto o a relação que se forma entre CAPS, família e usuários e a conduta do serviço em casos de exaustão familiar.

¹A pesquisa fundamenta-se num trabalho historiográfico que se volta aos impasses e desafios das práticas cotidianas de governo implementadas pelos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) na cidade e no estado do Rio de Janeiro, consistindo num estudo referente ao campo de Saúde Mental. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CFCH/UFRJ desde 2016.

2 Um Brevíssimo Panorama Histórico

2.1 A Construção de um Sistema de Saúde Mental do Estado – Período Pré-República

A loucura aparece enquanto questão pública no início do século XIX, a partir das mudanças políticas e sociais trazidas pela chegada da família real ao Brasil(FONTE, 2013). Com a presença da realeza em solo nacional, tem início uma intervenção do Estado sobre a loucura, processo que tem como marco a inauguração do Hospício Pedro II em 1852 no Rio de Janeiro (ENGEL, 2001). Com esta nova instalação a loucura se torna, em termos oficiais, institucionalizada e a psiquiatria tem seu nascimento marcado “a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e da população”(FONTE, 2013, parag. 4).

Foucault (2006), ao falar sobre o contexto europeu no século XIX, pontua que a intervenção do Estado sobre a loucura parte de uma ideia de que o louco não é apenas uma questão para a família que o cuida, mas também - e talvez principalmente - para a sociedade, cabendo uma ação do Estado, passando a loucura de uma questão prioritariamente jurídica para uma questão médica que tinha como apoio as questões leais. O dito doente mental tinha como demanda do tratamento o seu isolamento da família por seu contato ser incompatível com a terapêutica: nada que tivesse semelhança com ela deveria estar presente no tratamento, pois a cura no asilo vem do próprio asilo²(FOUCAULT, 2006).Portanto, para que o problema fosse solucionado era necessário afastar o paciente para possibilitar a recuperação e proteger a família dos efeitos nocivos dessa alienação.

Foucault (2006) ainda aponta que, nada que remetesse à família poderia fazer parte do tratamento, citando diferentes autores que escreveram sobre o assunto, reafirmando o dano causado pela família ao tratamento e citando diversos exemplos em

² Segundo explica Foucault (FOUCAULT, 2006) em suas Aulas no Collège de France entre 1973 e 1974, o hospital é responsável pela cura, e o faz a partir de sua estrutura arquitetônica que é uma variação do panóptico. Deste modo possui características do panóptico como: (1) Visibilidade Permanente, permitindo uma vigilância constante e silenciosa; (2) vigilância central, com a centralização da vigilância na figura do médico-chefe; (3) e o Princípio do isolamento, funcionando com a visão triangular da loucura permitindo ao louco observar a doença mental no outro e então perceber a loucura em si próprio

que o mínimo contato era o suficiente para trazer à tona a loucura de um paciente, não importando quão próximo este estivesse da cura.

Ou seja, o que vai precipitar o episódio da loucura são as contrariedades, as preocupações financeiras, o ciúme amoroso, as tristezas, as separações, a ruína, a miséria etc., tudo isso é o deflagrador da loucura e o que não vai parar de alimentá-la. Logo, é em relação a esse suporte permanente da loucura, que é a família, é para curto-circuitá-lo que é preciso separar o doente da sua família (FOUCAULT, 2006, p. 124).

Oliveira(2008) coloca que, no contexto brasileiro, durante este período em que o asilo/hospício era o local de cuidado a família também era culpabilizada pela loucura, existindo uma necessidade de separá-los para permitir a cura do paciente e proteger a família desta alienação. No entanto isto não quer dizer que a família estava totalmente afastada deste processo. Engel (2001) explora em seu livro diversos casos que ocorrem entre o final do século XIX e o início do século XX, nos quais a família está diretamente envolvida no tratamento, pois é ela que o demanda, é ela que aciona a justiça para que o seu familiar seja interdito e internado. Segue um exemplo abaixo:

Apesar da repercussão positiva em torno da concessão do habeas corpus que assegurou a saída do Comendador Carvalho da Casa de Saúde Dr. Eiras, seus familiares não recuavam, instaurando contra ele um processo de interdição poucos dias depois. Alegando que o seu marido estaria sofrendo de afecção mental, complicada por abusos alcoólicos, D. Amélia solicitaria ao juiz da 2ª Vara de Órfãos, Dr. José Luiz de Bulhões Pedreira, que fossem nomeados peritos para examiná-lo e ouvidas as 14 pessoas indicadas como testemunhas pela acusação (ENGEL, 2001, p. 65).

O trecho acima mostra um exemplo dessa intervenção familiar que busca o tratamento, neste caso, através de um processo de interdição, um processo da esfera jurídica. Deste modo, mesmo a família sendo afastada do processo terapêutico, ela ainda está envolvida nessa relação com a saúde mental.

Um segundo ponto importante para notar as mudanças na dinâmica da relação entre estado e saúde mental ocorre no século XX, com a República. Neste período a psiquiatria assume verdadeiramente a responsabilidade pelo tratamento dos alienados³, antes havia uma responsabilidade dividida entre entidades religiosas e jurídicas (ENGEL, 2001). Neste contexto ocorre uma medicalização gradativa da loucura, mesmo sendo o isolamento ainda o fundamento do tratamento psiquiátrico e os asilos de alienados,

³ O nome dado àqueles que sofriam de alguma mazela mental se altera ao longo dos anos, passando de louco à alienado, sendo chamado depois de doente mental e em seguida psicopata (Machado, 2019). Atualmente são referidos nos ambientes de cuidado como usuários, pacientes ou clientes.

quartéis policiais, hospitais psiquiátricos, hospícios etc. seguiam tendo como função principal realizar a exclusão social do louco e de todos aqueles que eram incompatíveis com o grau de civilidade que se pretendia para a sociedade. Deste modo, os hospitais e colônias agrícolas passaram a se multiplicar para dar conta da demanda de tratamento (FONTE, 2013).

2.2 Os Problemas e a Construção da Reforma Psiquiátrica – Período Republicano

O centro de recolhimento de alienados no início do período republicano no Rio de Janeiro era o Hospital Nacional de Alienados (HNA)⁴. Regido pelos psiquiatras, o HNA contava com diversos problemas na visão dos próprios médicos, principalmente a superlotação (ENGEL, 2001). Em seu cotidiano de funcionamento, o hospital atuava realizando pesquisas e diversos testes em seus pacientes, além de uma série de terapias praticadas no hospital:

Assim, a hidroterapia ou balneoterapia – incluindo os mais variados tipos de banho, quentes ou frios, de imersão ou sob a forma de fortes duchas etc. –, a eletroterapia, a distração e a educação do corpo e da mente por intermédio da música, dos passeios e exercícios ao ar livre, da leitura etc. continuariam a figurar entre os meios de tratamento e de controle largamente empregados nas instituições do serviço de Assistência aos Alienados do Distrito Federal no decorrer das primeiras décadas do século XX. (ENGEL, 2001, p. 310)

Apesar das mudanças estruturais, de gestão e novas visões de tratamento, o objetivo dos asilos pós república ainda era o mesmo dos Hospícios do Império, afastar o louco do convívio social.

