

UNESP  **UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**

“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

Faculdade de Ciências e Letras

Campus de Araraquara - SP

LUIZ RICARDO DE SOUZA PRADO

**MICROPOLÍTICAS E PROCESSOS DE
MEDIÇÃO NO ATENDIMENTO
PSICOSSOCIAL: o CAPS II de Araraquara**



ARARAQUARA – S.P.

2019

LUIZ RICARDO DE SOUZA PRADO

**MICROPOLÍTICAS E PROCESSOS DE
MEDIÇÃO NO ATENDIMENTO
PSICOSSOCIAL: o CAPS II de Araraquara**

Dissertação de Mestrado, apresentado ao Conselho, Programa Pós-graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Linha de pesquisa: Estado, Sociedade e Políticas Públicas

Orientadora: Renata Medeiros Paoliello

Co-orientadora: Lecy Sartori

Bolsa: Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES).

ARARAQUARA – S.P.

2019

Prado, Luiz Ricardo de Souza
Micropolíticas e Processos de Mediação no
atendimento psicossocial: O CAPS II de Araraquara /
Luiz Ricardo de Souza Prado – 2019
77 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) –
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita
Filho", Faculdade de Ciências e Letras (Campus
Araraquara)

Orientador: Renata Medeiros Paoliello
Coorientador: Lecy Sartori

1. CAPS. 2. Mediação Intercultural. 3. Doença Mental.
4. Familiares. 5. Políticas Públicas. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

LUIZ RICARDO DE SOUZA PRADO

**MICROPOLÍTICAS E PROCESSOS DE
MEDIÇÃO INTERCULTURAL NO
ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL: o CAPS II de
Araraquara**

Dissertação de Mestrado, apresentado ao Conselho, Programa Pós-graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras – Unesp/Araraquara, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Linha de pesquisa: Estado, Sociedade e Políticas Públicas

Orientadora: Renata Medeiros Paoliello

Co-orientadora: Lecy Sartori

Bolsa: Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES).

Data da defesa: 27/03/2019

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: Prof^ª Dr^ª Renata Medeiros Paoliello

UNESP – Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara – Departamento de Antropologia, Política e Filosofia.

Membro Titular: Ana Lúcia de Castro

UNESP – Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara - Departamento de Antropologia, Política e Filosofia.

Membro Titular: Pedro Augusto Lolli

Universidade Federal de São Carlos – Departamento de Ciências Sociais.

Local: Universidade Estadual Paulista

Faculdade de Ciências e Letras

UNESP – Campus de Araraquara

À minha mãe Maria, meu pai Luiz Carlos e meu irmão Luís Fernando.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, quero agradecer ao programa de pós-graduação em Ciências Sociais pela oportunidade de fazer meu Mestrado. Experiência profissionalmente enriquecedora, a qual marca de forma positiva minha trajetória profissional e acadêmica. Agradeço a todos os docentes do programa, que de uma forma ou outra, contribuíram para meu crescimento intelectual. Agradeço aos profissionais da sessão de pós-graduação pelo auxílio técnico e a todos os funcionários da universidade responsáveis por tornarem nossas atividades diárias possíveis.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Agradeço ao órgão de fomento pela bolsa, sem a qual não seria possível realizar a pesquisa.

Agradeço aos técnicos, usuários e familiares do CAPS II por me receberem enquanto pesquisador, me contando sobre suas vidas e compartilhando comigo seu cotidiano. Agradeço por confiarem na seriedade do meu trabalho e pela coragem de falar de experiências as quais não são fáceis de se viver. Agradeço também ao professor Michellangelo Giampaolli, o qual contribuiu muito para que essa pesquisa se tornasse realidade, por meio da mediação com as instituições de saúde da cidade de Araraquara.

Agradeço a minha orientadora Renata Paoliello e a minha co-orientadora Lecy Sartori pelo apoio, suporte e atenção dados a mim durante minha pesquisa. Os méritos deste trabalho resultam de nossa possibilidade de trabalho conjunto, o qual foi muito enriquecedor.

Quero agradecer aos professores Ana Lúcia de Castro e Pedro Augusto Lolli pela presença tanto no exame de qualificação como no exame de defesa da dissertação, pelo olhar atento e críticas necessárias para o progresso deste trabalho. Ambos foram fundamentais para uma revisão e lapidação dos principais pontos deste trabalho.

Agradeço aos amigos do Grupo de Estudos e Pesquisa em Antropologia Contemporânea (GEPAC), com quem pude aprender muito e compartilhar o que aprendi. Vocês muito contribuíram para que este trabalho avançasse.

Agradeço aos irmãos, professores e mestres da Academia Shaolin Xiao Laohu Fengge e da Academia Garra de Águia – Araraquara pelos valiosos ensinamentos neste nosso tempo de convivência. Agradeço em especial ao Mestre Emerson e à professora Luciana pelo acolhimento e amizade.

Agradeço a minha terapeuta Jackeline pelo apoio, acolhimento, paciência e humanidade. Obrigado por ter me feito acreditar em minha própria força nos momentos de maior necessidade.

Agradeço aos meus amigos Tailon, Victor, Vander, Juan, Pedro, João, Thaiz, Suzana, Guilherme, Giovanna, Danuza, Paulo, Ana Laura, Angelina, Felipe, Fernando, e demais amizades que fiz em Araraquara. Agradeço em especial à Andréia, ao Guilherme e à Tamyres pelos conselhos, ajudas e constante apoio nas dúvidas e indecisões vividas na pós-graduação. Agradeço também ao Jonas, que muito me ajudou com a revisão do trabalho. Contar com o carinho de todos vocês foi fundamental, aliviando os problemas de uma jornada que por si só é muitas vezes árdua.

Por fim, agradeço a minha mãe Maria, meu irmão Luís Fernando e meu pai Luiz Carlos por me darem todo o amor e suporte necessário para que pudesse concluir mais essa etapa em minha vida. Sei que foram a minha maior motivação para seguir até aqui, e se alguma coisa consegui, devo tudo a vocês. Amo vocês.

Bernard Henri-Lévy.:Na verdade eu vi, em A Vontade de Saber, este deslocamento, esta mudança essencial: desta vez você nitidamente rompe com um naturalismo difuso que existia em seus livros precedentes..

Michel Foucault.:O que você chama de "naturalismo" designa, creio eu, duas coisas. Uma certa teoria, a ideia de que sob o poder, suas violências e artifícios, deve-se encontrar as próprias coisas em sua vivacidade primitiva: atrás dos muros do asilo, a espontaneidade da loucura; através do sistema penal, a febre generosa da delinquência; sob o interdito sexual, o frescor do desejo. E também uma certa escolha estético-moral: o poder é mal, é feio, é pobre, estéril, monótono, morto; e aquilo sobre o qual o poder se exerce é bem, é bom, é rico.

B.H.-L.:Sim. O tema comum à Vulgata marxista e ao neo-esquerdismo: "Debaixo dos paralelepípedos, a natureza em festa".

M.F.:Como quiser. Existem momentos em que estas simplificações são necessárias. Para de tempo sem tempos mudar o cenário e passar do pró ao contra, um tal dualismo é provisoriamente útil.

B.H.-L.:E depois vem o tempo da parada, o momento da reflexão e do novo equilíbrio?

M.F.:Ao contrário. Deve vir o momento da nova mobilidade e do novo deslocamento. Pois estas viradas do pró ao contra logo se bloqueiam, nada podendo fazer a não ser se repetir, formando o que Jacques Rancière chama a "doxa esquerdista". A partir do momento em que se repete indefinidamente o mesmo refrão da cançoneta anti-repressiva, as coisas permanecem onde estão e qualquer um pode cantar a mesma música, que ninguém prestará atenção. Esta inversão dos valores e das verdades, de que eu falava antes, foi importante por não se limitar a simples vivas(viva a loucura, viva a delinquência, viva o sexo), mas por permitir novas estratégias. O que frequentemente me incomoda hoje – em última análise, o que me dói – é que todo este trabalho feito durante quinze anos, muitas vezes com dificuldades e às vezes na solidão, só funciona para alguns como sinal de pertencimento: estar do "lado correto", do lado da loucura, das crianças, da delinquência, do sexo.

B.H.-L.:Não existe um lado correto?

M.F.: É preciso passar para o outro lado – o "lado correto" – mas para procurar se desprender destes mecanismos que fazem aparecer dois lados, para dissolver esta falsa unidade, a "natureza"ilusória deste outro lado de que tomamos o partido. E aí que começa o verdadeiro trabalho, o do historiador do presente.

(FOUCAULT, M. 1979, p. 210)

NOTA AO LEITOR

Para a realização deste trabalho, fiz pesquisa etnográfica em um Centro de Atenção Psicossocial, onde tive contato com profissionais da secretaria de saúde, usuários do serviço e seus familiares. Como garantia de anonimato – acordo que me garantiu a possibilidade de pesquisa - todos os nomes próprios utilizados no trabalho, com exceção apenas do meu, são fictícios. Faço isso para proteger a identidade dos sujeitos pesquisados.

RESUMO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa de mestrado a qual tem por objetivo analisar os impactos das atuais políticas de saúde mental no Brasil nas formas de classificação da doença mental e na subjetividade dos familiares dos usuários de um serviço de atenção psicossocial. Foi realizada etnografia no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II de Araraquara - interior de São Paulo -. Com foco nos grupos de familiares e nas reuniões diárias da equipe técnica dos profissionais, procurando entender de que forma (ou se) o envolvimento com este tipo de serviço de saúde mental produz mudanças em suas práticas e discursos. Foi observado que a presença na instituição fomenta a possibilidade de pensar relações sociais em termos médicos por estes familiares, que ressignificam a conduta socialmente indesejável dos usuários como doença mental. Dessa forma, nossos resultados apontam que a participação dos assim chamados familiares no CAPS II resulta em uma tradução do projeto ético-político da instituição a seus contextos locais, de modo a modificar ou reproduzir suas práticas e discursos de acordo com suas condições de possibilidade e desejos de cuidado.

Palavras – chave: CAPS. Mediação Intercultural. Doença Mental. Familiares. Políticas Públicas.

ABSTRACT

The present work is the results of a master degree research which aims to analyze the impacts of the current public mental health policies in Brazil upon the forms of classification of mental illness and subjectivity by the relatives of the users from a psychosocial attention service. We've made ethnography in Araraquara's Psychosocial Attention Center, especially in the families groups and in the daily reunions of the professionals, aiming to understand how (or if) the involvement in this mental health service produces any change. As results, we've observed that the attendance at the institution foment the possibility to think about social relations in medical terms by the relatives, who resignify the users' social undesirable behaviors as mental illness, applying what is lived in the mental health service to their local contexts. So, our result points that the participation of the so called relatives in the CAPS II translates the ethical-political project of the institution to their local contexts changing or reproducing practices and discourses accordingly to their possibilities and care demands.

Keywords: CAPS. Intercultural Mediation. Mental illness. Relatives. Public Policies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO I: PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES	14
1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial e a terapêutica na comunidade	14
1.2 O processo histórico de uma política de saúde mental: da reforma psiquiátrica brasileira até os Centros de Atenção Psicossocial	17
1.3 O Centro de Atenção Psicossocial II de Araraquara	21
1.4. As familiares do CAPS II e seus contextos de existência	29
CAPÍTULO II: ANÁLISE DE UMA INSTITUIÇÃO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O CAPS II DE ARARAQUARA	33
2.1 O grupo de familiares no Caps II e seus impactos nas práticas e discursos em saúde mental	33
2.2 A política do cuidado no CAPS II	40
2.3 Poder e Governo no CAPS II de Araraquara	46
2.4 Diagnósticos e práticas médicas no CAPS II de Araraquara.....	49
CAPÍTULO III: MICROPOLÍTICAS E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO: COMO FAMILIARES INCORPORAM PRÁTICAS E DISCURSOS INSTITUCIONAIS.....	55
3.1 Categorias de uma relação mediada: os saberes em saúde mental atualizados no CAPS II.	55
3.2 Práticas e discursos em saúde mental: disputas sobre os modos de subjetivação	62
BIBLIOGRAFIA CITADA.....	69
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	71
APÊNDICE	73

INTRODUÇÃO

Historicamente, a partir do século XVII, os cuidados médicos oferecidos aos portadores de transtornos mentais graves consistiram em internações em hospitais psiquiátricos por longos períodos de tempo. Na maioria das vezes, os sujeitos internados permaneciam nessas instituições até o final de suas vidas, o que viabilizava graves violações de seus direitos. Na Itália, durante as décadas de 60 e 70, um movimento de contestação das normas vigentes em atenção à saúde mental possibilitou que se instituísse uma crítica às terapêuticas baseadas em internação e reclusão, em favor de terapêuticas que priorizem a chamada atenção na comunidade. Esse movimento, denominado Reforma Psiquiátrica, espalhou-se pelo mundo no decorrer das décadas de 1970 e 1980. No Brasil, o projeto de reforma psiquiátrica começou por meio da reivindicação de melhores condições de trabalho por parte de trabalhadores em saúde mental e, ao longo do tempo, transformou-se em um movimento de crítica às condições dos hospitais psiquiátricos e assistência psiquiátrica em nosso país.

Cada vez mais, as políticas públicas brasileiras em saúde mental passaram a seguir em direção aos modelos de atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais visando oferecer atendimento na comunidade, com foco em terapêuticas que assistam a seus usuários em seus respectivos locais de existência, promovendo um atendimento de caráter ambulatorial e evitando recorrer a internações por grandes períodos. Ao longo dos anos 2000, um modelo de atenção à saúde mental consolida-se enquanto a principal política pública nesta área: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Enquanto política de desinstitucionalização do atendimento em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial procuram oferecer tratamento médico e psicoterápico aos seus usuários sem fazer uso de longas internações, ao mesmo tempo em que fortalecem os vínculos da pessoa com transtorno mental grave com seu contexto social de existência. Para isto, os profissionais do CAPS oferecem o chamado grupo de familiares, uma reunião feita com os familiares dos usuários da instituição para discutirem sobre suas vivências cotidianas, no intuito de aproximá-los do tratamento oferecido.

Entretanto, sabe-se que, no Brasil, a medicina oficial foi pouco garantida às camadas mais pobres e marginalizadas da população, fazendo com que o discurso médico tivesse grande dificuldade de penetrar nos estratos sociais mais baixos, que recorriam a práticas de curas religiosas e a saberes não-eruditos, como mostram os trabalhos de Montero (1985) e

Loyola (1984). Autores como Duarte (1986) e Cardoso (1999) salientam o papel central ocupado pela categoria “nervoso” nos discursos e representações destas populações, em que os nervos – entendidos enquanto uma estrutura moral e corpórea presentes nas pessoas e responsável por mediar suas relações com o contexto social – aparecem como uma representação que organiza a experiência da subjetividade e do mal-estar destes sujeitos, mais do que um “eu” unitário e psicologizado como preconizado pelas ciências como psiquiatria e psicologia.

Partindo desse contexto em que uma população reconhecidamente distante das práticas e saberes da medicina oficial passa a frequentar uma instituição de assistência psiquiátrica, mediante uma política pública que visa incluir estes sujeitos enquanto participantes ativos em sua construção, este trabalho busca entender como ocorre o processo de inculcação das categorias de doença mental utilizadas por agentes do Estado na população que agora é alvo desta política. Para isso, faz-se presente como base a teoria da mediação intercultural de Montero (2005), a qual procura analisar como se processa o jogo dialógico entre agentes sociais de universos simbólicos distintos, na criação de lógicas práticas que possibilitem a construção de um campo de práticas e representações compartilhadas – o que não exclui a existência de assimetrias de poder.

Esta pesquisa tem por objetivo analisar como os familiares dos usuários apropriam-se das terapêuticas e saberes oferecidos pelo CAPS, procurando apreender se a passagem pela instituição resulta em alterações em suas práticas e discursos em saúde mental. Para analisar este contexto, participei de cerca de trinta reuniões dos grupos de familiares, acompanhando-as por volta de quatro meses, assim como de mais de uma dezena das reuniões diárias dos técnicos do CAPS II. Além disso, realizei entrevistas com três familiares de usuários para apreender, de modo aprofundado, como os saberes e práticas veiculados na instituição eram apropriados em seus contextos locais de existência. A pesquisa aqui apresentada vem sendo desenvolvida desde março de 2017, com trabalho de campo iniciado em janeiro de 2018. Durante o ano de 2017, o projeto de pesquisa que está na origem deste trabalho passou pelo Comitê de Ética em pesquisa da UNESP – FCLAr, assim como pelo da Secretaria de Saúde da cidade de Araraquara.

Este trabalho visa justamente pensar as relações entre dois conjuntos de problemas pertinentes às Ciências Sociais: as relações entre conhecimentos e práticas, com enfoque nas formas de circulação dos saberes e processos de mediação entre grupos diversos; e os

processos de ressignificação, excluindo por hipótese que suas práticas e discursos sejam apenas efeito de poder ou efeito de sentido.

Assim, esta dissertação tem como objetivo apreender os efeitos que a participação dos familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial II provoca em seus discursos, práticas e modos de pensar a doença mental e a subjetividade, tendo como hipótese norteadora para o trabalho de pesquisa considerar que a participação na terapêutica institucional – seja através dos grupos de familiares, seja nos acompanhamentos das consultas com a psiquiatra, seja nas atividades lúdicas e festivas que são realizadas ao longo do ano – resulta em um processo de subjetivação específico, o qual possibilita a apropriação dos discursos e práticas sobre saúde mental ali veiculados, incorporado aos repertórios dos familiares.

Quanto à estrutura, o trabalho divide-se em três capítulos, visando suprir o devido enquadramento lógico do desenvolvimento da pesquisa.

No primeiro capítulo descrevo o histórico do modelo CAPS enquanto política pública, como foi a minha chegada ao CAPS II de Araraquara para a realização da pesquisa e os contatos para a realização deste trabalho. Procuro também descrever o cotidiano da instituição e suas práticas rotineiras, com ênfase especial aos grupos de família e às reuniões de equipe.

No segundo capítulo analiso o CAPS II de Araraquara enquanto uma instituição de cuidado em saúde mental que, diante de uma política voltada à atenção psicossocial, procura incluir os familiares dos usuários deste tipo de serviço como parte necessária do tratamento. Desta forma, o projeto terapêutico da instituição é agenciado pelos técnicos para que os familiares ajam de determinadas maneiras, procurando moldar as práticas cotidianas de cuidado e as formas como concebem o que é doença mental. Assim, o processo de mediação intercultural (MONTERO, 2005) – tradução dos discursos, práticas e representações entre universos culturais distintos – insere-se em um processo de direcionamento da vida dos familiares para fins institucionais.

No terceiro capítulo, procuro apreender as dimensões que complexificam os processos de mediação no atendimento público em saúde mental, visando analisar quais os reais impactos do CAPS II nas práticas e discursos dos familiares, procurando observar se ocorre um efetivo processo de incorporação das categorias de doença mental por parte destes sujeitos.

1. CAPÍTULO I: PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES

1.1 Os Centros de Atenção Psicossocial e a terapêutica na comunidade

Enquanto política pública de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) compõem-se como um projeto de desinstitucionalização do atendimento psiquiátrico às chamadas doenças mentais, realizando tratamento ambulatorial e integral dos portadores de transtornos psíquicos. Sua equipe técnica é composta por vários especialistas da saúde, tais quais psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos e assistentes sociais.

O CAPS coloca-se como uma das principais instituições dentro das políticas de saúde contemporâneas, como maneira estratégica para o tratamento das formas de sofrimento e transtorno psíquico. Opera a partir de uma ideia de rede, com a articulação em múltiplas instâncias, como o Programa Saúde da Família, Hospitais Gerais e Atenção Básica em Saúde, de modo que:

Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2008, p. 11).

Como substituto ao modelo manicomial, o CAPS constrói uma atenção diária a seus pacientes portadores de transtornos mentais graves, de modo que a condução do processo terapêutico possa também reabilitá-los para a inclusão social, fortalecendo vínculos com o grupo familiar e com sua comunidade. Assim, para além das diversas formas de tratamento oferecidas (terapias psicológicas, medicação, consultas com psiquiatras), a instituição promove grupos de familiares e grupos de pacientes, com o intuito de aproximar os familiares do tratamento e transmitir conhecimento sobre os transtornos emocionais e psíquicos.

Temos como intenção pesquisar um CAPS, uma vez que este modelo de atenção em saúde mental é tido como uma das principais instituições da reforma psiquiátrica brasileira, tendo papel atuante não apenas no campo da saúde, como também no processo de educação da sociedade em geral e dos próprios servidores da atenção básica para com questões de saúde e doença mental, por meio de organização de eventos e simpósios sobre o tema. Deste modo, é possível que surjam relações entre as populações atendidas e a instituição para além de

antagonismo ou resistência, sendo que, desta vez, esta instituição de saúde mostra-se capaz de inculcar – dada a própria necessidade de sua forma de trabalho e operação – suas categorias de doença e saúde, ou seja, de promover a incorporação dos conceitos e categorias da medicina oficial nas populações atendidas neste tipo de serviço.

Mesmo que alguns autores percebam a hegemonia dos modelos médico-científicos enquanto sistemas de cura legitimados pelo Estado, não se pode afirmar que esta relação deuse assim desde sempre na sociedade brasileira. Como observa Montero (1985), a medicina científica teve grandes dificuldades para se instaurar no país, principalmente até o final do século XIX e início do século XX, havendo a primazia de serviços terapêuticos criados pelas camadas populares da sociedade, com o uso de curas e remédios religiosos e que utilizam saberes não eruditos. Inicialmente, as práticas cotidianas em saúde estavam embasadas em saberes rurais, no uso de ervas e chás, trazendo certa dificuldade àqueles formados em escolas médicas europeias de exercerem a profissão por aqui (MONTERO, 1985).

Havendo um número restrito de moléstias, as quais estavam ligadas à rotina da vida cotidiana no âmbito rural, e tendo eficácia suficiente para o combate dos males recorrentes, as terapêuticas populares e mágico-religiosas resguardavam sua hegemonia frente a um pensamento médico que vinha da Europa. A medicina científica só ganharia força com o advento das vacinas, com a diversificação das morbidades decorrentes dos problemas urbanos, e com a incapacidade de resposta dos métodos tradicionais de cura e tratamento para resolver os novos problemas de saúde. Assim, abre-se um espaço para a concorrência entre medicina científica e as formas de terapêuticas populares que, com o tempo, são suplantadas.

A relação entre saúde e sociedade estabelece-se de modo que cada grupo social faz sua classificação do normal e do patológico, selecionando aquilo que pode ser encarado como doentio ou não. Categorias específicas são mobilizadas para que seja possível curar o que é visto como doença.

Autores como Canguilhem, Foucault e Boltanski, na França, e Guilon, Loyola, Madel Luz e Guimarães, no Brasil, têm tentado demonstrar que o ‘estar doente’ por um lado, e os sistemas de cura, por outro, não consistem simplesmente em uma ação técnica e objetiva sobre um complexo biofisiológico, mas consubstanciam, ao contrário, uma realidade mais complexa que as representações simbólicas, a organização social e a lógica dos interesses econômicos determinam, para além do biológico, os limites, o modo de aparecer do fenômeno mórbido e os meios escolhidos para a cura (MONTERO, 1985, p.65).

Como aponta Cardoso, doença pode ser algo que está para além das formas apreendidas pela medicina oficial, sendo que “os fenômenos mórbidos podem inserir-se em um campo de significações extremamente amplo e qualitativamente diferente do da medicina” (CARDOSO, 1999, p.204). Os processos de adoecimento mostram que doença, saúde e morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva: relacionam-se com a vivenciada pessoa doente e dos grupos sociais, o que está intimamente ligado às formas de organização social e cultural de cada sociedade (MINAYO, 2006).

Com a transformação do sistema público de saúde no país, sua ampliação e consequente reformulação no processo de criação do Sistema Único de Saúde, doravante SUS, nosso problema coloca-se em um contexto de trocas simbólicas entre grupos distintos, ou seja, um contexto de mediação cultural. Tomamos como referencial a teoria da mediação intercultural de Montero (2006). Entendemos por mediação intercultural o processo em que agentes oriundos de universos simbólicos distintos, coexistindo em um mesmo contexto social, realizam a tradução do discurso do outro para seus próprios termos – o que não exclui as relações de poder e dominação nesse contexto, mas busca-se a criação de um consenso mínimo sobre os significados em jogo –, de modo que: “a ênfase se põe, pois, nas lógicas práticas investidas nessas relações e em seu modo de agenciar os sentidos para produzir um acordo circunstancial sobre a ordem do mundo cujo formato não pode ser antecipado de antemão (MONTERO, 2006, p.23)”.

Buscamos então observar se há possibilidade – e em que medida ocorre – de criação de consensos, os quais possam gerar novas formas de percepção e explicação das doenças, advindas da prática terapêutica médica em contexto de atendimento público, que pode vir a produzir alteração nas práticas e discursos da população atendida pela medicina oficial, resultando em um processo de mudança de categorias locais de transtorno mental – “louco”, “mal da cabeça” ou nervoso, constantemente presentes nos contextos investigados – para as categorias médicas oficialmente veiculadas.

A problemática da pesquisa visa analisar justamente como ocorre o contato entre uma instituição pública de saúde e populações que historicamente fizeram-se à parte dos sistemas oficiais de saúde, como mostram os trabalhos de Montero (1984) e Loyola (1985), em que muitas vezes as formas de elaborar a subjetividade eram estabelecidas por categorias diferentes das mobilizadas pelas ciências “psi”, em que se considere os trabalhos de Duarte (1986), e Cardoso (1999). O problema da desordem subjetiva, naquele contexto, é chamado

de nervoso. Estudar as relações entre familiares de usuários¹ e CAPS permite analisar as formas de circulação dos saberes técnico-científicos sobre saúde mental mediante práticas institucionais de transmissão e reprodução destes saberes.

Portanto, retornando ao nosso objetivo inicial, procuramos trabalhar com os conceitos de mediação, prática e subjetivação, no intuito de que, mediante um contexto concreto de pesquisa – que no caso, é o CAPS II de Araraquara – em que agentes de coletivos sociais diferentes estejam presentes e em interação, possamos analisar quais as implicações concretas das ações de uns sobre outros, ou seja, justamente que tipo de realidades sociopolíticas são construídas nesses contatos.

1.2 O processo histórico de uma política de saúde mental: da reforma psiquiátrica brasileira até os Centros de Atenção Psicossocial

Pretendemos fazer uma breve revisão histórica do processo político que origina os Centros de Atenção Psicossocial. Também procuramos discutir como o modelo CAPS consolida-se enquanto principal política de saúde mental no Brasil, a partir das mudanças realizadas no contexto da reforma psiquiátrica em nosso país.

Anteriormente, no Brasil, os cuidados destinados aos portadores de transtornos mentais eram restringidos a sua contenção em lugares como porões de Santas Casas ou prisões, especialmente àqueles que manifestavam um comportamento agitado ou agressivo. Muitas vezes, estes vinham a falecer devido às péssimas condições nas quais eram enclausurados (RIBEIRO, 1999). A partir do século XIX, os portadores de transtornos mentais passaram a ser direcionados para hospitais psiquiátricos, que se configuraram como modelo vigente até a reforma psiquiátrica (MATEUS, 2013).

Segundo o mesmo autor, a crítica aos clássicos hospitais psiquiátricos dá-se por três frentes: uma financeira, em relação aos altos custos gerados pelos hospitais psiquiátricos; uma clínica, sobre a incapacidade de resolução da doença pelos hospitais e a “cronificação institucional” que sofriam os pacientes devido aos grandes períodos de internação; outra ética, em que a prática do isolamento era vista como desrespeito aos direitos civis e às liberdades

¹ Optamos pela prevalência do termo usuário ao longo do texto, em vez de paciente ou doente mental, para referirmo-nos aos sujeitos para quem se direcionam as práticas terapêuticas do CAPS II de Araraquara.

individuais. Tais pontos contribuíram para a reforma psiquiátrica brasileira, influenciada pelo que vinha ocorrendo no campo da saúde mental na Itália.

Como aponta Amarante (1995), a luta pela reforma psiquiátrica no Brasil começou a partir das reivindicações do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Este movimento principiou como exigência de melhores condições de trabalho – como salários, infraestrutura – e, ao longo do tempo, incorporou outros setores da sociedade e transformou-se em uma crítica aos modelos hospitalocêntricos de cuidado e aos processos de institucionalização das pessoas com transtornos mentais graves.

Das críticas aos hospitais psiquiátricos e por meio da atividade política de alguns grupos ligados aos serviços de saúde mental – como associações de usuário, de familiares e de trabalhadores dos próprios serviços de saúde – tem-se uma transformação no modelo de atenção à saúde mental, de modo que:

A mudança do modelo chamado hospitalocêntrico para o outro nomeado comunitário (Szmukler e Thornicroft, 2001) tornou-se premissa básica no que se convencionou chamar reforma da assistência psiquiátrica, cunhando-se o termo desinstitucionalização para as políticas caracterizadas por: a) evitar admissões de casos novos em hospitais psiquiátricos, através de alternativas de tratamento na comunidade; b) devolver à comunidade todos os pacientes institucionalizados que tenham recebido a adequada preparação para essa mudança; e c) estabelecer e manter um sistema de suporte e reabilitação na comunidade para as pessoas com transtornos mentais graves (MATEUS, 2013, p.59).

A partir da Lei Nº 10.216, de 6 de Abril de 2001 – resultado de um movimento conjunto de associações de usuários de serviços de saúde mental, familiares e profissionais –, são garantidos direitos ao portador de transtorno mental, de modo a assegurar sua não discriminação por sua condição de portador de transtorno mental grave. Assim, afirmam-se direitos específicos a este, como o acesso à saúde conforme suas necessidades, livre acesso às informações sobre sua condição, e garantias quanto à internação, sendo esta apenas mobilizada enquanto último recurso terapêutico disponível.

Aponta-se para uma mudança nas práticas terapêuticas em relação ao portador de transtorno mental, de modo que o foco não mais é dado a um tratamento voltado para a condição biomédica da loucura, mas ao sujeito biopsicossocial, visando sua reintegração ao meio ao qual pertence, conforme explicitado no Artº4, §º1: “O tratamento visará, como finalidade permanente, a *reinserção social do paciente em seu meio*”(BRASIL, 2001, grifo

nosso). Neste processo, já é colocada a participação dos familiares e do contexto social do usuário em seu tratamento, como prescreve o artigo 3º da lei 10.216:

“Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, *com a devida participação da sociedade e da família*, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2001 - grifo nosso).

Esse conjunto de mudanças resultou nas transformações das políticas públicas de saúde mental, que se direcionam para duas formas institucionais: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e as residências terapêuticas².

Os CAPS iniciam-se de forma experimental de 1987 a 1991, como serviços ligados a iniciativas políticas sensibilizadas pela reforma psiquiátrica. De 1991 até 2002, começam a surgir repasses financeiros às secretarias que implantem serviços de tratamento psiquiátricos alternativos aos hospitais, como os CAPS ou hospitais-dia³. Somente a partir da portaria nº 336, de 2002, ocorre a formalização do CAPS enquanto peça chave na montagem da rede de assistência, configurado como serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território, que visa a atender a população em seus contextos de existência. Podem ser classificados de três formas, CAPS I, CAPS II⁴ ou CAPS III, conforme população da cidade onde estão localizados, de forma que: “As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes” (MATEUS, 2013, p.141).