Com o decorrer século XX, começaram a ocorrer movimentos que produziam uma revisão do sistema psiquiátrico, assim como práticas reformistas no contexto internacional. Estes movimentos traziam modificações práticas em diferentes áreas acerca do tratamento ofertado aos doentes mentais:

Em meados do século XX despontaram em diversos países europeus e americanos uma série de movimentos que apresentaram alternativas aos modos de abordagem da psiquiatria tradicional, centrada então na figura do asilo manicomial.[...] Em poucas décadas, os serviços de atenção aos ditos doentes mentais se transformou de forma substancial: o asilo praticamente desapareceu como dispositivo central e a psiquiatria perdeu seu protagonismo diante do

⁴ Após a Proclamação da República o Hospício Pedro II se separa da Santa Casa de misericórdia e ganha seu próprio espaço como Hospício Nacional de Alienados. Em 1911 muda novamente de nome passando a se chamar Hospital Nacional de Alienados (Engels, 2001).

ativismo dos demais profissionais e dos pacientes (FERREIRA; MADARIAGA; LIMA, 2017, p. 20–21).

Nesta mesma época o que se observava no Brasil era uma expansão da rede de hospitais psiquiátricos. Na década de 1960, as internações que até então vinham ocorrendo em grande parte no setor público, passaram a ocorrer em massa também na rede particular, a partir de convênios público-privados. Os leitos públicos ficavam reservados aqueles que não possuíam vínculos com a previdência social, e os demais eram encaminhados aos leitos de hospitais privados, que recebiam diárias para os pacientes atendidos. Em grande parte das vezes, clínicas privadas sobreviviam exclusivamente a partir de capital público, através da remuneração diária feita para pagar a internação de cada paciente (FONTE, 2013).

Fonte (2013) nomeia esta prática como a “indústria da loucura”, e coloca que seu fim ocorre em 1978 com a deflagração da reforma psiquiátrica capitaneada pelo *Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental* (MTSM). No entanto, é importante pontuar que práticas e condutas não tiveram mudanças abruptas, os manicômios, por exemplo, não foram fechados todos ao mesmo tempo, mas os movimentos contribuíram para dar início a mudanças nas práticas em vigor.

Alguns grupos de técnicos de saúde, acadêmicos, militantes sociais, organizações comunitárias e afins, influenciados pela Psiquiatria Democrática Italiana – especialmente o pensamento de Franco Basaglia - começam a criar uma sistematização de pensamento contra hegemônico na assistência em Saúde Mental. No final da década de 1980, surgem os primeiros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e fecham-se alguns manicômios e se inicia um embate epistemológico, político e técnico em prol de ‘uma sociedade sem manicômios’ (FONTE, 2013, parag. 26).

O movimento reformista brasileiro teve uma proximidade com a Psiquiatria Democrática italiana⁵. Este movimento é visto como mais radical no contexto das reformas, questionando os asilos e a psiquiatria enquanto saber. Os asilos eram comparados a salas de tortura da ditadura e a campos de concentração (AMARANTE, 1998) e a reforma trouxe como efeitos a busca da liberação terapêutica do doente mental, dispositivos de tratamento de portas abertas além de alternativas como residências

⁵A Psiquiatria Democrática Italiana teve como figura importante Franco Basaglia. A crítica de Basaglia se baseia em três pilares: a dependência entre psiquiatria e justiça, a falta de neutralidade da ciência e a classe de origem das pessoas internadas. Foi um movimento de ruptura com o modo de pensar da psiquiatria que via na loucura uma doença a ser curada, dando ao médico poderes sobre o paciente. Através da análise histórico-crítica, as relações econômicas e sociais tomam um lugar central e a psiquiatria passa a ser vista como reprodutora de relações de opressão de classes.

terapêuticas, hospitais-dia, cooperativas de trabalho e outros (FERREIRA; MADARIAGA; LIMA, 2017).

As reivindicações feitas na reforma psiquiátrica brasileira demandavam uma mudança na dinâmica entre família e tratamento. O projeto reformista passa a confiar nas relações familiares e sociais - anteriormente negadas pelos projetos terapêuticos por serem prejudiciais - como possibilitadores da melhora de qualidade de vida dos pacientes(OLIVEIRA, 2008). Deste modo, a relação entre família e o sistema que atende o usuário de saúde mental é novamente tencionada, possibilitando o surgimento de novas práticas e modos de relação.

3. O sistema de Saúde mental brasileiro

Atualmente, após a implementação de ideias reformistas, o atendimento em saúde mental no Brasil se dá com base na Política Nacional de Saúde Mental. Esta política se configura como “uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental” (BRASIL, 2020). A estrutura de atendimento se organiza pela *Rede de Atenção Psicossocial* (RAPS). O ministério da saúde e órgãos oficiais indicam que os *Centros de Atenção Psicossocial* (CAPS) são a base desta rede, sendo responsáveis pelos principais atendimentos em saúde mental no país (BRASIL, 2005, 2020).

Em seu projeto de implementação, os CAPS tem como finalidade oficial atender aqueles que estejam em sofrimento psíquico grave em um regime de hospital dia que ofereça aos atendidos autonomia, e reabilitação – que neste contexto é definida como a possibilidade de produzir valor socialmente reconhecido (CERQUEIRA, 1999). O serviço funciona em um sistema de “portas-abertas” - no sentido literal mas também como uma referência às relações que se pretende estabelecer – propiciando o acolhimento e localizado no território, ou seja, existe um diálogo e uma permeabilidade entre o serviço e o território que o cerca (BRASIL, 2015).

O mesmo documento aponta como recomendação a realização de atividades que incluam pessoas que não são usuárias do sistema de saúde mental (CERQUEIRA, 1999). A família deve passar a ser entendida como o principal agente na ressocialização do paciente (PEREIRA, 2003 apud OLIVEIRA, 2008). Neste contexto, Melman (2006, apud OLIVEIRA, 2008) aponta que no atendimento familiar seria necessária a utilização de mecanismos para desfazer a ideia de culpabilização. Isto porque esta compreensão ainda estaria presente, remanescente das teorias que foram difundidas na época asilar.

Desde o reconhecimento da loucura pelo Estado, até a implementação do sistema da reforma, a relação que a família deveria estabelecer com o tratamento foi percebida de maneiras diferentes por aqueles responsáveis pela condução do tratamento. No entanto a família esteve sempre de algum modo associada ao tratamento em saúde mental dos seus entes, seja por encaminhá-los ao cuidado, seja por ser o responsável pelo familiar. Deste modo se torna importante compreender como essa relação se estabelece atualmente no cotidiano dos serviços de saúde mental, de que modo a interação entre família e serviço vem se estabelecendo e quais estratégias podem estar sendo empregadas para que as

propostas da reforma para a família sejam alcançadas. Com este fim, este trabalho pretende se debruçar sobre as práticas cotidianas para melhor compreender essa relação.