Para Dias (2007), a implantação do modelo do Centro de Atenção Psicossocial pode ser dividida em três fases. A primeira fase vai de 1987 a 1991, em que os CAPS têm caráter experimental, atendendo a conjuntos muito diversos de sujeitos, como forma de serviços de

² Residências terapêuticas são serviços substitutivos em saúde mental direcionados para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves. Em geral, residenciais terapêuticos são ocupados por indivíduos que passaram por longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos e não possuem mais vínculos com familiares, amigos ou comunidade extra-hospitalar.

³ Atendimento intermediário entre internação e ambulatorial, focado em oferecer cuidados em saúde mental sem internação por longos períodos.

⁴ O CAPS II também é direcionado para populações específicas como crianças – CAPSi – e pessoas com problemas ligados ao uso de drogas e álcool – CAPSad. (MATEUS, 2013),

saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, sem um modelo institucional propriamente definido. A segunda fase está situada entre 1991 e 2002, quando começam a surgir portarias do Ministério da Saúde, repasses financeiros e leis que incentivam a implantação do modelo. Definem-se as condições mínimas para seu funcionamento, como tamanho da equipe, profissionais, número de horas de atendimentos. E, por fim, a terceira fase vai de 2002 até os dias atuais, em que o modelo do CAPS encontra-se já consolidado, havendo um recadastramento das instituições de saúde mental no país para que se adequem ao modelo, assim como sistematização das normas para cadastramento de novos serviços e expansão dos tipos de CAPS.

A partir de 2002 o CAPS firma-se como modelo de atendimento em saúde mental. Nesta época, começa um processo de recadastramento das instituições públicas voltadas ao atendimento em saúde mental, buscando fazer com que se adequem às legislações lançadas nos anos anteriores. O CAPS adquire centralidade nas políticas de saúde mental mediante seu papel de instituição modelo para o Ministério da Saúde, assim como a forma institucional para qual se destina a maior parte dos recursos financeiros. Neste período já estão sistematizados os parâmetros para cadastramento de novos serviços do tipo, está em vigor legislação pertinente ao modelo e estão estabelecidas as normas de funcionamento para cada unidade, conforme a região em que será inserida.

Segundo Dias (2007), o modelo CAPS é de uma política de saúde voltada para o tratamento de transtornos mentais graves, de caráter territorial – deve se responsabilizar por todos os usuários da área de referência em que atua –, que atende diariamente e constrói um projeto terapêutico individual para cada usuário.

Dentre suas obrigações, além de oferecer terapias aos usuários diretos de seu serviço, tem também o comprometimento em atender a família dos usuários, e reinserir estes em seus contextos sociais, como é colocado nos itens *e* e *f* do artigo 4.4 da portaria nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002, que estabelece as competências do CAPS, em especial do CAPS II:

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

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

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

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

d - visitas domiciliares;

e - *atendimento à família*;

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

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (BRASIL, 2002, grifo nosso).

Feitas estas primeiras considerações sobre os CAPS enquanto parte das políticas públicas de saúde mental no Brasil, procuramos desenvolver, em seguida, como é o cotidiano do CAPS II de Araraquara, explicando seu funcionamento e descrevendo suas práticas rotineiras, com enfoque especial no grupo de familiares.

1.3 O Centro de Atenção Psicossocial II de Araraquara

Em agosto de 2017, quando do fim do trabalho de monografia (PRADO, 2017), conforme previamente combinado com a equipe, duas cópias do que seria a versão final do trabalho foram entregues durante uma reunião do CAPS. Perguntados sobre a possibilidade de realizar uma nova pesquisa, agora de mestrado, não houve resistência por parte dos técnicos. A gestora apenas explicitou a necessidade de que o projeto passasse pelo Comitê de Ética em Pesquisa e pela Secretaria de Saúde, assim como fora pedido para a pesquisa de graduação.

Em setembro de 2017, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciência e Letras de Araraquara, o qual teve sua aprovação em outubro do mesmo ano. Em novembro de 2017, o projeto – agora de posse do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – foi enviado para a secretaria municipal de saúde, o qual foi aprovado para realização em dezembro.

A partir de 22 de janeiro de 2018, dei início à participação nas reuniões dos grupos de familiares de usuários, realizadas semanalmente às segundas e sextas-feiras, das 09h30min às 11h00, assim como às terças-feiras, das 15h00 às 16h30min. Às segundas e sextas, havia também a reunião da equipe, que ocorria das 12h00 às 13h00. Do período das 11h00 até 12h00 a equipe dos técnicos que haviam acabado de sair do grupo de familiares reuniam-se e faziam a *evolução*, que é a nomenclatura utilizada para se referir ao acréscimo de informação aos prontuários, obtidas por meio do que os familiares haviam relatado.

O Centro de Atenção Psicossocial II “Dr. Nelson Fernandes” é um serviço de saúde pública, ligado à prefeitura municipal de Araraquara, sob gestão da gerência de saúde mental e da secretaria municipal de saúde da cidade, voltado ao atendimento de pessoas com

transtornos mentais graves, assistindo a pessoas diagnosticadas com psicoses. A partir de setembro de 2017, começou a atender pessoas com ideação suicida (aqueles que de forma recorrente atentaram ou planejaram contra a própria vida). Funciona das 7h00 às 17h00, de segunda-feira a sexta-feira, exceto nos feriados. É parte dos equipamentos em saúde mental de Araraquara, junto ao Centro de Referência de Saúde Mental Adulto – CRASMA –, ao Centro de Atenção à Criança – Espaço Crescer –, ao Centro de Referência do Jovem e do Adolescente – CRJA – e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. Além desses serviços públicos, existe uma parceria por meio do SUS com o Hospital Caibar Schutel para internações de usuários quando estão naquilo que é chamado de crise – estão em surto, não querem tomar medicação e podem colocar tanto as próprias vidas como a daqueles com quem convivem em risco.

O CAPS atende tanto demanda espontânea das pessoas que procuram a instituição diretamente, como também aceita os encaminhamentos vindos dos postos de saúde, do CRASMA, da UPA e de outros serviços públicos. Sua equipe de profissionais é composta⁵ por 4 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, 5 técnicas de enfermagem, 1 assistente social, 1 farmacêutica e 1 assistente administrativo, que estão diariamente presentes na instituição, além de 1 médica psiquiátrica.

A entrada de um novo usuário no serviço dá-se pela chamada *triagem*, ou primeiro acolhimento, processo em que o possível novo usuário, junto de um familiar ou responsável, é acolhido no serviço, escutam-se suas queixas, história de vida e os motivos de terem procurado o CAPS II. Concluída a triagem, informa-se, na reunião de equipe – realizada diariamente –, a inserção do novo usuário no serviço. Por vezes, os técnicos consideram que a condição do possível novo usuário não seja grave a ponto de ser inserido no atendimento da unidade. Nestas situações, discutem em reunião os melhores encaminhamentos para cada caso, seja para definitivamente incluir no serviço ou direcionar ao CRASMA ou aos postos de saúde.

⁵ Realizei etnografia do período de 22 de Janeiro de 2018 até 15 de Maio de 2018. Durante o período em que fiz minhas observações, um quinto psicólogo estava presente na instituição. Entretanto, a partir do dia 02 de Maio o mesmo foi realocado para o CRASMA, mediante “permuta” com uma terapeuta ocupacional, que foi inserida no serviço para suprir sua falta na equipe. Deste modo, como o psicólogo esteve presente em uma diversidade de atividades, em especial nos chamados grupos de família, abordarei a sua participação, mesmo que ao final do período de trabalho de campo ele já não fosse membro da equipe. Além disso, no dia 07 de maio soube que uma das médicas psiquiabras prestou concurso e foi morar em São Paulo, deixando de atender no CAPS II.

Após a entrada no serviço, aponta-se um dos membros da equipe como técnico de referência para o usuário, geralmente o mesmo que realizou a triagem para a entrada no serviço. O técnico de referência é o profissional responsável pelo caso, que detém a maioria das informações sobre este usuário, como os grupos de que participa, os dias em que vai até a instituição, quem o acompanha, quando tem consulta com as médicas e demais informações, constituindo uma mediação institucional entre usuário, família e o tratamento oferecido pelo CAPS. Quando é necessário resolver alguma questão com o usuário e seus familiares, é este técnico que marca a chamada “referência”, que consiste em uma reunião com os envolvidos no tratamento, para discutir problemas específicos, ou para reavaliação do chamado Projeto Terapêutico Individual⁶. Dentre os profissionais do CAPS II, quando querem saber de alguma informação mais específica de algum usuário ou necessitam de alguma ação mais individualizada, contatam o técnico de referência para saber como proceder ou pedir para que ele tome as ações que achar necessárias.

Caso seja considerado que aquele que passou pela triagem deve receber a terapêutica do CAPS, o mesmo é *incluído*, ou seja, alguém que a partir de então é considerado usuário do serviço. Espera-se, assim, que participe das atividades oferecidas pela instituição conforme um projeto terapêutico desenvolvido individualmente, com a mudança de atividades conforme as possibilidades do usuário – quantidades de dias e horários em que consegue comparecer até o CAPS –, seu estado atual de saúde mental e considerações sobre algumas questões externas, como, por exemplo, entrada em um emprego ou gastos com deslocamentos até a instituição. Junto à inclusão do usuário no serviço, também é feita a inclusão de um familiar no grupo de apoio familiar de entrada.

A partir disso, verifica-se a chamada *adesão* ao serviço, ou seja, o quanto o usuário e seu familiar efetivamente participam das atividades em que foram inclusos. Para que sejam atendidos na consulta psiquiátrica, é necessário que tenham o que é chamado de elevada adesão ao serviço, participando das atividades conforme o previamente combinado e justificando as faltas antecipadamente. Caso entenda-se que o usuário e seu familiar não estão comparecendo ao serviço como acordado, a consulta psiquiátrica não é realizada.

A instituição oferece uma diversidade de atividades terapêuticas, que incluem acolhimento, grupos de entrada, oficina jornal, oficina de artes, grupo de fortalecimento

⁶ Projeto Terapêutico Individual (PTI) é o projeto terapêutico desenvolvido para cada usuário, que estabelece em quais atividades participará e quais as suas demandas de cuidado.

emocional, oficina de estimulação cognitiva, medicação assistida e oficina lúdica. Oferece também café da manhã às 9h00 e café da tarde às 15h00 aos usuários, assim como oferece almoço àqueles que ficam mais de um período na instituição.

Os chamados *familiars*⁷, como são denominados pelos técnicos da instituição – são pessoas que, de modo geral, têm alguma relação de parentesco com os usuários do serviço. Podem ser mães, pais, irmãos, filhos, primos, maridos, esposas, sobrinhos e demais pessoas que convivam com aqueles que estão sob tratamento. Espera-se deles que participem das atividades da instituição, cumpram com o que foi proposto no projeto terapêutico dos usuários e ajudem em suas atividades diárias quando necessário, como quando se faz uso de remédios durante o período da noite. Como os técnicos entendem que os familiares são importantes – assim como responsáveis – pelas terapêuticas desenvolvidas no CAPS II, realizam-se grupos na instituição no intuito de sensibilizá-los ao tratamento dado aos usuários.

Os *grupos de apoio familiar* – também chamado de *grupo de familiares* no cotidiano da instituição – ocorrem geralmente em um espaço mais ao fundo do prédio, em uma área coberta ao lado de um pequeno pátio, com cadeiras distribuídas em círculo. Exclusivamente para familiares, o grupo acontece simultaneamente a outro, realizado por outros técnicos apenas com os usuários do serviço. Com o intuito de aproximar os familiares dos usuários do tratamento, são realizados em dias e horários específicos na semana, com divisões conforme a especificidade de quem é atendido no grupo, assim como do problema de saúde que o usuário do serviço apresenta. Por ocasião da pesquisa, dividiam-se em três, sendo estes os grupos de entrada, os grupos quinzenais e mensais e o chamado grupo de familiares especial.

O grupo de entrada direciona-se especialmente para os familiares dos usuários que entraram há pouco tempo no serviço. Geralmente, após alguns meses, com a estabilização do quadro do paciente, entendida pela equipe como uma diminuição daquilo que é encarado enquanto sintoma de transtorno mental, e maior tempo de presença nos grupos e nas atividades da instituição, os familiares dos usuários são passados para os grupos quinzenais e mensais. Já o chamado grupo de familiares especial surge da necessidade do serviço de

⁷*Familiars, usuários e técnicos/profissionais* constituem categorias que podem não abarcar a totalidade das experiências desses sujeitos nas instituições de saúde, tanto porque a “presença” em uma categoria não impede que se possa pertencer a outras, assim como as práticas e discursos presentes na instituição se fazem além e aquém destas, como abordam Andrade e Maluf (2017) e Dias (2000). Entretanto, optamos por manter essas denominações uma vez que nosso recorte tenta analisar como os sujeitos denominados *familiars* são acionados nas práticas institucionais para que “aprendam” o que é *doença mental*.

particularizar o atendimento para os familiares dos usuários que apresentam conduta ou ideação suicida, de modo que, dos grupos etnografados, este é o mais recente, tendo iniciado suas atividades a partir de abril de 2018.

Os familiares são alocados para grupos determinados conforme estado de saúde do usuário e dias em que podem comparecer a instituição. Cada grupo é destinado para 30 a 40 pessoas, sendo que, no dia a dia da instituição, o que se observa é a presença em média de 10 a 15 pessoas. Os profissionais que coordenam o grupo conferem a presença dos familiares em uma lista e anotam as respectivas presenças e faltas nos prontuários dos usuários. Caso a psiquiatra observe que os responsáveis não estão comparecendo ao grupo, a consulta com o usuário é desmarcada até que se entre em contato com a instituição. Quando da realização do trabalho de campo, alguns familiares mostravam-se mais presentes do que outros – que apareciam poucas vezes por mês. Além disso, mesmo com a divisão em grupos específicos, havia certa diferença de tempo de participação no CAPS nos grupos, com alguns familiares de recente contato com a instituição junto a outros que já participavam há mais tempo.

O grupo consiste em uma roda de conversa, na qual os participantes, incentivados pelos profissionais do CAPS II, falam de suas experiências diárias no cuidado dos usuários, com a intervenção dos técnicos conforme a necessidade. Os assuntos abordados abrangem uma variedade de temas relacionados à convivência com os usuários do serviço, em um diálogo construído por meio das interações entre os presentes, quer entre técnicos e familiares, quer entre os familiares presentes. Assim, discorrem sobre temáticas como o uso das medicações, expectativas em torno do tratamento, a natureza da doença mental, dificuldade cotidianas na convivência com alguém que tem um transtorno mental grave. Nesse contexto, é função dos técnicos fazer intervenções pontuais sobre as temáticas, dar explicações quando acharem necessário, além de observarem o horário, para que o grupo de familiares não se estenda além do planejado e afete outras atividades.

Quando um novo familiar aparecia, devido à entrada de um novo usuário no serviço, os técnicos que coordenavam a reunião, em especial os de nível superior, apresentavam o grupo, diziam qual era sua finalidade e objetivos, muitas vezes pedindo para familiares de usuários que eram atendidos a mais tempo explicarem para que servia ou dizerem em que a participação no grupo lhes agregava⁸.

⁸Nesse tipo de situação, eu também aproveitava para me identificar, falar porque estava ali e pedir permissão aos presentes para participar da reunião e de demais outras em que estivessem presentes.