4. Metodologia

4.1 Onde observar

Na tentativa de observar as práticas cotidianas para compreender as dinâmicas da relação Família-CAPS, busquei um objeto de estudo que já me era familiar, os prontuários. Ao longo do trabalho com a pesquisa “Uma curta e Densa História de Transição: A implementação do CAPS na cidade do Rio de Janeiro na perspectiva de suas práticas cotidianas” me foi possível transcrever e analisar estes documentos. De maneira geral, os prontuários consistem de registros de médicos, enfermeiros e demais membros do serviço e são marcas que apresentam os comportamentos, normas internas, relações de convívio, poder, formas de tratamento e o cotidiano institucional (BORGES, 2014). Segundo Ferreira, Madariaga e Lima (2017) este material mostra, para além das diferenças de escrita dos diferentes profissionais, uma narrativa que passa pelos cursos e oficinas, as buscas por um aprendizado e as mudanças nas relações familiares. No entanto, para que a pesquisa que se segue tenha um foco naquilo que desejo abordar, foi necessário selecionar parâmetros que me permitissem realizar um estudo relevante.

Os prontuários obtidos pela referida pesquisa são obtidos em dois CAPS do município do Rio de Janeiro, CAPS Clarice Lispector e CAPS Rubens Correa. O primeiro foi selecionado por se localizar no mesmo território do Instituto Municipal Nise da Silveira e por ter abrigado os internos do antigo Hospital Pedro II. Já o segundo, foi o primeiro CAPS em funcionamento no Rio de Janeiro, tendo sua inauguração em 1996. Até o momento de construção deste trabalho foram reunidos um total de 26 (vinte e seis) prontuários, sendo 15 (quinze) do CAPS Clarice Lispector e 11 (onze) do CAPS Rubens Corrêa. Todos os documentos acessados pela pesquisa fazem parte do arquivo morto, significando que os usuários aos quais se referem já não são atendidos pelo CAPS, seja por ocasião de seu falecimento, transferência, alta ou qualquer outro motivo que tenha encerrado seu atendimento. No entanto, se faz necessário adotar medidas que preservem o anonimato destes usuários, para tal, os casos foram renomeados. Para isto os nomes dos usuários foram substituídos por nomes de CAPSs e CAPSis do Rio de Janeiro.

De modo a realizar um trabalho que observe a construção de estratégias e as mudanças de dinâmica ao longo do tempo de existência do CAPS, foi escolhido trabalhar com casos de um único serviço. O local escolhido foi então o CAPS Rubens Corrêa, por

ter sido o primeiro CAPS do Rio de Janeiro. Dos prontuários disponíveis, 2 (dois) foram eliminados da construção deste trabalho, pois sua transcrição foi realizada de modo diferente dos demais, não sendo uma transcrição literal do material do prontuário original. Sendo assim, serão utilizados 9 (nove) prontuários do CAPS Rubens Correa que compreendem o período de 1996 até 2018, sendo possível desta maneira ter um olhar para estes primeiros 20 anos do CAPS.

4.2 Como Observar

Para este trabalho proponho uma abordagem histórico crítica com o intuito de analisar o dispositivo CAPS. Na literatura, o processo de reforma e seus dispositivos são em geral retratados em narrativas históricas quase-épico ou quase-hagiográfico (SANTOS et al., 2020), no entanto, neste trabalho o objetivo é traçar uma história crítica que permita um olhar mais atento para os modos de gestão ou governo nas abordagens reformistas.

Para compreender estes modos de governo e gestão me utilizei do conceito de *Governamentalidade* de Michel Foucault. Tal conceito pode ser compreendido como “o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer esta forma específica, mesmo que muito complexa de poder, que têm por objetivo a população” (Foucault, 2006, p. 136 *apud*. Ferreira, Madariaga e Lima, 2017, p.21).

O conceito de Governamentalidade se refere, então, ao surgimento de abordagens de governo que percebem o ato de governar como uma questão de administração de todos e de cada um para alcançar os objetivos desejados. Esta concepção engloba uma concepção da arte de governar, que concebe o governo como englobando programas, estratégias de alguma forma racionalizados para uma condução de conduta (ROSE, 2011). Desta maneira o que se pretende é analisar a relação do serviço e familiares a partir das formas e estratégias de gestão que são utilizadas no cotidiano do tratamento.

Segundo Ferreira, Padilha & Starosky (2010), os dispositivos reformistas atuam em uma gestão de moldes liberais, ou seja, o modo de gestão da conduta do outro se dá a partir da liberdade dos indivíduos. Rose (2011) pontua que nestas formas liberais de

governo a intenção não é mais a dominação, mas sim conhecer aquele que deve ser governado de tal modo que suas ações traduzam os objetivos esperados. As tecnologias do *self* também se mostram neste contexto como mecanismos de autodireção, uma estratégia de condução da conduta a partir desta liberdade do indivíduo (ROSE, 2011).

Deste modo a tentativa do atual trabalho é compreender a forma como essa Governamentalidade liberal é exercida nestes dispositivos. E de que modos a relação CAPS-Família-Usuários se organiza e quais estratégias de engajamento familiar surgem desta forma liberal de gestão.

5 Resultados

5.1 Perfil dos prontuários

Os prontuários analisados para o presente trabalho eram compostos de relatos de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, estagiários, profissional de dança, musicoterapeuta e residentes. Os relatos em sua maioria eram compostos pela data, o relato e a assinatura do profissional. Havia anexos aos prontuários exames, laudos, fichas de autorização de procedimentos e fichas de acompanhamento de medicação e participação.

Quanto aos usuários descritos nestes prontuários é possível traçar um breve perfil. Dentre os usuários 6 eram do gênero feminino e 3 do gênero masculino. As idades de entrada no serviço variavam entre 21 e 59 anos de idade, com uma média de 40 anos. Em média os casos têm 8,3 anos de duração, mas os casos variam entre 4 e 16 anos de tratamento no serviço. As altas foram em maioria por transferência, sendo 4 para outros CAPS' e 2 para serviços de atendimento ambulatorial. Aparecem também duas altas por óbito e uma alta administrativa por falta de comparecimento ao serviço. Quanto ao histórico de internação, 5 possuíam relatos de internações anteriores ao CAPS.

5.2 Protagonistas de suas histórias

“É marcado com Fernando a sua parcela de responsabilidade no próprio tratamento – e que é preciso que ele cumpra a sua parte.”

Caso Fernando

A pesquisa que busco construir fala principalmente dos familiares e dos trabalhadores de Saúde Mental dos CAPS, personagens importantes para a construção do tratamento que tem curso nos serviços, no entanto não se pode deixar de lado aqueles que são os verdadeiros protagonistas: os usuários. Por mais que esta pesquisa não esteja focada em contar suas histórias, acredito ser de extrema importância que ao menos tracemos um pouco de quem são estas pessoas. Desta maneira, nas próximas linhas serão construídas pequenas imagens de quem são os protagonistas destes casos, a partir daquilo que foi possível descobrir em seus prontuários.