As reuniões não tinham um protocolo definido, variando conforme o técnico que estava responsável pelo grupo. Alguns destes davam ênfase maior às experiências cotidianas com os usuários; outros empenhavam-se em trabalhar questões sobre as formas de funcionamento da subjetividade, explicando-a a partir de sua formação psicanalítica; às vezes falava-se de eventos que ocorreriam, como assembleias ou as chamadas olimpíadas⁹. Este protocolo variava conforme os familiares presentes, já que as questões colocadas por um membro do grupo mediante o relato do outro fazia com que surgissem assuntos que eram entendidos como problema comum entre eles.

De vez em quando um dos usuários “escapava” das outras atividades e vinha para a reunião, momento em que um dos técnicos responsáveis pelo usuário ia “buscá-lo” no grupo. Nessas situações, a reunião continuava normalmente, aqueles que estavam falando aguardavam para recomeçar suas falas quando a reunião fosse “retomada”. Em alguns casos observados, a presença de algum usuário suscitava questões que direcionavam a discussão dos presentes – tanto os técnicos como os familiares –, como em um episódio em que uma usuária deixou uma atividade e veio em direção à mãe que estava no grupo, e os presentes direcionaram suas falas para confortar e instruir a mãe sobre sua situação.

Geralmente, quando era a primeira vez que um familiar falava no grupo, contava o itinerário que tivera até chegar ao CAPS. Às vezes remetendo à infância, falava desde quando observou um problema, como buscaram ajuda, com quem falaram, e o que já haviam tentado para resolver a situação.

Na maior parte dos casos, os familiares chegavam até o CAPS durante o que é chamado de surto, quando o usuário começava a apresentar um comportamento que não compreendiam ou com o qual não conseguiam lidar. Houve casos em que foi uma fala desconexa em relação ao contexto da casa que levou os familiares a procurarem ajuda médica; em outros, foi uma recusa a se alimentar; também ocorre de perceberem como comportamento problemático o fato de os usuários saírem de casa sem destino certo e ficarem por dias ou até semanas nas ruas.

Observei as reuniões dos grupos de familiares do final do mês de janeiro de 2018 até o início do mês de junho de 2018. Neste período, participei principalmente das reuniões que ocorriam às segundas-feiras e às sextas-feiras, assim como do grupo que ocorria nas terças-feiras à tarde. Dessa forma, fazia trabalho de campo três vezes por semana no CAPS II.

⁹Jogos esportivos realizados em nas cidades da região com usuários de serviços de saúde mental.

Durante a participação nos grupos de familiares, procurei observar se haveria alguma homogeneidade entre as famílias dos usuários, e percebi que, na verdade, eram muito diversas. Algumas famílias eram compostas por pais e mães separados, outras por pais e mães casados, mas em que apenas um membro aparecia; ocupações profissionais das mães mais diversas, como faxineiras, donas de casas, profissionais autônomos, professores, entre outras; e tanto famílias que sempre moraram na região, como recém-chegadas a Araraquara.

Entretanto, observei que existia um forte recorte de gênero quanto aos membros que mais participavam enquanto familiar de usuário na instituição. Eram, geralmente, mães, avós, tias, irmãs ou esposas que se responsabilizavam pela vinda e pelos contatos com a instituição. Quando homens, frequentemente eram os maridos que apareciam nas reuniões, contando também com alguns pais de usuários.

Outro fator importante é a classe social, uma vez que a maior parte dos usuários do serviço era de pessoas economicamente desfavorecidas, que muitas vezes residiam em regiões mais periféricas da cidade e não tinham meios de locomoção a não ser ônibus. Dessa forma, era uma constante ouvir dos técnicos da instituição que familiares ligavam para avisar que estavam sem condições de ir até o CAPS II devido à falta de dinheiro para a passagem de ônibus.

Ao final das reuniões dos grupos de familiares, os técnicos da instituição anotam o que foi dito dos usuários por seus familiares em seus respectivos prontuários, assim como anotam as faltas justificadas ou o não comparecimento do familiar. Caso vejam como necessário, levam o que foi dito sobre o usuário à próxima reunião de equipe, para que sejam tomadas providências, como conversar com a psiquiatra sobre a medicação prescrita, a inclusão do usuário em mais ou menos atividades, a necessidade de uma referência, ou até mesmo a revisão do projeto terapêutico individual.

Iniciando-se por volta das 11h00 e indo até as 12h00, a reunião de equipe acontece diariamente no CAPS II. É realizada com o intuito de informar a todos da equipe sobre o estado de alguns dos usuários ou de informar a entrada de um novo integrante após a triagem, assim como é também o momento em que comunicam faltas a serem abonadas, discutem a organização das atividades do serviço e a realização dos eventos da instituição, como passeios ou festas.

A reunião começa com um dos técnicos falando sobre alguma triagem que realizou e sobre a *inclusão* do novo usuário no serviço. Caso existam dúvidas sobre qual seria o serviço de saúde para o possível usuário – na visão daquele profissional que realizou a triagem –

discutem em equipe se o usuário ficará no CAPS ou para onde encaminha-lo-ão. Ou então fala-se de um *plantão* e de alguém que havia aparecido solicitando atendimento.

Muitas vezes, presenciei falas recém proferidas no grupo de familiares serem trazidas pelo profissional que coordenava o grupo e levadas ao técnico de referência do caso. Se é percebida a necessidade de alguma providência em relação ao que foi relatado, discutem-se as ações que podem ser tomadas, como inclusão em uma ou mais atividades por mais dias, discussão do *caso* com a médica psiquiatra da instituição ou a justificativa de acionar algum familiar para que algo fosse realizado em sua casa. A reunião também é um espaço de organização das atividades dos técnicos, em que discutem como cobrir determinadas atividades durante a falta abonada de um membro, alternar períodos entre técnicos de mesma profissão durante um dia ou outro, organizar quais funcionários cumprirão horas extras e passar comunicados da secretaria de saúde e da gerência de saúde mental.

Entretanto, as considerações e conversas não ocorrem apenas durante reunião: por várias vezes observei que os técnicos constroem suas percepções sobre os usuários e planejamento das ações posteriores em momentos não institucionais, geralmente após algumas atividades ou durante intervalos. Desta forma, não era raro ver os técnicos conversando sobre algum usuário ou familiar na cozinha, espaço das pausas diárias.

Durante o período do trabalho de campo na instituição, não houve resistência ou impedimento para com as investigações por parte dos técnicos ou familiares. Por vezes, quando perguntava aos profissionais o que estavam fazendo, respondiam de forma pedagógica, tentando explicar ponto a ponto os motivos de suas práticas, muitas vezes fazendo referência a sua formação: por exemplo, quando perguntei sobre personalidade – conceito muito utilizado pelos profissionais da instituição – um dos psicólogos apresentou-me uma fotocópia do Cadastro Internacional de Doenças (CID), impresso na forma de um livreto. Explicou que personalidade “é a forma como lidamos” – advertindo que sua definição foi simplificada para que eu entendesse.

Muitos dos outros episódios em que eu perguntava sobre o funcionamento das rotinas institucionais ocorriam dessa forma: traziam exemplos, falavam sobre normas e regras existentes, davam suas opiniões, tentando inserir-me naquele contexto. Quanto aos familiares, sempre que possível tentei uma aproximação, conversando, no intuito de apreender como eles vivenciavam a passagem pela instituição. Entretanto, não havia muito tempo para conversar com eles, exceto em alguns momentos, como antes do início de uma reunião de familiares ou algum tempo depois do final desta, de modo que foi idealizado o subterfúgio da entrevista.

1.4. Os familiares do CAPS II e seus contextos de existência

Para dar continuidade à pesquisa e tentar perceber como o projeto ético-político do CAPS II afetava os *familiares* que eram chamados a participar da instituição, realizei entrevistas com eles. Visando conhecer mais de perto as condições sociais e materiais de existências desses sujeitos, fiz entrevistas semiestruturadas com algumas mães responsáveis pelo cuidado dos usuários em seus respectivos domicílios. As entrevistas foram realizadas com a ajuda de um questionário (Cf. Apêndices), produzido pelo próprio pesquisador, que mais do que perguntas a serem respondidas pelas entrevistadas, foi utilizado para propor tópicos que orientaram a conversa entre pesquisador e suas interlocutoras. A seguir, apresento brevemente as três familiares com quem pude realizar as entrevistas: Ângela, Joana e Fernanda.

Durante uma assembleia do CAPS II, convidei Ângela, mãe de Pedro, e ela se predispôs a contar-me sua história. Após conversarmos por telefone, fui a sua casa em uma quinta-feira, dia 5 de abril de 2018. Conversamos duas vezes, por quase três horas em cada ocasião. Inicialmente, ela fez um relato sobre sua trajetória, como era sua vida na cidade em que residira anteriormente – Guarujá – e como havia chegado até Araraquara. Encontrei-a em casa, onde mora com o filho, no Jardim Imperial – uma casa de três cômodos, composta por um pequeno quintal, uma cozinha, um banheiro e um quarto, onde dormiam ela e o filho.

Ângela contou-me que Pedro é o filho mais velho de três que teve em seu primeiro relacionamento. Segundo ela, desde os oito anos de idade o pai de Pedro oferecia bebidas alcoólicas ao filho, para que “virasse macho”. Em 1994, uma prima, sabendo de sua situação, chamou-a para morar com outro primo em Sergipe. Entretanto, soube que o ex-marido estava vivendo nas ruas de sua antiga cidade e decidiu voltar. Diz que a situação chegou ao ponto extremo quando, em uma festa de aniversário realizada em sua antiga casa, o marido agrediu o filho, e ela, na tentativa de apartar a briga, acabou apanhando também. Quando isso ocorreu, decidiu que não aguentaria mais aquilo, acabando por se separar do marido e indo morar com sua prima.

Mudou-se para Araraquara seguindo seu novo companheiro, que era da cidade e alegava que teriam mais suporte para cuidar de seu filho na região. Chegou ao CAPS II de Araraquara após uma internação de seu filho no Hospital Caibar Schutel e, desde então, segue participando dos grupos na instituição. Atualmente, mora sozinha com o filho em uma casa

alugada, pois o companheiro tinha ciúmes de sua dedicação e cuidados com o filho, agredindo a ambos.

Ângela assume a responsabilidade pelo cuidado do filho, que lhe demanda atenção intensa a maior parte do tempo, entendendo que este é um dever materno: “a mãe nunca abandona”. Para Ângela, a maior violência foi a desse último companheiro, em quem havia confiado por tê-la ajudado a encontrar o filho quando este sumiu de casa e, a princípio, ter sido compreensivo quanto ao comportamento problemático do rapaz. Entretanto, ao chegarem a Araraquara, este homem mudou completamente de comportamento: agrediu-a e ofendeu-a, cobrando que ela fosse mais mulher para ele do que mãe para o filho.

Joana, mãe de Heitor, apareceu por diversas vezes nas reuniões do CAPS II, acompanhada por sua filha Isabela. Durante as reuniões, os técnicos sempre perguntavam a ela se estava dando a medicação da forma correta. Respondia que estava administrando a medicação diluída em um iogurte, pois o filho não queria tomar de jeito algum. Os técnicos perguntavam se ele estava tomando todos os dias, e ela respondia que não, o que levava-os a reiterar a importância de *se levar a sério o tratamento*, uma vez que, sem a medicação, nenhuma terapêutica teria efeito. Em face dessa divergência entre os desígnios institucionais e as práticas familiares, entendi que essa era uma situação privilegiada para analisar se e como acontece o processo de penetração das práticas e discursos institucionais sobre doença mental no âmbito familiar e o que acontece quando ele não ocorre da forma que a equipe do CAPS II espera.

Sua filha é a sua principal ajudante nas atividades do CAPS II, sempre presente nas reuniões dos grupos de apoio familiar. Joana disse-me que, quando vão ao CAPS, a filha passa em sua casa para irem juntas, assim como acompanha-a durante as consultas do irmão com a psiquiatra. Isabela diz que tem pena da mãe e do irmão, o que a faria assumir o papel de responsável pelo tratamento.

Perguntei a Joana sobre quando havia percebido que o filho tinha algum problema que necessitaria de ajuda médica. Joana remeteu à história do encarceramento do filho, que teria ficado doente após ficar dez anos preso, em uma penitenciária em Marília. Pelo que contou, recebeu o diagnóstico de esquizofrenia dos funcionários da prisão. Achou estranho, pois “nunca tinha sido feito exame de cabeça nem nada”. Disse que fica pior tomando remédio, “fica mais falando, é [horário] de dormir, não dorme”. Por várias vezes, para atestar a “cabeça boa” do filho antes da passagem pela prisão, disse-me que ele nunca havia repetido nenhum

ano na escola, o que indicaria, além de uma boa capacidade intelectual, uma condição psíquica funcional. Dessa forma, a cabeça teria começado a ficar “fraca¹⁰” no encarceramento.

Fernanda, mãe de Caio, estava há três meses em tratamento no CAPS II de Araraquara, desde então frequentando os grupos de família, sempre em contato com a instituição, participando das consultas e reuniões.

Contou-me que morava em Taubaté com seu marido e três filhos (Caio, e suas duas irmãs mais novas). Em 2016, o filho mais velho veio para Araraquara para cursar Direito em uma faculdade privada na cidade, passando a residir na casa da avó, mãe de Fernanda. Entretanto, na semana do carnaval de 2018, Caio saiu numa sexta-feira, voltando apenas na segunda-feira. Quando chegou, apresentava um fala desconexa e mórbida – dizendo repetidas vezes que a mãe morreria logo –, o que motivou Fernanda e o restante de toda a família – sua mãe, seu pai e sua irmã, que reside em Araraquara – a levarem o filho a um médico particular. Inicialmente, a família tencionava internar o rapaz em uma clínica para reabilitação de usuários de drogas, mas, por intermédio de uma prima, descobriu a existência do CAPS II em Araraquara, de modo que buscaram apoio na instituição para o tratamento de seu filho.

Devido ao estado de saúde mental de Caio, Fernanda saiu da cidade em que residia para ficar uma semana cuidando do filho, na casa de sua mãe. Acabou passando a morar na casa da mãe, para acompanhar o tratamento no CAPS, abandonando o emprego e deixando a filha do segundo relacionamento aos cuidados do pai. Isto porque tornou-se a *familiar responsável* pelos cuidados do filho, dando a medicação diariamente, comparecendo às reuniões do grupo de família e indo às consultas com a psiquiatra.

Mesmo sendo a familiar responsável pelo tratamento no CAPS II, por várias vezes Fernanda referia-se a um “nós” ou “a gente” para falar o que pensava sobre o atual estado de saúde do filho. Quando perguntada sobre quem era esse “nós”, respondeu-me que eram sua mãe, seu pai, e suas irmãs, aqueles com quem discutia recorrentemente sobre o que deveriam fazer – pois agiam em conjunto –, quais teriam sido as causas do surto e qual a melhor forma

¹⁰Esse modo de se referir a forte e fraco – enquanto propriedades constitutivas da pessoa humana - para elaborar a subjetividade pode ser remetido aos apontamentos que Cardoso (1999) faz sobre a população migrante em Itamarandiba, em que seus interlocutores, mediante a categoria “nervoso”, estabeleciam uma forma de concepção do corpo e da subjetividade que se ligava a capacidades que não necessariamente reduziavam-se às categorias de neurose e psicose da medicina oficial – utilizadas tanto pelos médicos naquele contexto como pelos técnicos do CAPS II de Araraquara. Pretendo explorar mais detalhadamente esse jogo entre categorias de doença mental dos profissionais e categorias comuns da população atendida no segundo capítulo.

de cuidar do rapaz. Assim, por exemplo, disse-me que a ideia de que o uso de drogas é o principal elemento responsável por desencadear o surto não é algo pensando por ela apenas, mas debatido pela família. Entretanto, optou por não ceder aos desígnios desta, como durante a fase inicial do surto, quando se opôs a internar o filho, decidindo ficar em Araraquara para cuidar dele.

Três mães, três cuidados diferentes: por um lado Ângela, que cuida do filho durante todo o dia, com uma história marcada por violência doméstica e por sua condição social carente; Joana, mãe de Heitor, também economicamente carente, e com certa dificuldade de seguir as orientações da instituição, principalmente no que tange à aplicação do medicamento; Fernanda, ainda que não estivesse vivendo em condições de pobreza, deixa o emprego e o marido para cuidar do filho que havia apresentado uma crise psicótica há pouco tempo.

Ainda que envolvendo sujeitos de uma mesma política de saúde, esses três casos apontam para certa heterogeneidade na clientela atendida pelo CAPS II, em que a existência de condições familiares, sociais e econômicas diversas é que o abre – ou fecha – possibilidades de cuidado. Assim, o que decorre para todos da participação nos grupos, nas consultas com a psiquiatra, nos contatos com os profissionais, é levado para os contextos locais de existência do usuário e seus familiares, e realizado conforme suas possibilidades e desejos. Desta forma, quem se é ou em que redes sociais os familiares estão inseridos faz diferença, como no caso de Fernanda, que tinha seus pais e irmãos para discutir sobre o estado de saúde de seu filho, ou de Joana, que contava com a filha para ir até as reuniões do CAPS II.

CAPÍTULO II: ANÁLISE DE UMA INSTITUIÇÃO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O CAPS II DE ARARAQUARA

2.1 O grupo de familiares no Caps II e seus impactos nas práticas e discursos em saúde mental

Realizo, no presente tópico, uma análise especificamente do grupo de familiares enquanto um espaço de troca de experiências e saberes em saúde mental, e dos efeitos que a participação no grupo produz ao trazer práticas discursivas de seus participantes.

Como colocado anteriormente, os encontros dos grupos acontecem três vezes por semana, variando conforme os diagnósticos dos usuários com quem estes familiares têm relações, assim como seu tempo de permanência na instituição e estado de saúde. Por exemplo, caso um usuário – ao passar pela triagem – seja diagnosticado como *psicótico*¹¹, seu respectivo familiar é incluso no grupo realizado às segundas-feiras, na parte da manhã. Caso o usuário seja diagnosticado como neurótico, o familiar é incluso nos grupos de terça-feira à tarde.

O grupo é marcado pelo diálogo entre os presentes, sendo composto exclusivamente por técnicos do CAPS II e familiares dos usuários da instituição. Os técnicos iniciam a discussão, abordando algum tema em específico, avisando sobre algum evento que ocorrerá no CAPS ou perguntando aos presentes sobre a rotina de suas casas. Caso alguém se sinta afetado sobre algum ponto do assunto que está sendo discutido, a pessoa manifesta-se, e os profissionais da instituição fazem considerações pontuais caso não concordem ou queiram esclarecer alguma questão pertinente. O objetivo do grupo, segundo os profissionais que o coordenam, é a troca de experiências sobre o cuidado em saúde mental, temática que é discutida a partir da vivência dos familiares. Assim, nesse jogo dialógico entre seus participantes, decorrem todos os grupos, desde seu início até o horário final de sua duração.

Os familiares constroem um forte senso de identificação entre si a partir das dificuldades e angústias do cotidiano com os usuários, como a sensação de impotência e a sobrecarga trazida pelo cuidado de alguém que é portador de transtorno mental grave. Por

¹¹As categorias neurótico(a) e psicótico(a), utilizadas pelos técnicos para descrever o estado de saúde dos usuários e para organizar as atividades em que estes participariam não costumam ser usadas durante as reuniões de grupo, apenas nas conversas entre os profissionais.

diversas vezes, expressões como “meu problema não é tão grande perto do dele(a)” aparecem na fala dos presentes nos grupos. Alguns comparam a própria situação familiar com a de outros que ali estão, dizendo que, ao participarem do grupo, perceberam que aquilo que levavam como um sofrimento por demasiado solitário e único, é algo em certa medida compartilhado, mais grave até em outros casos. Por exemplo, um dos familiares presentes, cuja esposa tem episódios de ideação suicida recorrente e apresenta, segundo ele, grandes oscilações de humor, disse que, ao ouvir a história de outra familiar que estava ali – a qual tinha um filho esquizofrênico e alcoólatra, que tentava sair durante a noite para conseguir bebida – passou a pensar que seu sofrimento não seria tão grande quanto o dela.

Quando os familiares traziam em suas falas crenças religiosas sobre saúde mental, os técnicos procuravam estabelecer os limites do elemento religioso na terapêutica do usuário, para que não abandonassem a instituição. Como nesse diálogo que ocorreu durante a realização de um grupo de famílias, entre Olga e a psicóloga que coordenava o grupo. Olga é mãe de uma usuária que estava há aproximadamente dois meses no CAPS II e mostrava-se preocupada com as saídas da filha. Um pouco antes, outra familiar relatou que seu filho não saía de casa, o que piorava seu estado de saúde. Essa fala instigou os presentes a discutirem se não sair de casa piorava o estado de saúde mental dos usuários. Nesse contexto insere-se a situação descrita a seguir.

Olga diz que a filha saí de casa e chega tarde, toma o remédio tarde e não dorme.

A psicóloga pergunta se ela acha que o passeio foi bom. Diz que o remédio tem que ser tomado conforme as atividades do usuário, não mudar as atividades para tomar remédio (Dá exemplo do antibiótico que se toma às 06h00 e às 18h00, para respeitar as doze horas de intervalo).

Olga: minha filha começou a ir na Igreja, coisa que não fazia há tempo.

Psicóloga: ela está gostando? Só não pode agora falar que Deus salva e deixar de tomar o remédio. O bom é oração mais remédio.

Observa-se que, neste contexto, a fala da psicóloga busca tolher qualquer possibilidade de prevalência das práticas religiosas em detrimento das práticas médicas de cuidado em saúde mental, apontando para um caminho intermediário, em que “O bom é oração mais remédio”. Para viabilizar o projeto institucional de cuidado, as práticas religiosas não se podem sobrepor aos desígnios médicos sobre o tratamento. Nesse sentido, para fidelizar os

familiares às normativas do CAPS II, tenta-se impedir que outros projetos de cuidado tenham prioridade perante o que é veiculado pela instituição.

Os técnicos, além de fazerem intervenções nos discursos dos familiares, apontando para a importância dos saberes médico-científicos quando um dos presentes trazia a experiência religiosa, como mostrei em um trabalho anterior (PRADO, 2017), trabalhavam sobre o que é o cuidado e seus significados. Nesse sentido, por diversas vezes a intenção dos técnicos da instituição consistia em certa instrumentalização das práticas cotidianas dos familiares para inculcar-lhes modos de agir que estivessem de acordo com as normas éticas do CAPS II e do processo de desinstitucionalização da reforma psiquiátrica.

Por exemplo, durante uma das reuniões que participei, percebi que a psicóloga usou o termo “cabeça” para falar da subjetividade de um dos usuários que não queria tomar o remédio psiquiátrico, termo esse que é constantemente utilizado pelos familiares para se referir a uma parte do funcionamento intelectual e moral dos seres humanos. No contexto a seguir, a familiar afirma ter dado um sal de frutas para o filho, que estava mal do estômago e, devido a isso, ele não quis tomar o remédio psiquiátrico. A psicóloga tenta acalmar a mãe e orientá-la de modo que ela pudesse convencer o filho a tomar o remédio. Registrei essa conversa da seguinte forma em meu caderno de campo:

Psicóloga: fala para ele que o estômago não está bom, mas **a cabeça** está boa. Ele já ficou seis meses na clínica [para usuários de drogas]. **Será que ele vai querer voltar?**

Familiar: Eu falei isso para ele. Mas depois ele tomou.

Psicóloga: Fala para ele o quanto ele é importante para a família. Que não é um estorvo.

Neste contexto, o uso do termo “cabeça” pela técnica para se referir à fala da mãe, é uma das estratégias utilizadas para conhecer a forma como os familiares pensam a subjetividade e tentar construir um campo comum de diálogo. Muito do que os técnicos falavam consistia em uma tentativa de fazer com que os cuidados que os familiares direcionavam a seus entes ocorresse de uma forma específica, com a aplicação regular da medicação, a das atividades do CAPS II, a presença nas consultas e demais recomendações que a instituição faz aos usuários e familiares.

Outro ponto importante que os técnicos fomentam nesse espaço é a de uma postura que não julgue moralmente os comportamentos do usuário e que ao mesmo tempo leve a um comprometimento pessoal do familiar para com o tratamento da doença mental. Assim, por

diversas vezes surgiam alguns debates entre os familiares sobre se os comportamentos que os usuários apresentavam seriam resultado de alguma “sem-vergonhice” ou se seria doença. Nesses momentos, os técnicos tentavam intervir, explicando que aquilo que parecia uma falha moral dos usuários – desatenção quanto a regras domésticas, xingamentos, etc. – era, na verdade, sintoma de uma doença e, por isso, algo em relação a ela deveria ter uma postura moralmente neutra, como seria feito com doenças crônicas fisiológicas, como o diabetes ou a pressão alta. Assim, exigia-se uma postura eticamente compromissada com a terapêutica oferecida na instituição, o que consistia em relatar todos os sintomas e demais informações do usuário que fossem entendidas como relevantes à equipe, oferecer a medicação regularmente para a prevenção do surto, comparecer à instituição regularmente, conforme o acordado, ter uma postura paciente para com o usuário, além de oferecer constantes atividades que incentivem o usuário voltar a uma vida ativa – chamadas de estímulos pelos técnicos da instituição.

Geralmente, quando esta postura moralmente neutra era colocada em questão pela família, os técnicos intervinham diretamente, contestando ou problematizando, ou então pediam a algum dos presentes para que falassem de suas experiências pessoais no cuidado. Descrevo agora uma situação em que este confronto entre visões apareceu durante meu trabalho de campo:

Particpei de uma das reuniões mensais do grupo de familiares. Quando cheguei, estavam conversando sobre a importância da família no tratamento oferecido pela instituição. Alguns familiares estavam dizendo que os parentes “atrapalhavam” muitas vezes, principalmente quando não buscavam “aprender” nem se “informar”. As fala a seguir inserem-se nesse contexto.

Uma das presentes conta que imaginou que pessoas com transtornos mentais graves, quando passam por uma internação para sair da crise e tomam medicação conforme orientado, não teriam mais sintomas psicóticos – como ouvir vozes.

O psicólogo pergunta aos presentes o que acham dessa fala.

Elza: minha irmã, quando me vê falando na rua, acha que eu estou falando dela, e pede para eu ir embora.

Psicólogo: em uma instituição de saúde mental especializada, para um paciente que vem há um certo tempo, a gente não pode ser inocente, falar que vai ter remissão total dos sintomas.

Tem família que se conscientiza e deixa de lado. Oferece um cuidado que não é cuidado, mas acha que está cuidando. Por isso tem que vir aqui se instrumentalizar.

Um dos familiares, afetado pela fala do psicólogo, rebate:

Marcos: é uma mistura de loucura com sem-vergonhice [O comportamento de seu familiar que é usuário do CAPS II]. Não limpa porque sabe que a gente vai limpar; não arruma porque sabe que a gente vai arrumar. Se esconde atrás do remédio.

O psicólogo intervém e pergunta aos outros presentes o que eles acham.

Helena: tem vezes que é doença, tem vezes que é sem-vergonhice.

Pai de Ana: a gente não pode ficar alimentando fantasia, né?

Heloísa relata que quando o filho diz ouvir barulho, pergunta se é realidade; o usuário diz que não foi nada quando fala que vai levar no CAPS.

Elza: no começo, eu brigava. Falei para ele que se não se tratasse, ia deixar no Caibar [hospital psiquiátrico que atende em Araraquara, por meio de convênio com o SUS], e trazer o pai e a mãe para cuidar.

Marcos: Seu caso é um, o meu é outro. Eu vou dar remédio na boca de um velho? Eu também tenho família. Eu vou ficar preso às minhas raízes velhas?

Psicólogo: Dá tempo de ver outras estratégias de cuidado.

Marcos relata dificuldade de controlar o uso de bebida pelo usuário.

O psicólogo pergunta para Heitor o que ele faria se tivesse um pai de 60 anos para cuidar. Alguém sugere internar.

Psicólogo: internar não resolve.

Marcos: Se ele achar que tão falando dele, ele começa a xingar.

Helena: ele tem doença mental?

Marcos: sim. Ele gasta o dinheiro dele com bebida.

Helena: Uma coisa bem discreta: não dá para deixar no asilo?

Margarida, que está sentada ao meu lado, me puxa a camisa e fala baixinho, dizendo que não é assim, “qualquer coisa vai lá e coloca no asilo”. Conta de um parente que trabalhou no asilo. Sente que qualquer coisa que incomode as pessoas, já querem colocar os parentes lá.

Psicólogo: quando não dá para cuidar, tem que ver outras estratégias. Quando a pessoa não está bem, ela corre para a rede de apoio.

Participante não identificado: O que é rede de apoio?

Psicólogo: rede de apoio é, se eu tenho uma pessoa que é idosa, precisa de remédio, e eu trabalho e não consigo cuidar, eu deixo em uma casa de repouso. Não estaria abandonando

fazendo isso...É como adolescente: a gente fala, fala, fala e nunca faz, eles pensam que a gente nunca vai fazer. Tem que fazer para eles mudarem as ações e a gente também.

Mais a frente, continuou:

Psicólogo: tem que perceber qual é o momento para dar o dado de realidade¹². Por exemplo, com um paciente em crise a gente não pode fazer isso. Na hora certa, tem que falar.

Marcos diz que já conhece os limites de seu irmão. Sabe se ele já foi preso, se ele sai.

Aparecida conta que a filha está achando que tem gente chamando. Conta uma história pessoal que ouvia a mãe chamar e via vultos.

Aparecida: Era o inimigo atentando

Margarida conta a história de uma amiga que cuidou de uma pessoa com Alzheimer e ficou debilitada por um tempo, não conseguia ter concentração nem para fazer exercício.

Margarida: E se quem cuida não...? [gesticulando com as mãos, parece procurar palavras para enunciar algo].

Psicólogo: Você diz quem cuida não se cuida? É por isso que a gente oferece grupo de família. Vocês tão dividindo seu sofrimento com, no mínimo, 15 pessoas aqui.

Helena relata uma situação em que o filho disse que iria embora, e ela respondeu “Você está bem, pode ir. Só fala com a doutora e pode ir”.

Marcos: é, eu, o irmão mais novo, vou falar assim com o mais velho?

Helena: era pra eu ter um AVC, infarto, mas eu fico brava, depois vou no asilo (para se divertir) – conta que fala assim consigo mesma: “Deus, ó, é o seguinte: tem tudo seu tempo certo. Vai se curar, e você nem vai ver”.

Nesta observação que realizei, um dos familiares presentes dizia que o problema era “uma mistura de loucura com sem-vergonhice” por parte do usuário da instituição, já que ele sabia que, caso não cumprisse suas obrigações com a casa – como limpar a sujeira que fez -, alguém faria. Além disso, disse que seria estranho, ele, enquanto irmão mais novo do usuário, dar “remédio na boca de um velho” que era o irmão mais velho. O técnico que organizava o grupo disse-lhe para considerar o que estava dizendo e convidou outros presentes a se manifestarem a favor ou contra. Mesmo quando um dos presentes concorda que “às vezes é doença; às vezes é sem-vergonhice”, o técnico continua problematizando o discurso do

¹² Dado de realidade é uma categoria

familiar, incentivando-o a pensar em outras estratégias de cuidado caso não possa – ou não queira – responsabilizar-se pelos cuidados do irmão.