O usuário Ernesto começou sua trajetória no CAPS em 2006 aos 42 anos após seu irmão entrar em contato com o serviço. Ernesto foi criado pela irmã paterna dos 9 aos 18 anos, quando foi morar com sua mãe. Porém quem percebeu que seu comportamento era diferente foi seu irmão, que veio a se tornar o principal cuidador Ernesto, abrigando-o durante o tempo que se encontrava em casa. Este tempo, no entanto, não foi muito já que no período anterior ao CAPS, Ernesto passou por mais de 15 internações. Durante os 12 anos em que seu prontuário esteve ativo no serviço, Ernesto não se integrou verdadeiramente às atividades estando presente em poucas oficinas e do grupo de referência, local que tinha dificuldade de participar. As citações abaixo evidenciam essa situação:

Tem frequentado o grupo de referência junto com o seu irmão. Quase não fala.⁶
(*Caso Ernesto*).

Tem vindo ao grupo de referência junto com seu irmão, mas tem dificuldade em permanecer no grupo.
(*Caso Ernesto*).

Ernesto se mantém em acompanhamento com o Serviço até 2018 quando passa a receber atendimento em outra unidade devido a mudança com sua família para outra localidade

Fernando deu entrada no Serviço em 1998 aos 24 anos após ser encaminhado pelo IPUB. Estava constantemente no CAPS, desenhava e participava de oficinas e grupos, no entanto sempre apareciam comentários sobre uma certa inadequação. Sua família é presente, no entanto Fernando fala sobre a ausência do pai que o abandonou. Este se torna parte importante do tratamento de Fernando, pois retorna para a vida do filho.

Finalmente após 10 anos, Fernando reencontra seu pai. Fizemos uma reunião com Fernando, P (a irmã) e senhor J. (o pai). Ambos (pai e filho) ficam se olhando por muito tempo. [...] Ao final, Fernando anuncia que quer ir com o pai. Senhor J. [*pai*] tenta argumentar que hoje não seria o dia. P. [*irmã*] com cuidado, sinaliza a possibilidade dele, daqui a algum tempo, passar o final de semana com ele. Intervenho, apontando para Fernando a importância de reconhecer e respeitar os limites do pai.

(*Caso Fernando*).

O usuário Fernando continua no CAPS até 2010 quando é transferido para outra unidade devido a sua mudança com sua família.

Clarice deu entrada no Serviço em 2009, com 48 anos, acompanhada pela nora. Até então a usuária administrava própria medicação, no entanto, a interrompeu gerando uma crise. Era curatelada por sua irmã até que esta faleceu em 2010. Seu relacionamento com o filho é difícil, pois “não foi cuidado por ela e segundo a nora tem dificuldade de

⁶ Por motivos de destaque, optou-se por realizar as citações em separado do corpo do texto, mesmo quando estas são curtas, para dar ênfase às manifestações do prontuário.

compreender e se relacionar com a mãe.” (Caso Clarice). Porém, ao longo do caso, seu filho se torna seu principal cuidador.

A usuária participa das atividades do CAPS com atendimentos individuais e participação em alguns grupos. O seu caso se encerra em 2016 após o serviço entrar em contato com a família devido a sua ausência e ser avisado que a usuária veio a óbito em 2014.

A usuária Dircinha dá entrada no CAPS em 2002 com 38 anos com um histórico de várias internações anteriores ao CAPS. Ao ingressar no serviço seu caso atingiu uma certa estabilidade, Dircinha comparece com regularidade ao grupo de referência, normalmente desacompanhada e consciente do seu tratamento. Faz solicitações de alteração de medicamentos e exames, sendo bastante ativa no seu tratamento

Participa do grupo de referência, solicita pedido de dosagem de lítio.
(Caso Dircinha).

Leva também ao CAPS questões de saúde geral, como seu peso, e fala de seus planos de vida. Seu caso se encerra em 2009 com encaminhamento da usuária para atendimento ambulatorial.

Usuária Linda deu Entrada no CAPS em 2000, com 21 anos, após transferência vinda da Equipe de Saúde mental de Costa Barros. O caso é marcado principalmente pelas ausências e quando está presente Linda não participa de atividades nem grupos, apesar da recomendação do Serviço. Seu prontuário se encerra em 2005 com uma alta administrativa devido à sua ausência.

A usuária Neuza da entrada no CAPS em 1999 aos 41 anos. Ao longo de todo o caso, Neuza comparece as consultas marcadas e aos grupos e psicoterapias individuais quando estas lhe são recomendadas. Quando ausente faz questão de colocar suas motivações. A condução de seu caso era feita em esquema similar ao ambulatorial e, assim sendo, seu caso se encerra em 2015 quando seu caso passa a ser atendido ambulatorialmente em um PAM (Pronto Atendimento Municipal).

Maria do Socorro deu entrada no serviço em 2012 aos 59 anos de idade. Não possuía história pregressa de internações psiquiátricas e foi encaminhada pelo Hospital Clementino Fraga. Após dar entrada no CAPS, Maria do Socorro foi internada no Nise e logo em seguida encaminhada a um pensionato pois a casa em que vivia foi visitada pelos profissionais do CAPS que verificaram que ela estava em condição insalubre:

Eu e M. (enfermeiro), fomos até a residência de Maria do Socorro para avaliá-la. Maria do Socorro estava em estado completamente insalubre, bem como sua casa também. Foi necessário auxílio do Samu. Acompanhando-a até o PAM Rodolfo Rocco, onde ficou internada na emergência aguardando vaga no H. N. S.

(Caso Maria do Socorro).

O caso de Maria do Socorro não tem participação de família, apenas uma menção de um irmão. No entanto, um grupo de amigas se faz presente e ajuda o CAPS no cuidado com Maria do Socorro e nas diversas transferências pelas quais passa. Quando presente no serviço Maria do Socorro engajou em diferentes atividades, principalmente atividades de dança. A presença no serviço se encerra quando Maria do Socorro é transferida para um asilo distante do CAPS e o serviço passa a trabalhar sua transferência. No entanto o prontuário se encerra antes, com o falecimento de Maria do Socorro em 2016.

O usuário Carlos deu entrada no CAPS em 2002 com 33 anos de idade. Veio encaminhado de sua igreja, local em que fazia atendimento psicológico à parte. Sua principal cuidadora é sua mãe e segundo relato de profissional do serviço Carlos é “muito ligado à mãe, que participa mais do CAPS do que Carlos”. Com o desenvolvimento do caso, no entanto, Carlos passa a participar mais, frequentando psicoterapia individual. O caso se encerra com o arquivamento do prontuário em 2016, anteriormente a isso estava em curso uma discussão sobre a transferência de Carlos para um outro CAPS pois se mudou em 2014.