Nota-se, que as falas dos profissionais não são acatadas de forma unívoca: em alguns casos, reforçava-se a fala dos técnicos, concordando e dando exemplos; em outros, ela era questionada. Não raro, presenciei que nos grupos ocorriam divergências, não entre técnicos e familiares, mas dos familiares entre si.

A orientação dos técnicos muitas vezes refletia-se na forma como os familiares dos usuários lidavam com seus parentes dentro do contexto familiar, reproduzindo a dimensão “pedagógica” presente nas práticas e discursos dos técnicos do CAPS. Dessa forma, quando ocorriam conflitos em relação ao comportamento do usuário, muitas vezes os familiares que frequentavam a instituição tomavam para si o papel de mediadores, dialogando com outros familiares que não participavam das reuniões, procurando informá-los sobre o que seria doença mental e como deveriam agir em relação ao usuário. Não raro, os familiares dos usuários presentes no grupo de famílias apontavam que algum outro começou a “entender também” a situação, deixando de pensar que era “sem-vergonhice”.

Os técnicos tentavam constantemente traduzir os discursos dos familiares sobre o que era doença mental para seus repertórios técnicos, ao mesmo tempo em que tentavam diminuir a importância da experiência religiosa sobre a doença mental; por outro lado, os familiares traziam suas experiências cotidianas com os usuários, perguntavam sobre como se poderia entender determinado comportamento. Pode-se pensar que a participação na instituição pode ser interpretada por meio do conceito de mediação intercultural de Montero (2005).

A autora, problematizando o estatuto antropológico da diferença parte do que denomina como interpenetração de civilizações, ou seja, o processo de convergência entre horizontes simbólicos de dois grupos que coexistem em um mesmo universo de relações. Para isso, a autora escolhe como objeto de estudo as missões jesuítas, dado que, por sua própria condição de operacionalização, estas revelam um momento histórico em que houve contato efetivo entre dois coletivos sociais diferentes, os jesuítas e as populações indígenas da América do Sul. Segundo Montero, nota-se que, neste encontro, foram produzidas estratégias de demarcação simbólica das formas de pertença e de construção da alteridade, tanto pelos missionários que procuravam incorporar as populações nativas às relações coloniais, quanto por parte dos indígenas, que também tentavam incorporar a situação de contato para seus repertórios locais. Assim, para dar conta das lógicas práticas investidas na construção de um

sentido compartilhado entre esses grupos, Montero formula o conceito de mediação intercultural.

Este alude às formas compartilhadas de construção de sentido: “A ênfase se põe, pois, nas lógicas práticas investidas nessas relações e em seu modo de agenciar os sentidos para produzir um acordo circunstancial sobre a ordem do mundo cujo formato não pode ser antecipado de antemão” (MONTERO, 2005, p.23). Assim, fazendo referência a Bourdieu, Montero destaca o conceito de poder simbólico enquanto categoria analítica para se pensar as relações entre construção de linguagem e realidade social: as nomeações e classificações que surgem desses encontros entre agentes sociais têm uma intenção performativa, ou seja, mais do que fabricar uma representação que é externa ao objeto representado, esses acordos sobre os sentidos do mundo produzem realidades sociopolíticas específicas.

Deste modo, a construção de um campo comum de práticas e representações, em que se pode repensar o que é doença mental e a pertinência de sua atenção em uma instituição de saúde é a estratégia dos profissionais do CAPS II de Araraquara para aproximar os familiares dos usuários do projeto terapêutico, sem que descumpram com o que foi acordado. Assim, por exemplo, as concepções religiosas que são relatadas pelos técnicos como um dos maiores entraves à terapêutica do CAPS são incorporadas, na prática do grupo de familiares, enquanto elemento pertinente ao tratamento, mas que não pode adquirir centralidade em face dos aspectos médicos e psicossociais. Logo, não raro veem-se os técnicos argumentando que as práticas religiosas não são em si problemáticas no cuidado da doença, mas o são quando assumem papel central, o que, frequentemente, é a causa do abandono da medicação recomendada.

Portanto, o esforço das ações dos técnicos sobre os familiares direciona-se para os significados do que é cuidar: procura-se, a todo momento, incutir nos familiares que as atividades da instituição têm finalidade terapêutica, que devem ser cumpridas para que os usuários melhorem seu estado de saúde. Nesse sentido, procura-se acolher as preocupações dos familiares sobre o tratamento promovido e, ao mesmo tempo, explicar os “porquês” de cada atividade.

2.2 A política do cuidado no CAPS II

Durante minha participação nas reuniões de equipe, notei que a maior parte dos técnicos da instituição dizia que o trabalho do CAPS II seria uma forma de produção de cidadania,

envolvendo um determinado modo de ação e pensamento em relação à saúde mental, assim como certa “pedagogia” para os familiares de usuários.

A seguir, relato a observação de uma reunião da equipe técnica em que ocorre uma breve discussão sobre a ética no atendimento aos usuários da instituição. O motivo da discussão seria um desentendimento entre um profissional do CAPS e um usuário, que havia voltado ao CAPS II após ter ido à farmácia e não conseguir os remédios porque a receita entregue pela psiquiatra que o atendeu estaria ilegível. Nota-se que, junto ao tema, discute-se qual deve ser a postura do profissional de saúde.

Estávamos todos – eu e os profissionais do CAPS II – sentados na sala de reunião, e um dos técnicos informava sobre um usuário que estava “nervoso” porque tinha ido ao alto custo¹³ – farmácia da prefeitura onde conseguem-se os remédios mais caros mediante apresentação de receita – mas ali não conseguiram ler a receita, de modo que ele não tinha conseguido o remédio.

Deixaram com uma das médicas psiquiatras para fazer a receita dos remédios. A técnica de referência do usuário disse que durante a consulta psiquiátrica o usuário havia se exaltado, e deu uma reprimenda nele.

Eis o diálogo que se seguiu:

Psicóloga: Nossa postura enquanto trabalhador de saúde é uma postura acolhedora, mas tem que colocar limite.

Psicólogo: O que ela quer dizer é que às vezes o paciente é reativo por aquilo que a gente provoca nele. Lembra do texto que a gente viu sobre emergência?

Técnica de enfermagem: Ele é analfabeto, mesmo tendo passado 12 anos pela escola.

Imagina: você dá um monte de papel para uma pessoa analfabeta, ela vai acreditar em você.

Assistente social: Eu falei com jeito, que a gente está tentando ajudar.

Técnica de enfermagem: É a gente que está falando não para ele. Você vai no postinho para não ter problema, o médico dá a receita.

¹³ Farmácia do Componente Especializado: é a farmácia do SUS que entrega medicamento para doenças crônicas. Como as doenças mentais são consideradas crônicas e exigem medicação constante, a maior parte dos usuários do CAPS II pega a medicação lá, com as receitas das psiquiatras da instituição.

Psicóloga: Eu ficaria brava. Você chega [na farmácia] com três hipóteses diagnósticas¹⁴, não sabe o que é isso de hipótese diagnóstica e ainda não te dão o medicamento... Eu acho que esse paciente, da forma como pede, é só a gente que vai entender.

Ao final da reunião, perguntei para essa psicóloga sobre o que ela havia falado do profissional de saúde. Disse que não se lembrava exatamente, mas quis dizer que o profissional de saúde tem que ter tolerância, para não reagir de forma agressiva.

Episódio semelhante ocorreu quando eu participava de uma reunião de familiares:

“A gente está tendo o privilégio, vivendo hoje uma fase que as pessoas de 40 anos atrás não tinham. Antes, passava a perua da vergonha na sua casa, levava a pessoa [para o hospital psiquiátrico]. Levava o morador de rua, o usuário de drogas, o portador de transtorno mental para o hospital e deixava lá para o resto da vida. Levava a filha que o pai descobriu que teve relação sexual e deixava lá. Levava o filho que foi pego usando maconha e mandava para lá. **Hoje a gente tem a possibilidade de falar para as pessoas o que é um transtorno mental, e combater o preconceito**”. (Técnica de enfermagem, Maio de 2018).

Observa-se, tanto na fala da técnica de enfermagem durante o grupo de famílias como na discussão dos técnicos durante a reunião de equipe, certo compromisso ético que é explicitado nessas passagens: a ideia de que o CAPS – enquanto parte das políticas de saúde mental contemporâneas – seria responsável pela construção da cidadania de seus usuários – as pessoas portadoras de transtorno mental grave – e, por isso, deveria existir um comprometimento pessoal para com o tratamento oferecido na instituição. Esse compromisso ético perpassa as falas dos técnicos e é “cobrado” dos familiares presentes que estão na instituição, sendo um dos pontos críticos no processo de inculcação das categorias de doença mental e das normativas éticas veiculadas na instituição.

Trago, a seguir, um diálogo que experienciei durante a realização de uma sessão do grupo de familiares, em que a psicóloga chama a atenção da familiar dizendo que não poderia “brincar de cuidar”.

Psicóloga: Como está seu filho?

¹⁴ Hipóteses diagnósticas, em saúde mental, são diagnósticos hipotéticos – pois exigem maior averiguação – dos possíveis transtornos que pode ser a causa do comportamento de determinado sujeito. Com o passar do tempo e maior acúmulo de informações sobre o paciente, o psiquiatra responsável pode dar um diagnóstico definitivo sobre o caso.

Joana: Ele está bem. Está tomando remedinho.

Isabela (Filha de Joana): Minha mãe acha que é espiritual, não vai curar. A gente tem que tomar a frente. Eu tenho certeza que vai internar e vai melhorar. Vamos internar mais uma vez. Eu tenho fé em Deus. Se internar mais uma vez ele vai melhorar. Como é aniversário dele, vai deixar com a mãe esse mês de março. Depois vai pegar firme.

Psicóloga: Mas tem que cuidar mesmo. Se responsabilizar. Não pode brincar de cuidar. Tem que tomar o remédio todo dia. Ele está calmo mesmo ou sua mãe fala para não internar?

Isabela: Ele é calmo mesmo, mas tem que dia que está mais agitado.

Observa-se nesta passagem que a psicóloga procura fazer com que a mãe se responsabilize pelo tratamento através da aplicação diária da medicação ao filho. Como não procedia dessa forma, sua filha intervém dizendo que vai “pegar firme” no cuidado. A psicóloga então diz que não se pode “brincar de cuidar” – o que estaria sendo feito pela mãe – devendo dar remédio todos os dias para o usuário para que o mesmo não tivesse crise.

Estes episódios em que se exige dos familiares e dos técnicos que tenham um compromisso moral com as terapêuticas oferecidas no CAPS levaram-me a perceber que os profissionais realizam seu trabalho de acordo com uma ética específica, conforme Foucault (1984), ou seja, um comprometimento moral a partir de certo modo de posicionamento enquanto sujeito moral que, nesse caso, era uma forma de se fazer sujeito do cuidado em saúde mental. Neste sentido, mais do que o cumprimento de uma obrigação laboral ou o exercício de uma função burocrática, o trabalho no CAPS é levado como uma forma de promoção de saúde para a população atendida e, por isso, a oferta do serviço não deve ser considerada mera efetivação de uma obrigação do Estado, mas uma possibilidade efetiva de constituição e garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais graves e acolhimento de suas necessidades.

A ideia de que usuários, técnicos e familiares juntos comporiam uma nova fase no cuidado em saúde mental mostra-se presente em vários momentos, principalmente naqueles em que se faz referência às internações por longos períodos. Dessa forma, o papel deste serviço de saúde seria o de educar os familiares – e a sociedade – para que aquilo que é entendido como os erros do passado – internação por longos períodos, eletrochoques, violações de direitos – não ocorram novamente.

No CAPS II, pude apreender a presença de uma política que se dá em relação ao cuidado, tanto nos modos de tratamento dos usuários, como também nas formas de direcionar

os cuidados dos familiares dos usuários para aquilo que veem como correto – o que é especial para meu interesse de pesquisa. Durante a reunião de grupo de familiares, os técnicos presentes, por diversas vezes, tentavam inculcar algumas ideias sobre como cuidar dos usuários do serviço enquanto estes estivessem em suas casas. Essas ideias giravam em torno, principalmente, de como definir o que é doença e o que é próprio do comportamento “natural” do usuário – sua personalidade, sobre as formas de medicar, respeitando quantidades, horários e modos prescritos pelas médicas, sobre os incentivos necessários para que o usuário voltasse a desenvolver uma vida ativa, com capacidade de desenvolvimento de uma vida sem dependência de outras pessoas – o que é chamado de autonomia – e, principalmente, sobre o que é doença mental e quais suas causas.

Em primeiro, sobre as divisões entre personalidade e doença, os familiares dos usuários constantemente falavam nas reuniões sobre comportamentos indesejados de seus entes queridos, de modo que os técnicos responsáveis – mas, em especial, os psicólogos – perguntavam ao familiar se ele achava que aquilo era próprio da doença ou da personalidade do usuário, como nesta passagem de meu diário de campo:

Familiar de usuário: o meu filho está bem, dormindo bem, mas anda quieto.

Psicóloga: E como andam os estímulos?

Familiar de usuário: Ele está quieto, sem estímulo.

Psicóloga: Ele já era quieto antes?

Familiar de usuário: Sempre foi quieto, falava pouco, mas agora fala menos.

Técnica de enfermagem: se é da personalidade não muda. A doutora pode tratar o sintoma, não a personalidade.

Psicóloga: A gente fala do estímulo para não cronificar. Sarar não, estabilizar sim.

A aplicação da medicação também era um dos temas recorrentes nos grupos, em especial se os pacientes estavam tomando-a corretamente, na dose e horários recomendados. Quando um episódio desse tipo era relatado, os técnicos recomendavam que os familiares viessem ao plantão para conversar sobre a situação e ver o que era possível ser feito. Como neste episódio:

Mãe de uma usuária: minha filha tomava remédio em excesso.

Psicóloga: tem que entender que o remédio não vai curar de vez. Tomar em excesso vai trazer outros problemas.

Mãe de outro usuário: Quando eu via que meu filho estava agitado, eu dava remédio.

Psicóloga: Não faz isso! Quando for assim, vem aqui no plantão.

Entretanto, a preocupação não era apenas dos técnicos, mas se rebatia também nos familiares de usuários presentes:

Irmão de um usuário: A gente deu uma diminuída no remédio, para ele ficar menos agressivo.

Técnica de enfermagem: Mas você acha que ele fica melhor?

Irmão de um usuário: sim, ele ficou menos agressivo. Pelo menos.

Mãe de outro usuário: Mas você diminuiu por conta própria? Não pode! Daí se ele tem um surto a culpa é de vocês.

Psicólogo: Para quadros neuróticos, que ninguém tem aqui, algumas linhas da psiquiatria dão uma caixinha de remédio, e fala “quando tiver crise, toma”. Mas para quadros psicóticos, é consenso que temos que dialogar com terapêuticas medicamentosas.

Técnica de enfermagem: ligue para o Plantão caso queira mexer no remédio. Não o faça por conta própria.

Neste caso, a fala de um familiar que aplicou medicação por conta própria é colocada como irresponsabilidade por outra familiar, uma vez que se assume o risco de que o usuário tenha um surto ao mexer na medicação sem autorização da médica. Os profissionais endossam esta fala, reafirmando a importância do remédio e da supervisão institucional para lidar com ele.

Seguir de modo estrito a aplicação da medicação, como recomendado pela psiquiatra, é uma das mais constantes recomendações dos profissionais aos familiares dos usuários, tanto para que seja possível avaliar seus efeitos, como para que também não aconteçam crises. Nessa passagem de meu caderno de campo, noto que a mãe de um usuário, ao perceber essa “falha” por parte de outro familiar em cumprir com as rotinas de medicação, aponta para a responsabilidade do irmão desse usuário ao geri-la por si mesmo, discurso próximo aos enunciados pelos técnicos da instituição – ainda que não o façam de modo não tão explícito. Desta forma, a “ética do cuidado” – e sua consequente aceitação dos direcionamentos institucionais nas práticas cotidianas – fomentada pelos profissionais do CAPS II, é

incorporada de modo variado, com alguns seguindo as orientações dadas prontamente, outros que as seguem de modo parcial, e outros que não as seguem ou não se fazem presentes na instituição.

No próximo tópico, serão analisadas as estratégias dos profissionais e dos familiares para a criação de alguns consensos sobre o que é cuidado em saúde mental, e como este processo impacta em suas práticas e discursos.

2.3 Poder e Governo no CAPS II de Araraquara

Pretendo abordar neste tópico as relações de poder que são construídas no CAPS II de Araraquara e os processos que visam direcionar as ações dos familiares para os fins institucionais, por meio de práticas que procuram inculcar-lhes determinados preceitos éticos enquanto cuidadores dos usuários da instituição.

Durante uma reunião de equipe, um dos psicólogos, referindo-se aos conflitos internos na instituição, disse que a equipe estaria *doente* e precisaria repensar algumas práticas. Neste momento, entendi que alguma forma de conflito perpassaria a convivência entre os técnicos. Uma análise da micropolítica – fazendo referência a Foucault – pode contribuir para esclarecer algumas práticas e dinâmicas do CAPS II de Araraquara.

Foucault (1979) apresenta uma analítica do poder que se define pela observação das formas de dominação e controle através de seus processos concretos e efeitos, mais do que análises macro-estruturais. Como aponta o autor:

Não vejo quem – na direita ou na esquerda – poderia ter colocado este problema do poder. Pela direita, estava somente colocado em termos de constituição, de soberania, etc., portanto em termos jurídicos; e pelo marxismo, em termos de aparelho do Estado. Ninguém se preocupava com *a forma como ele se exercia concretamente e em detalhe, com sua especificidade, suas técnicas e suas táticas.* [...] Para dizer as coisas mais simplesmente: o internamento psiquiátrico, a normalização mental dos indivíduos, as instituições penais têm, sem dúvida, uma importância muito limitada se se procura somente sua significação econômica. Em contrapartida, no funcionamento geral das engrenagens do poder, eles são sem dúvida essenciais. Enquanto se colocava a questão do poder subordinando-o à instância econômica e ao sistema de interesse que garantia, se dava pouca importância a esses problemas (FOUCAULT, 1979, p.6, grifo nosso).

Ou então, quando perguntado sobre as relações entre poder e resistência, o autor responde que

[...] Não coloco uma substância da resistência face a uma substância do poder. Digo simplesmente: a partir do momento em que há uma *relação* de poder, há uma *possibilidade de resistência*. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa (FOUCAULT, 1979, p. 241, grifo nosso).

Nesta perspectiva, entende-se que poder se trata de um exercício que só é possível mediante relações sociais, da forma que os processos políticos devem ser entendidos em seus contextos concretos, haja vista que os mecanismos de dominação e controle são relacionais e históricos, operando conforme lógicas específicas de cada formação social. Por considerar o poder como relação histórica, mais do que uma essência ou algo que se detém, essa perspectiva de análise abre possibilidade para o entendimento etnográfico das formas de conflito e as lutas políticas, em que categorias como estado, direito ou partido não podem ser diretamente acionadas para a explicação desses contextos, uma vez que configurações políticas particulares podem não se direcionar para as instâncias especializadas da política e podem se distanciar de suas práticas quanto a modos de gestão do conflito.

Pensando nisso, surge a questão: como essa problemática do poder se rebate no CAPS II? Entre os técnicos, as relações de poder refletem-se nas disputas em atividades cotidianas e nos modos como estas são organizadas, tanto nas grades diárias como em quem exerce-las-á. Assim, por exemplo, notei que um dos técnicos falava que suas atividades eram sempre desprestigiadas, tendo de realizá-las sozinho por vezes. Devido a isso, nos episódios cotidianos em que se organizam as faltas abonadas, férias ou mudanças de turno havia certa tensão para decidir qual profissional cobriria as atividades, assim como quem faria uma ou outra atividade sozinho. Não raro, alguns destes momentos refletiam-se em conversas nos corredores, momento em que se avaliava o que foi dito e deliberado. Nas reuniões, isto era explicitado em falas sobre a necessidade de resolverem seus conflitos latentes ou de se reorganizarem. Neste sentido, era possível observar a existência de disputas internas na instituição sobre suas atividades, práticas e modos de organização.

Entretanto, quais seriam os efeitos das relações de poder sobre os usuários e, principalmente, para nosso caso, sobre os familiares? Neste sentido, por meio do conceito de governo, de Foucault, é possível esclarecer alguns pontos.

Por vezes, nas reuniões dos grupos de família, os técnicos prescreviam ser as ações dos familiares sobre as rotinas diárias – não as determinando, mas sugerindo atividades e o que seria necessário fazer – as formas estritas de aplicação da medicação, as formas possíveis de lidar com as crises do usuário e a necessidade de sempre manter a equipe informada sobre

este. Em síntese, buscavam dirigir a vida dos familiares para determinados fins institucionais visados, voltados para a manutenção do projeto terapêutico individual.

Segundo Foucault (1979), observa-se, do século XVI ao XIX, o surgimento da arte de governar como um problema relacionado aos domínios mais diversos: o governo de si mesmo, o governo das famílias, o governo das almas, o governo dos outros, o governo do Estado. Nessa época começam a surgir tratados que, opondo-se à tradição maquiavélica, buscam propor que o domínio político dê-se de outra forma que não entre príncipe e súditos: o dever do Estado seria trazer a disciplina presente na condução da vida doméstica para suas artes, ajustando fins e meios da melhor forma possível. Governar, neste sentido, é exercer o poder político seguindo um modelo econômico de racionalização de uso dos recursos possíveis. Governa-se em função dos governados, em função de um objetivo. Assim, estas práticas têm também por efeito fazer surgir o corpo social enquanto população, sobre quem se produz saber e são dirigidas as ações de governo. Mais do que por efeito de leis, o governo realiza-se mediante estratégias, buscando direcionar a vida de seus governados para fins específicos, próprios aos seus subordinados.

As práticas de governo no CAPS têm como alvo principal os usuários do serviço, não necessariamente os familiares. Porém, espera-se que os familiares deem continuidade ao projeto ético-político da instituição em seus contextos locais, uma vez que estes teriam capacidade de ação que não são acessíveis ao serviço, como sempre é ressaltado nos grupos de família, em especial no que toca ao tempo que os familiares passam junto aos usuários fora da instituição. Neste sentido, tem-se a expectativa de que os familiares prossigam com o projeto terapêutico, elaborado dentro da instituição, em suas casas, enquanto agentes sociais do cuidado que podem facilitar a inserção social do usuário.

Logo, espera-se que os familiares acionem práticas de governo complementares às mobilizadas pelo CAPS em seu cotidiano, responsáveis que são pela manutenção da terapêutica medicamentosa e psicossocial, ao mesmo tempo em que controlam forças sociais do contexto de origem do usuário, mediando os conflitos familiares e as exigências daqueles que vivem em seu entorno. Não raro, os técnicos insistiam que os familiares fizessem contato sempre que necessário, tanto para pedir orientação sobre os ajustes na medicação, como para falar do início de uma possível *crise* do usuário, ou até mesmo quando precisassem de apoio emocional.

Neste contexto, o direcionamento deste processo depende da percepção de uma *piora* ou *melhora*, tanto pelos técnicos, como pelos familiares. Procuro, no próximo tópico, abordar

que práticas são acionadas para produzir esses diagnósticos, tanto por parte dos familiares como pelos técnicos da instituição.

2.4 Diagnósticos e práticas médicas no CAPS II de Araraquara

Pretendo desenvolver, neste tópico, uma análise sobre o papel que as práticas técnico-científicas têm na construção do atendimento na instituição e na avaliação da saúde dos usuários. Para isso, procuro introduzir o que Mol entende por performance, e como este conceito pode ser usado para entender o CAPS II de Araraquara.

Para Mol, desde a teoria ator-rede há certa tensão entre política e ontologia, apontando para o que chama de *ontologia política*:

Refere-se a ontologia – que na linguagem filosófica comum define o que pertence ao real, as condições de possibilidade com que vivemos. A combinação dos termos “ontologia” e “política” sugere-nos que as condições de possibilidade não são dadas à partida. Que a realidade não precede as práticas banais nas quais interagimos com ela, antes sendo modelada por essas práticas. O termo política, portanto, permite sublinhar este modo activo, este processo de modelação, bem como o seu carácter aberto e contestado. (MOL, 2007, p.4).

Desta forma, realidade, mais do que algo estável e imutável, torna-se “localizada histórica, cultural e materialmente” (MOL, 2007, p.4). Entretanto, a ideia de ontologia política não pretende ser perspectivista – em que coexistiram múltiplas formas de apreensão de uma realidade única – nem construtivista – em que uma pluralidade de realidades possíveis ficou no passado em detrimento de uma que conseguiu se assentar enquanto hegemônica. Mol pretende substituir a ideia de pluralidade presente tanto no perspectivismo como no construtivismo por uma ideia de multiplicidade, segundo a qual, mais do que diferentes aspectos de uma realidade observada a partir de uma perspectiva ou de construções históricas, estejam em foco as formas múltiplas das realidades possíveis que coexistem no presente, acionadas a partir das diferentes performances.

Por exemplo, ao estudar a anemia enquanto realidade técnico-científica, Mol observa que existem três modos diferentes de a *performar*¹⁵: uma clínica, visível a partir dos sintomas descritos por alguém; uma estatística, em que se analisa um nível individual de hemoglobina no sangue em relação aos níveis médios da população; e uma terceira, da forma

¹⁵ No original, *enact*

patofisiológica, em que se estabelecem os níveis mínimos para o transporte de oxigênio através do corpo. Tendendo a ser descritas como três formas do mesmo objeto, é possível que existam casos em que a anormalidade estatística não corresponde a uma condição clínica, assim como o contrário, o que não leva à extinção nem de uma nem de outra dessas performances. Deste modo, estas três na verdade constituem práticas que não necessariamente se sobrepõem. Nesse sentido, a adoção de uma ou de outra prática está intrinsecamente ligada à possibilidade ou não do aparecimento de certa versão de um objeto técnico-científico, e nesse ponto localiza-se seu aspecto político (MOL, 2007). Além disso, a performance não apenas traz à luz a versão do objeto que tem por intenção performar, mas também gera modulações e interferências em outros objetos, como a possibilidade de performance da hemoglobina em populações que permite uma leitura da diferença sexual enquanto diferença biológica.

Ainda assim, Mol aponta que não se trata, de fato, de pluralismo, mas de multiplicidade, o que indica que:

Agora recuamos um passo para perguntar: e haverá de facto opções? A resposta é: não necessariamente, porque se as realidades performadas são múltiplas, não é uma questão de pluralismo. Pelo contrário, o que a “multiplicidade” implica é que embora as realidades possam ocasionalmente colidir umas com as outras, noutras alturas as várias performances de um objecto podem colaborar e mesmo depender umas das outras. (MOL, 2007, p. 4).

As performances não necessariamente colidem umas com as outras, mas podem vir a se complementar ou interdependem, de forma que uma performance pode estar inclusa dentro de outra, ainda que não completamente.

Neste sentido, se existem escolhas, enquanto possibilidade de ação que não seja apenas um desdobramento objetivo de uma condição técnica e material concreta, mas campos possíveis de ação sobre o real, como pensar o caráter político – enquanto escolha de determinada performance em detrimento de outras – dessas práticas? Sem ser conclusiva, Mol aponta na direção de que as performances podem ser inter-relacionadas, com possíveis tensões entre si; entretanto, são múltiplas, não plurais, ou seja, não se reduzem a uma única performance possível, ao mesmo tempo em que não consistem em um repertório infinito de performances possíveis.

Abordar as práticas em saúde a partir da ideia de performance permite pensar justamente como essas práticas são acionadas em seus contextos possíveis, sem que, contudo,

sejam reduzidas a apenas discurso ou relação de poder. Dessa forma, o caráter político das performances está naquilo que estas têm de capacidade de construção ontológica, naquilo que produzem objetivamente enquanto realidade material e política, em detrimento de outras que podem ou não ser geradas futuramente. Neste sentido, pode-se dizer que os atores sociais performam constantemente para constituir objetos.

Entretanto, como essas práticas configuram-se no CAPS II de Araraquara? Quando alguém chega à instituição – seja pela demanda espontânea, seja devido a algum encaminhamento –, o primeiro processo a ser conduzido é a chamada triagem: acolhe-se o usuário, geralmente junto de um familiar ou responsável, ouvindo quais são suas queixas e os motivos de precisar de atendimento no serviço, além de se perguntar sobre sua história de vida e suas relações familiares. Após a triagem, o “caso” é levado até a reunião de equipe, em que se avisará aos outros membros sobre *inclusão* de um novo usuário no serviço ou, caso haja dúvida quanto à pertinência do CAPS II para aquele possível usuário em específico, a equipe discute se ele deverá ser encaminhado a algum outro serviço (CRASMA ou Posto de Saúde).

Após a admissão do usuário no serviço, este é colocado em determinado número de atividades oferecidas em um ou mais dias da semana conforme sua necessidade – o que será analisado posteriormente – e seu familiar é inserido em um dos grupos de familiares. Conforme o tratamento é desenvolvido, tanto o usuário quanto seu familiar mudam de grupo, sendo que o último pode passar para grupos quinzenais ou mensais.

Tudo o que é levantado enquanto informação clinicamente pertinente, em todos os grupos, é registrado nos prontuários, seja aquilo que os usuários fizeram e falaram, seja aquilo que os familiares relataram. Finalizadas as atividades, no momento da reunião são passadas as informações recebidas para a equipe e delineadas as ações a serem executadas a partir do que foi debatido. A consulta com as psiquiatras da instituição têm grande peso, uma vez que é partir delas que o tratamento medicamentoso é desenvolvido, sendo, caso necessário, posteriormente discutido pela equipe.

Os familiares, por sua vez, também buscam interpretar os sintomas dos usuários para avaliar a eficácia do tratamento. Procuram observar o usuário para emitir um juízo sobre seu estado de saúde, sua melhora ou piora, ou então sobre a eficácia dos medicamentos utilizados no tratamento. Neste sentido, remeto o depoimento de Ângela, mãe de um usuário do CAPS II:

Ângela: Porque o meu negócio mais ele é. E eu não sei o que fazer. **Porque o remédio pra mim não faz efeito.** E aqui não faz. Porque ele fica direto aqui. Dessa cadeira [na cozinha] para a porta. Ele fica direito aqui sentado. Se a porta tiver aberta ele fica no portão, chamando as pessoas para sair, que quer sair. Que quer uma cachacinha. À noite é a mesma coisa, [ele diz] “Vamo lá mamãe”, que o local que ele quer mais ir é a minha amiga cabeleireira, que sempre tratou ele bem. Ele focou nela. (Ângela, mãe de usuário, abril/2018)

Retomei este assunto numa entrevista:

Luiz: O que é... o que você espera que seja “o remédio fazer efeito?”

Ângela: Fazer efeito assim... porque olha: lá no Caibar tem muitos [pessoas com a mesmo problema de seu filho], mas ao mesmo tempo tem uns que eles fazem... Sabe, não é que fique debiloide – porque debiloide é aquele povo que fica, né? – mas eu vejo eles – da maneira que eu vejo – ele estão ali, eles conversam. Não é aquela conversa... mas conversa. Se disser: “Vamos?” [eles vão]. O meu já não é assim. Só vai quando ele quer. Se a pessoa falar ele já grita. Ele já grita, ele fica agitado, ele xinga. Está me entendendo? Sei lá, eu não sei. Aqui em casa mesmo. Ele levanta, eu digo: “Vai tomar banho?”, [ele responde]: “Não, tomei banho ontem”. Então escova a boca, o dente. Se eu mandar outra vez ele não vai. Muitas vezes ele vai no CAPS sem lavar o rosto. Ai se mandar outra vez ele já começa a gritar; o que ele tiver na mão ele joga. Às vezes ele está tomando café, ele sai, chega entre a minha cama e a dele ele derruba e joga. Café, suco, água. Joga aqui, deita em cima. Ai eu deixo. Às vezes amanhece o dia. Daí não consegue levantar e vai se arrastando, arrastando, se pendura na cadeira e levanta.