O último prontuário que abordaremos é o de Eliza. A usuária deu entrada no serviço em 1996, com 54 anos levada pela família. Sua história anterior a entrada conta de duas internações. Ao longo de seu período de atendimento, não engajou em atividades e oficinas gerais do serviço, mas comparecia junto com a família nos atendimentos familiares que eram agendados frequentemente. Seu caso acaba com o encaminhamento da usuária para um asilo temporário em 2003.

5.3 A Trindade CAPS-Família-Usuário

*Pautamos para a família a importância
que eles têm para o tratamento de*

Dircinha

(Caso Dircinha).

A relação entre CAPS, família e usuário é compreendida pelo serviço como importante para o sucesso do tratamento em curso e, para tal, trabalha de modo a alinhar a compreensão de todos os envolvidos com o caso. Em diferentes situações os familiares procuram o serviço para colocar preocupações e queixas a respeito do estado dos usuários, neste momento, os profissionais explicam as especificidades do caso e das medicações que estão sendo utilizadas.

Paciente comparece acompanhado do marido ao grupo de referência, queixa-se da esposa estar muito sonolenta, foi pontuado que por causa dessa sonolência que Dircinha está em crise e L. [*marido*] disse ter compreendido então.

(Caso Dircinha).

Conversei hoje com T., filha de Neuza, sobre esta. T. aponta que o problema é que Neuza “anda muito irritada”, discutindo por qualquer motivo. Expliquei que o motivo do aumento da dose da imipramina foi por conta disso, e T. diz que de fato ela está melhorando nos últimos dias.

(Caso Neuza).

Carlos vem com a mãe I., estabilizado. Vem tirar dúvidas a respeito do tratamento do filho. Oriento manter medicação de manutenção intercrise.

(Caso Carlos).

Estas colocações são por vezes realizadas sem que sejam necessários questionamentos dos familiares, surgindo como uma tentativa de instruir os familiares a respeito do cuidado e do manejo do caso.

Oferecemos orientação à pessoa que cuidará de *Eliza* Combinamos atendimento da família às quintas-feiras às 10 horas.

Após o atendimento foi feito o esclarecimento do quadro da paciente aos familiares sem a presença de *Eliza*;

(Caso *Eliza*).

O CAPS trabalha em uma tentativa de estabelecer uma base comum para todos os envolvidos no caso, para que todos compreendam a situação do usuário e possam cumprir seus papéis no tratamento. Esta intervenção parece surtir um efeito tranquilizante nos familiares, como nos casos Neuza e Dircinha acima. Nestes casos a explicação dada pelo CAPS faz com que o familiar que chegou ao serviço com uma queixa compreenda a situação e perceba até melhoras do quadro que não havia percebido antes.

No entanto, esta postura nem sempre é suficiente. Em casos como o de Fernando foi necessário que o serviço adotasse uma postura mais incisiva, corrigindo condutas que entende como errôneas ou prejudiciais.

Acentuou a necessidade de vir ao CAPS. Fernando apresenta-se bastante delirante. Em tempo a mãe estava aumentando por conta própria tendo sido orientada quanto a importância do uso correto da medicação

(caso Fernando).

Se utilizando também de meios didáticos para facilitar a compreensão dos familiares sobre o manejo do cuidado.

Mãe de Fernando comparece ao CAPS, está administrando incorretamente a medicação. Solicitada a fazê-lo corretamente com esquema didaticamente ampliado.

(Caso Fernando).

Esta postura de correção também se aplica a questões mais complexas como caso de agressão entre o familiar e o usuário. No caso Fernando, o CAPS atuou de modo a explicar a ambos a questão e a responsabilidade que têm na resolução dos conflitos.

Conforme o solicitado, mãe de Fernando comparece aos CAPS. Refere do desentendimento Fernando e da pichação que ele permanece fazendo em casa, e que Fernando não “obedece”. Ela o agride fisicamente e ameaça-o interná-lo. **Pontuei para ambos que a agressão física estava tornando-se um problema e que não é a melhor forma de resolver a situação, agravando-a inclusive.** Comentei o fato de Fernando chegar ao CAPS, solicitando sua internação 6 feira passada após o desentendimento entre os dois.

(Caso Fernando; grifo meu).

No trecho grifado, a profissional do serviço explicita o momento em que teve que atuar de maneira mais incisiva em questões que tem relação com a conduta do familiar e do usuário. No entanto, mesmo que incisivo em seu discurso, o Serviço se utiliza de técnicas que tentam levar os familiares a uma compreensão de cuidado que seja a mesma do serviço para que sua conduta reflita a conduta esperada pelo CAPS, em um estilo mais liberal de condução da conduta.

Outra situação em que o CAPS precisou apresentar uma postura mais incisiva foi no caso Clarice. Os familiares da usuária estavam levando-a ao serviço antes deste abrir e indo buscá-la após o fim do expediente. Nesta situação o serviço se fez incisivo colocando para os familiares a inviabilidade dessa conduta.

Clarice ficou ontem no CAPS esperando pelos familiares virem buscá-la até 17h45, mesmo a equipe fazendo contato telefônico, avisando do expediente. **P. [profissional do CAPS] se colocou com os familiares a respeito da inviabilidade disso, pois hoje as 9h os familiares depositaram a paciente no CAPS de novo, mesmo o pessoal de segurança informando que o início de atividades hoje ser às 14h.**

Discutido na RE sobre a emergência desse caso como grave, entanto a paciente é doente clínica (HAS-DBT). O filho queixa-se dela não comer etc. Embora esteja sendo simplesmente sendo abandonada no CAPS, sem nenhum cuidado clínico dispensado pelos familiares, sem cuidado com a alimentação e

deixando a equipe com essas dificuldades primeiras sem ser resolvidas nós intervir(mos).

(Caso Clarice; grifo meu).

No trecho grifado o Serviço pontua uma situação de conduta inapropriada por parte dos familiares, segundo o relato o CAPS estaria sendo utilizado como um ambiente em que seria aceitável deixar o familiar e buscá-lo quando possível e não um espaço de tratamento. A intervenção do CAPS atua em uma tentativa de nivelar aquilo que se espera do serviço e aquilo que o serviço oferece. Neste relato o serviço também pontua que o cuidado deve vir da família, por mais que o serviço seja parte do tratamento. Este trecho nos apresenta então um modo de apresentação e divisão de responsabilidades entre o CAPS e os familiares.

Um dos elementos desta prática de portas abertas é a responsabilização dos atores envolvidos no cuidado (SILVA, 2004) e deste modo, o serviço também assume a sua parcela de responsabilidade pelo cuidado do paciente, porém tenta deixar claro que esta responsabilidade é dividida. No caso Clarice a usuária não retorna para casa após sair do serviço. Nesta situação o filho culpabiliza o CAPS, no entanto o serviço tenta colocar ao familiar que existe uma parcela de responsabilidade familiar e instrui a família a se aproximar do tratamento de Clarice se dispondo a alterar o contrato para que isso seja possível.

Pede para falar com o filho que contou que a paciente havia saído aqui do CAPS e não voltado para casa. **Tentou culpar o serviço sobre isso, mas pontuei a ele que a família também deveria ter avisado do ocorrido. Falo com ele sobre a importância de estar mais próximo do tratamento da mãe.** Ela não pode estar mais indo sozinha ao serviço e o filho P. diz que só pode acompanhá-la às segundas. **Fiquei de retornar após falar com a equipe, para mudança de grupo de quinta para algum de segunda**

(Caso Clarice; grifo meu).

O serviço trabalha tentando clarificar os limites de responsabilidade. Segundo Silva (2004) o trabalho de distribuição de responsabilidade com a família e a comunidade tem a intenção de aumentar a autonomia do paciente. Deste modo, dinâmicas como a de permitir que o paciente retorne sozinho para casa, são interessantes para permitir essa construção de autonomia. No entanto, como colocado pelo serviço, é necessária uma interação entre família e CAPS para que isso se dê de uma maneira mais segura para todos.

A responsabilidade pelo cuidado do usuário e pelo manejo das medicações também passa pela orientação do serviço. Por vezes o serviço reorganiza as medicações

para que o familiar que está mais próximo do cuidado possa assumir o controle desta parte do tratamento. O usuário Ernesto vem dispensando medicação, deste modo o serviço intervém para que alguém esteja próximo durante estes momentos.

Ernesto veio com o irmão. Embotado, autista. Aparentemente jogando fora medicações. [...] concentro as medicações pela manhã e à noite para ser supervisionada pelo irmão

(*Caso Ernesto*).

Algo similar ocorre com Fernando, no entanto, neste caso o usuário faz menção a tomar todos os medicamentos de uma só vez, levando o CAPS a alterar a responsabilidade dessa ação, passando a para a família

Participou do grupo de medicação e teatro terapêutico com pouca iniciativa, porém permanecendo até o final. Quando pegou a medicação, ao ser orientando quanto ao modo de tomá-la, abriu os envelopes fazendo a menção de tomá-los de uma só vez. Foi retirada a medicação de seu alcance e a mesma só será entregue ao familiar do paciente que veio buscá-lo.

(*Caso Fernando*).

Esta atenção não diz apenas dos medicamentos psiquiátricos oferecidos pelo CAPS. No caso Clarice o serviço também se prontifica a auxiliar na medicação de diabetes, pois o filho tem dificuldade de controlar a situação médica da mãe.

P. [*filho*] não tem controle da diabetes da Clarice A mesma também toma medicação de forma irregular. Oriento para que Clarice tome as medicações no CAPS. Oriento quanto aos cuidados com diabetes.

(*Caso Clarice*).

Deste modo, a orientação, juntamente com a divisão de responsabilidades dentro do tratamento objetiva criar um sistema de cuidado no qual a família atue, sabendo das diretrizes do CAPS para que aos poucos, não só o paciente ganhe autonomia para gerir sua vida, mas para que a família adquira alguma autonomia no que diz respeito ao cuidado.

O Serviço também atua de maneira a implicar todos os familiares nesse cuidado. No caso de Fernando todo o contrato terapêutico é reorganizado de modo que todos tenham algum tipo de participação no tratamento do usuário.

Reunião com o pai (senhor J. F.) a mãe (I.) e Fernando Mediamos algumas cobranças que foram feitas por I[*mãe*] e reconduzidos a discussão para um processo de implicação (responsabilização gradual de todos). Com a necessidade da vinda de Fernando ao CAPS e a dificuldade de alguém buscá-lo aqui no final da tarde, agenciamos o seguinte contrato:

Segundas e terças feiras: I. [*mãe*] traz e o pega.

Quintas feiras: I[mãe] traz e o pai o pega, levando-o ao encontro da irmã P. no colégio.

(Caso Fernando).

Com este mesmo intuito, o CAPS convoca outros familiares a comparecerem ao serviço, para se inteirarem e serem participantes do tratamento. No caso de Carlos, a profissional do CAPS cogita um novo horário para o grupo de família para permitir a participação do pai de Carlos que até então pouco havia sido mencionado no prontuário:

Futuro encaminhamento: grupo de família possivelmente nas quintas-feiras às 10h, isso porque há uma chance do senhor S. [pai] comparecer, já que: pela manhã está em casa; já participou de consultas com Dra. J. quando foi requerido para tal; quando perguntei à dona I. [mãe] se havia alguma possibilidade dele vir à unidade para uma conversa, ela afirma que o sr. S. [pai] poderia vir sim.

(Caso Carlos).

No caso Carlos, o pai participava do tratamento como um mero coadjuvante, sendo citado pelo usuário como uma figura familiar, porém não participando ativamente do tratamento, apenas quando convocado. O Serviço atua então para que este familiar possa ter uma postura mais ativa, atuando neste tratamento como um co-protagonista, ou seja, como alguém que tem participação ativa no caso, apresentando suas demandas e negociando a condução do caso junto ao serviço. Essa posição de co-protagonismo é o que permitiria ao familiar administrar melhor o cuidado, entender a suas responsabilidades com relação ao usuário e como permitir que o usuário tenha autonomia.

Quando na ausência de familiares o serviço buscou algum familiar próximo para participar do cuidado. No caso Maria do Socorro, no entanto, isto lhe foi negado. O serviço coloca que pretende insistir na questão, no entanto isto não aparece novamente no prontuário.

Projeto: tentar contactar o irmão de Maria do Socorro que reside em São Paulo. [...]

Conversamos um pouco e insisto com ela para dar mais credibilidade para o trabalho que estamos desenvolvendo e ela reluta, mas enfim concorda em seguirmos. Maria do Socorro nega qualquer possibilidade de sua vida mudar e também de qualquer contato com o irmão que é casado e reside em Jundiaí, SP. Ficarei nesse ponto mais vezes.

(Caso Maria do Socorro).

Esta ausência de familiares parece como problemática para o serviço, uma vez que vai demandar que a responsabilidade do cuidado se localizaria nos profissionais do serviço. A relação CAPS-Família-Usuário se estabelece como um jogo de distribuição de papéis e responsabilidades Em que o CAPS tenta colocar o protagonismo na família e no usuário e informá-los a respeito das questões que envolvem o tratamento de modo a

estimular a autonomia destes atores e conseguir estabelecer uma condução do caso a partir da liberdade.

5.4 Família “no limite”

S. [filha] nos procura colocando sua preocupação com relação à piora de Eliza dizendo que está “no limite” e não suporta mais o cansaço de “cuidar da Eliza”

(Caso Eliza).

O trecho que inaugura este tópico e dá nome ao mesmo é uma tentativa de representar o que aqui chamo de *família “no limite”*. Neste tópico pretendo compartilhar as estratégias utilizadas pelo CAPS para manejar um momento um momento específico dos casos: a exaustão do familiar. A partir do momento em que este “limite” é atingido, os familiares, que nestes casos também são cuidadores, passam a se remover do cuidado. Como discutimos anteriormente, a presença dos familiares no tratamento, vem se mostrando como peça fundamental para o modo de condução de casos estabelecida nos CAPS.

No entanto, antes de um momento de expressão de uma total exaustão a família apresenta alguns sinais, que são destacados pelo CAPS. Nesses trechos aparecem falas de familiares que começam a expressar um cansaço por estarem envolvidos no cuidado, mas não apresentam relatos mostrem uma intenção de se retirar desse cuidado:

Filho não faz controle (recente) da glicemia. Parece como motivo da consulta de hoje a preocupação do filho com a paciente ser doente, estar com braço quebrado e ser ele o único levando todas essas coisas.

(Caso Clarice).

Digo-lhe, então, que precisamos ter paciência e não desistirmos dele. Dona I. [mãe] refere que não sabe, pois está cansada.

(Caso Carlos).

Porém em outras falas a intenção de sair deste lugar de cuidador aparece, de formas diversas. Dentre os relatos surgem demandas de internação:

Segundo relato de S. [filha], Eliza vem apresentando piora do quadro apresentando atitudes inadequadas, levantando a roupa na sala e em outros cômodos da casa, ansiosa um pouco agressiva verbalmente, xingando S. [filha] com palavras obscenas. S [filha] demanda internação.

(Caso Eliza).

Pensamentos sobre divórcio:

Paciente vem acompanhada do marido e da nora. Continua agitada, falando alto e agressiva com a família. Seu esposo (L.) fala quase todo o grupo da dificuldade que ele sente pela doença de Dircinha. Apresenta-se queixoso chegando a dizer que vai se separar e se separaria da mesma.

(Caso Dircinha).

D. I. [mãe] relata no grupo de família, que o marido ameaça deixá-los, porque não está suportando a situação.

(Caso Carlos).

E até mesmo ideias suicidas:

Referiu não estar conseguindo lidar com as diversas atribuições, cobranças e responsabilidades que assume sozinha e não compartilha com os outros membros da família. Assume a responsabilidade de cuidar da neta, pois sua filha, tem uma atitude de abandono. Por outro lado, Linda a solicita, acusando-a de dar maior atenção para outra. Falou também que o filho de um ano e sete meses foi acostumado a comer mingau de fubá e reage negativamente quando não lhe é dado. Frente a esta situação referiu estar produzindo ideias suicidas na intenção de solucionar esta questão.

(Caso Linda).

Em todas estas ocasiões o serviço tentou trabalhar a situação. Em um primeiro momento é oferecido a estes familiares um espaço de escuta individual, como no caso Clarice em que o profissional do CAPS cogita o atendimento individual como opção e no caso Eliza em que este atendimento é efetivamente oferecido. No entanto, a resposta do familiar neste caso foi a de recusa, gerando um afastamento deste do atendimento familiar que estava em curso. Ao oferecer um atendimento individualizado para o familiar o CAPS tenta fazer jus ao seu local como espaço de acolhimento. Este é um espaço disponível não apenas para o usuário, mas está também disponível para os familiares que dele precisarem. Neste caso, o CAPS busca chamar estes familiares para um local de cuidado de si, entendendo o desgaste que pode vir do cuidado.

No entanto, o afastamento do familiar do caso é ainda uma questão para o serviço e neste contexto o CAPS passou a reforçar a relevância do papel cumprido por esse familiar no espaço.

A família nesse momento está decidida a dar um tempo para S[filha] sair já que esse é o desejo dela. Coloco a importância da presença da S[filha] e que a família continue a convidá-la para os atendimentos.

(Caso Eliza).

A estratégia de reforçar o lugar de importância do familiar no tratamento é utilizada também no caso Dircinha. No entanto neste caso o CAPS também trabalha no sentido de ajustar as expectativas da família com o tratamento.

Pautamos para a família a importância que eles têm para o tratamento de Dircinha. O quanto o marido vai criar expectativa em relação a cura, pois isso não acontecerá, mas que se trabalharmos juntos favorecendo o tratamento dela, sua estabilidade.

(Caso Dircinha).

Nestes casos o CAPS utiliza a estratégia de explicar e nivelar os conhecimentos e expectativas, como realizado em outras situações demonstradas anteriormente. E assim como nestes outros casos, o serviço busca demonstrar para os familiares as possibilidades do tratamento e de que modos ele deve acontecer para conferir autonomia para o usuário. No entanto neste cenário existe um cuidado a mais em tentar acolher a exaustão da família, mas sem que esta deixe de se engajar com o tratamento.

Para aliviar esta exaustão do familiar, que na maioria destes casos era aquele que estava no papel de cuidador principal, ou seja, atuando como um co-protagonista do tratamento, o serviço também utiliza como estratégia a negociação de responsabilidades. Esta negociação passa pela convocação de outros familiares que não estavam tão engajados no cuidado:

Combinamos com a nora da Dircinha que ela passara a dar medicação e que na próxima semana virá com Dircinha para saber como Dircinha está.

(Caso Dircinha).

Com esta estratégia o CAPS tenta fazer com que outros familiares se envolvam no cuidado e saiam do lugar de coadjuvantes. Atuando ao menos como Pré-protagonistas do tratamento – sendo mais frequentemente convocados a estar presente no cuidado, contribuindo com informações e comparecendo mesmo na impossibilidade do usuário. Deste modo, a responsabilidade pode ser mais bem distribuída.

Esta negociação pode incluir também o próprio usuário, sendo atribuída a ele a responsabilidade a auxiliar seu cuidador, diminuindo a sobrecarga, como no caso Linda:

Estas questões foram trabalhadas no grupo. Chamamos a atenção para o respeito aos limites pessoais e a distribuição de responsabilidade e tarefas. Linda entrou no grupo e concordou em ajudar a mãe neste período e também de vir ao CAPS sozinha uma vez por mês, às quintas feira e quando possível a mãe participar do grupo de família.

Quanto à outra filha orientamos por solicitação também de B. [mãe] sua adesão ao grupo de família após sua alta hospitalar.

(Caso Linda)

Outras estratégias surgem no caso Eliza, com a tentativa de impedir a internação que vem sendo demandada pela família. Neste caso a família como um todo estava em exaustão, não havendo a possibilidade de convocar um familiar coadjuvante, e demandando a internação como uma solução. Neste sentido a internação foi colocada como possibilidade em um horizonte, e elementos como a espera pela melhora da crise ou o alívio proporcionado pela mudança da medicação estão no caminho e caso surtam efeito a internação deixa de ser uma necessidade.

Respeito o limite da família dizendo que é compreensível caso não suportem ficar com ela e aguardar a melhora, mas deixo claro a minha opinião para que tentemos evitar a internação até que esta questão medicamentosa esteja bem avaliada.

(Caso Eliza)

Ainda neste sentido, a medicação foi associada a ideia da internação para manejar a situação de crise.

Aumento 100 mg de Levomepromazina pela manhã atentando para a possibilidade de sedação e, neste caso oriento a administrarem somente 50 mg. Esta mudança se deve ao fato dos familiares atribuírem as melhoras de Eliza às internações, onde provavelmente a conduta medicamentosa é mais incisiva. Próxima reunião de família daqui a uma semana.

(Caso Eliza)

Neste caso o ajuste da medicação tenta copiar os efeitos esperados da internação, para que este procedimento não seja necessário. No entanto, a internação é por vezes necessária, sendo aprovada e agenciada pelo próprio CAPS.

A família comunica que não suporta mais ficar com Eliza solicitando internação. Contactaremos IPUB⁷ para internação, Eliza foi comunicada sobre a internação e permanece indiferente ao comunicado

(Caso Eliza)

Este processo, no entanto, foi associado à estratégia de Reunião familiar para que a internação também possuísse um sentido para a família. O CAPS passa então a utilizar este espaço para reestruturar o cuidado, pensando novas estratégias junto com a família para que esta consiga manejar o cuidado sem que sintam sobrecarregados. Isto posto, o CAPS propõe a contratação de um auxiliar de enfermagem para ajudar neste cuidado.

Sugerimos à família de contratar uma auxiliar de enfermagem para cuidados no final de semana.

(Caso Eliza).

⁷ Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Além de promover o cuidado, a expectativa é de aliviar as consequências que este cuidado tem na família. Como no caso do Filho, que em um dos encontros familiares relata a perda simbólica da mãe.

S[filho] inicia uma fala dizendo que “perdeu-se o simbolismo de mãe para ele e que ela é como um corpo que precisa ter cuidado e que o pensamento desarrumado da mãe a deixa com a sensação de que ela não é mais sua mãe. A ponto que talvez seja difícil para ele percebê-la dessa forma, mas ela é e continua sendo a mãe. *S[filha]* chora e diz que sente muita pena de *Eliza*, mas continua achando que tem uma porcentagem de “temperamento” nas coisas que *Eliza* fala.

(Caso Eliza)

O momento de exaustão da família se apresenta então como um momento crítico para a manutenção do processo terapêutico que vinha sendo estabelecido pelo CAPS. Deste modo as estratégias de assistência e reorganização de cuidado aparecem como cruciais para manter estes familiares engajados e participantes do tratamento de seus entes. O Serviço se esforça numa tentativa de condução que acolha os familiares e ofereça aos mesmos um tempo para reorganizar a estrutura de cuidado, seja por melhorar sua compreensão do papel que possui neste sistema ou modificando o modo de funcionamento deste.

6. Conclusão

A relação entre família e CAPS se mostrou como de extrema importância para o estabelecimento do tratamento como pensado pelo CAPS. O Serviço busca nos familiares uma participação co-protagonista que permita que eles atuam na linha de frente do tratamento juntamente com o usuário e o serviço. As diferentes estratégias que foram debatidas ao longo deste trabalho buscam convocar os familiares que atuam como coadjuvantes, engajar aqueles que atuam como Pré-protagonistas e manter atuantes os familiares co-protagonistas.

Estas relações estabelecidas entre os familiares e o serviço oscilam de maneira que os familiares ocupam diferentes papéis ao longo dos casos, sendo por vezes mais ou menos convocados com a inclusão de familiares que antes não participavam e a possibilidade de um cuidador se afastar enquanto outros familiares assumem este cuidado. Deste modo parece relevante investigar mais estes papéis e de que modo estas interações ao longo dos casos se constroem.

O trabalho do CAPS se mostrou atento não apenas ao engajamento, mas também ao desgaste que este gera. Deste modo o serviço apostou em estratégias como a do grupo de família para que estas manifestações tivessem um espaço para surgir e serem acolhidas e trabalhadas.

As estratégias do CAPS, tanto para estabelecer quanto para manter as relações familiares parecem se articular a partir de uma forma de *Governamentalidade liberal* como colocada por Ferreira, Padilha e Starosky(2010), com uma condução da conduta dos familiares com base liberdade. Os modos de gestão do tratamento parecem seguir uma via de estabelecer uma base comum entre as partes para que os modos de conduta se alinhem aos objetivos do serviço. Este modo estratégico de gestão foi explicado por Rose (2011) que coloca a importância de conhecer, compreender e tratar estes indivíduos de modo que suas condutas sustentem os mesmos objetivos e não se oponham a eles.

Assim sendo, a utilização dos diferentes recursos tenta modular e acompanhar a conduta familiar de modo que estes sigam as orientações do CAPS para realizar o cuidado seguindo o modelo do sistema reformista. Evitando internações, favorecendo a interação do usuário com a comunidade e incluindo a família como peça fundamental da construção do processo terapêutico.

As estratégias de condução do CAPS enquanto dispositivo de saúde buscam, então, oferecer o cuidado de uma que família e usuário sejam atuantes e assim possibilitar um projeto terapêutico baseado na autonomia e na gestão liberal.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- BORGES, V. T. Nem loucos, nem são, “tipos à parte”: Arquivos, Crime e Loucura em Santa Catarina (1930 – 1970). **Revista Latino-Americana de História**, v. 3, n. 12, p. 6–20, 2014.
- BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. **Anais...**Brasília: Ministério da Saúde, 2005
- BRASIL. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. **Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. o que é, doenças, tratamentos e direitos**. Disponível em: <<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em: 18 jul. 2020.
- CERQUEIRA, G. M. P. **A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO**. [s.l.] Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.
- ENGEL, M. G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)**. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- FERREIRA, A. A. L.; MADARIAGA, J. C.; LIMA, R. D. S. Os Dispositivos Psiquiátricos Reformistas No Brasil E No Chile E a Gestão Pela Liberdade: Breves Etnografias Das Formas De Gestão Vinculadas À Saúde Mental. **Teoria e Cultura**, v. 11, n. 3, p. 19–27, 2017.
- FERREIRA, A. A. L.; PADILHA, K. L.; STAROSKY, M. A questão da cidadania e da liberdade nos processos da reforma psiquiátrica: novas possíveis práticas de governamentalidade The question of citizenship and freedom in the psychiatric reform process: new possible governmentality practices RESUMO. **Mnemosine**, v. 6, n. 2, p. 116–143, 2010.
- FONTE, E. M. M. DA. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPE**, p. 1–9, 2013.
- FOUCAULT, M. Aula de 5 de Dezembro de 1973. In: **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. p. 117–153.
- OLIVEIRA, A. V. S. DE. **A FAMÍLIA E OS DISPOSITIVOS ABERTOS PARA TRATAMENTO INFANTO- JUVENIL EM SAÚDE MENTAL**. [s.l.] Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.
- ROSE, N. **Inventando nossos selfs**. Petrópolis: [s.n.].
- SANTOS, M. V. DO A. G. et al. Dispositivos de atenção psicossocial no Brasil e

gestão pela liberdade: breves relatos históricos das práticas relacionadas à saúde mental. **Hybris - Revista de Filosofia**, v. 11, n. Especial, p. 75–91, 2020.

SILVA, M. B. B. E. **Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira : Sobre a produção de engajamento , implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial**. [s.l.] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004.