A partir da sua experiência com a internação do filho e a observação do comportamento de outros internos, Ângela diz que espera que o uso de remédios seja capaz de deixar o filho menos agitado, mais “comportado”, como observou no hospital.

O problema da medicação é, como visto, central nas conversas em grupo:

Fernanda (mãe de Caio): Eu sou a sombra dele. Ele querendo ou não querendo ele toma. Ele diz que a coceira que ele tem é do remédio, mas não é o remédio.

Os presentes começam a discutir sobre os efeitos do remédio, sobre as dores que o paciente relata.

Psicóloga: Mas tem um efeito que é colateral, tem outro que é dor.

Fernanda: Ele diz que é o remédio que dá coceira, mas é pernilongo.

Psicóloga: Vamos lá. Vocês tem que relatar para a gente. Tem alguns efeitos colaterais que são esperados (dá o exemplo dos antibióticos que causam enjojo nos primeiros dias).

Fernanda: Mas é pernilongo. Ele [para se coçar] pega aquelas escovas de cabelo, e coça, fica cheio de bolinha.

Psicóloga: Mesmo assim, eu vou evoluir. A gente precisa saber, para a doutora receitar outro remédio se necessário. Ela precisa saber o que está sendo feito.

Em outra das reuniões de familiares, a técnica aproveitou a fala dos familiares para ressaltar a importância da medicação:

Margarida conta que a filha tomava remédio, ficava bem e depois parava de tomar.

A psicóloga pergunta aos outros familiares que estão no grupo o que acham disso.

Jorge: é uma necessidade [tomar remédio].

Mariana: Precisa.

Psicóloga: (em referência à filha de Margarida): normalmente em nossa cultura a gente só toma remédio quando está doente. Tem que entender que o paciente também tem essa resistência [de tomar o remédio]. Mesmo sem o sintoma, tem que continuar tomando o medicamento. O medicamento psiquiátrico é usado principalmente quando não se tem o sintoma, para que ele não volte. Diferente da hipertensão, doença psiquiátrica altera a percepção da realidade.

Nesse contexto, a psicóloga busca trabalhar os entendimentos dos familiares sobre a importância da continuidade do uso da medicação mesmo sem a presença de sintomas, fazendo alusão a certa ideia que seria comumente compartilhada – que em sua fala aparece referido como “cultura” – e de como essa postura seria insuficiente para o tratamento de doença mental.

Nota-se que as performances – tomando como referência Mol – constituem parte importante das dinâmicas do atendimento da instituição. Por um lado, atualizam-se as práticas médicas e o projeto terapêutico do usuário mediante a incorporação das informações e saberes trazidos pelos familiares em contato com a instituição; por outro, os familiares constantemente avaliam a efetividade – enquanto capacidade das terapêuticas de

possibilitarem uma volta a rotina cotidiana para seus usuários – do CAPS II enquanto política pública. Busca-se criar um ponto de convergência entre as avaliações dos profissionais e as dos familiares sobre a eficácia tanto dos medicamentos como do tratamento oferecido.

A possibilidade de responder a demanda dos familiares em termos técnicos dá capacidade de persuasão à equipe e legitima suas práticas, o que possibilita que uma aproximação dos profissionais e responsáveis pelos usuários em torno de um projeto comum. Nesse sentido, técnicos e familiares buscam elaborar práticas e conhecimentos compartilhados sobre a doença mental, o que possibilita uma mediação entre os saberes científicos e não-científicos em contato.

No próximo capítulo busco apreender como as relações entre instituição e familiares para a construção de práticas e discursos compartilhados em saúde mental são apropriados de forma particular pelos sujeitos envolvidos nestas relações, analisando a pertinência das experiências prévias com saúde mental para o entendimento das terapêuticas do CAPS II assim como a especificidade do processo em que o projeto ético político da instituição é apropriado pelos familiares.

CAPÍTULO III: MICROPOLÍTICAS E PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO: COMO FAMILIARES INCORPORAM PRÁTICAS E DISCURSOS INSTITUCIONAIS

3.1 Categorias de uma relação mediada: os saberes em saúde mental atualizados no CAPS II.

Procuo abordar neste tópico como as experiências dos familiares nas redes de atenção à saúde – oficiais como postos de saúde e ambulatórios, e não oficiais como rezas, curas espirituais e afins – são chave para seu entendimento sobre o que é doença mental e como estas influenciam a sua participação no CAPS II.

Como me foi possível apreender durante minha primeira investigação sobre o CAPS II (PRADO, 2017), os que agora ocupavam a posição institucional de familiares, antes mesmo da passagem pela instituição já haviam tido contato com pessoas portadoras de transtornos mentais graves. Como pretendo mostrar, o contato dos familiares com experiências em saúde mental acontece antes mesmo da passagem pelo CAPS II, ponto que se mostra pertinente na forma que irão absorver as práticas e discursos médicos da instituição.

Para isso, começo, a princípio, expondo duas histórias: uma de Ângela, sobre um episódio no qual disse ter *depressão*, e outra de Fernanda, que conviveu com sua irmã na época em que esta tinha *síndrome do pânico*. Reproduzo as passagens a seguir:

Numa conversa, Ângela disse o seguinte sobre como ela chegou ao CAPS, e porque queria internação compulsória do filho – o que me contou durante uma entrevista:

Luiz: Só que a internação compulsória você fala por causa de quê?

Ângela: Tudo. Não ficava em casa. Eu falava pra doutora que eu achava que era depressão, e ela dizia: “Mas você sabe o que é depressão?” eu dizia: “Sei. Eu já passei. Eu não queria ficar em casa”. Foi depois que eu deixei o pai dele. Por causa dele [pai] perdi meu serviço, ai fiquei mais de 2 anos em depressão. Na casa da minha prima. E eu não ficava em casa, ficava sentada na praça.

Luiz: Uma das coisas que me chamou a atenção é que você disse que já teve depressão.

Ângela: Passei mais de dois anos.

Luiz: Você pode me falar como foi? Você foi no médico? Alguma coisa que você percebeu? Você tomou remédio, não tomou remédio?

Ângela: Quando eu deixei o pai deles, em 2002, dia 09 de Dezembro de 2002. Eu trabalhava em uma banca de peixe, e passado aquele tempo, eu deixei ele né? E eu fui pra São Vicente, na casa do meu primo. E a distância foi longa, pra mim ir pro trabalho. Aí eu não queria ir, estava com a boca machucada, o nariz machucado [Ângela havia se divorciado devido a uma agressão]. Tinha uma pessoa que trabalhava comigo, e eu mandei fazer as coisas né? Comprar mercadoria, vender, pagar as contas. E ele não fez isso. Ele pegou todo o dinheiro e gastou. Era um rapaz que trabalhava comigo. Ai eu voltando lá, na barraca de peixe, chegando lá não tinha mais nada, até a balança tinha levado, o isopor. Tudo que se imagina. Eu fui **entrando em depressão**, pra saber como era que eu ia pagar. E os troquinhos que eu tinha não davam pra pagar e me manter. E foi indo, e foi indo, eu tinha conta de água, de luz, né? Eu tive que pagar, pedir pra outras pessoas. E o dono da banca, que era um rapaz muito atencioso e muito legal, esperou. Ele tinha um escritório, eu ia no escritório dele pra falar, pedir um tempo pra ele. Aí passado um tempo, chegou a semana santa, aí eu tinha que fazer, comprar a mercadoria pra vender, tanto pra pagar o atrasado quanto pra ter um dinheirinho. Aí uma pessoa me deu o freezer. Era 120 ou 100. Ai eu mandei esse rapaz que trabalhava comigo pagar o freezer, só que ele não pagou. Ai o rapaz [dono do freezer] foi lá pegar: “E aí, já tem o dinheiro?” [eu respondi]: “Não, o dinheiro eu mandei em seguida”. Ai foi mais um problema pra mim, eu já estava até bem. Mandei fazer a conta, vendi mercadoria e eu tive que pagar. Ficou uma parte do freezer. Ai ficou um dinheirinho. Eu fui, deixei aquele dinheiro pra comprar mercadoria, pra depois ir... aí mandei uma pessoa comprar, porque comprando à vista era um preço, a prazo era outro – sempre a quinze dias, né? Aí o rapaz sumiu com o dinheiro. Fiquei sem dinheiro pra mercadoria, fiquei sem dinheiro. O meu filho caçula tinha se queimado, ele teve uma queimadura de zero grau, noventa grau – não entendo. Daqui [aponta para a cintura] pra baixo tava queimado, tava precisando de uma meia, e era cinquenta grama de pomada, preparada na hora, que tinha que passar no corpo, todo dia, todo dia. E na época isso custava 11 reais. Aí eu pensei “Meu Deus! E agora?” Ai me deu um desespero. Fiquei desesperada, desesperada. O pai não ajudava, o dono da oficina [onde o filho trabalhava] não ajudou em nada e eu fui ficando desesperada. Então eu tinha um dinheirinho, eu passei até a vida se equilibrar, meu filho começar a andar – que ele não andava – e foi indo, foi indo. Aí o dinheiro acabou. E fiquei doente, eu não queria ficar em casa, aí meu primo, do Guarujá, me ligou de São Vicente e mandou eu vir. Disse: “Você é minha prima legítima, de pai e mãe, venha pra minha casa”. Mas pra mim ali foi pior, porque eu ali eu não fazia as coisas, mas eu tinha que ajudar, e eu não queria comer, porque eu não estava

ajudando. Aí meu cabelo foi caindo. Aí eu tinha uma aliança, fui pra Santos [cidade vizinha], andar. Eu cheguei numa loja, aí olhei assim, cheguei na porta, aí a dona da loja falou assim: “Pois não? Precisa de alguma coisa?” daí eu disse: “Eu tenho essa aliança”, ela disse “Pera aí que vou chamar o meu marido”, aí eu disse: “Eu estou sem dinheiro até pra passar na condução, sabe?” Aí comecei a contar a ela. Ela disse: “Olha, faz isso: quanto você quer nele?” Eu disse: “Cem reais”, ela disse: “Eu lhe dou 70. Vamos lá em cima”. Ai começou a conversar, comecei a falar pra ela minha situação, ela me disse assim: “Vou lhe dar 70, você procure um médico, e traga a receita aqui que eu lhe dou o remédio”. Falei assim: “Mas que médico eu vou pegar?”, ela disse: “Você vai no clínico, fale como é que você está que ele vai te passando, de médico em médico”. Daí eu fui. Quando é de manhã, eu estava tão desesperada de manhã, minha prima tinha feito um cuscuz, aí me deu um pedaço, né? Eu comi aquele pedaço de cuscuz, mas aí eu não queria ficar dentro de casa, aí eu saí andando. Saí, andei, andei, andei, e fui assim andando né? Daí quando eu olhei tinha lá “pronto socorro”, eu disse [pra si mesma]: “E agora?”. Eu entrei, e a moça: “Pois não senhora?” Eu digo: “Quero ir no dentista”. Olha, eu tinha um dente que tinha caído e uma ponta [de dente], que machucava a minha boca. Ai quando eu entrei, o médico olhou assim pra mim e falou assim: “Senta ali”. Eu falei: “Aí doutor, não vou sentar não. Eu comi cuscuz e não lavei nem a boca”, [ele respondeu] “Não, isso é o de menos. Fica aí.” Ai eu escutei quando ele falou assim pra enfermeira: “Essa mulher está com problema e sério”. Acho que por causa do meu jeito, né? Ai ele foi, e disse: “Não, não. Pode abrir a boca, cuscuz não é problema”. [Ângela continua contando que teve o dente arrancado]. [...] Daí ele deu a receita, disse: “Isso aí é pra senhora comprar, pra cicatrizar e para a dor”. Eu disse: “E agora?”. Daí eu estava com o dinheiro da aliança. Daí eu fui e dei pra minha prima cinquenta, disse: “Olha aí, cinquenta reais.” Ela disse: “Você achou esse dinheiro aonde?”, eu disse: “Eu vendi minha aliança”. Ela disse: “Menina, porque você fez isso!? Porque você não falou pra mim?”, e eu né? Acostumada a ter meu dinheiro. Ela não aceitou o dinheiro e comprou o remédio. No dia seguinte eu fui lá na loja. Ela [a dona da loja] falou: “Não. Eu quero que você vá pra um clínico geral. Pede consulta para o doutor Sérgio”. Ele era do Guarujá mesmo. Ai ele conversou, conversou, conversou, ai marcou naquele dia mesmo ele já marcou pra uma dona Rosa, que era psicóloga, e eu já fui no dia seguinte. Mas indo assim eu tava achando que não... sabe? Eu não conseguia. E nesse clínico eu passei mais de dois anos. **Mas o problema era trabalhar, eu estava sem trabalhar.** Ai nesse intervalo, tinha uma varredeira de rua, falou assim: “Olha, Deus que lhe procura”, eu “É trabalho?”, ela disse: “eu tenho uma

senhora que precisa de alguém pra cuidar de dois cachorros, e dormir na casa dela enquanto ela viaja” Aí eu digo: “Ai meu Deus! Eu nunca fiz isso. E agora?” Aí chegando lá, ela falou assim: “Você quer trabalhar?”, eu disse: “ É o que eu estou mais precisando”, e na época ela disse: “Olha, é 250, mas eu vou te dar 200 e uma cesta básica”, eu falei: “Eu estou num momento que eu estou precisando de dinheiro”. [Ela respondeu] “Porque?”, daí eu disse: “Porque um dos meus filhos ligou perguntando se ele alugasse um quarto se eu não morava com eles. E eu não tenho dinheiro”. Ela me disse: “Então faz isso: Aqui no fundo tem um quartinho – da Nena – você vai pegar 50 reais e água e luz se passar. Se não passar você não vai pagar”. Pronto. Aí eu trabalhei 6 anos. Aí fiquei, fiquei, mas mesmo assim eu ia no médico. Aí eu já me senti bem, né? Aí fui me sentindo bem, foi indo, foi indo, aí nesse intervalo foi que o Máximo começou a dar problema mais – em 2005 -, problema, problema, problema, e foi indo, eu ia pra tentar cuidar dele [...].

O comportamento do filho de sair para a rua sem explicação é comparado ao seu próprio, em que o movimento de sair de casa sem uma dimensão clara é entendido como semelhante. Nesse contexto, fala em *depressão* à médica do Guarujá para tentar compreender o problema do filho. Nota-se que o conhecimento que tinha sobre *depressão* enquanto problema médico mostra-se ligado a sua trajetória nas redes sociais de cuidado: desde a lojista que a atende e lhe indica que vá a um clínico geral – mais de uma vez -, o dentista que a atendeu, o médico que lhe receita o medicamento e, finalmente, sua cura devido à compensação do que era a causa da moléstia: a falta de trabalho. Na fala desta mulher, *depressão* se refere a uma experiência concreta de desordem em relação as suas vivências cotidianas, capaz de explicar seu desajustamento em relação a suas predisposições habituais. Em sua fala, ao narrar ponto a ponto, procura mostrar a facticidade do que viveu enquanto patológico, algo que provoca mal-estar e desorganiza. Pode-se dizer que ela também performa – conforme Mol – seu quadro ao detalhar seu comportamento em seu relato: as reações do dentista que a atendeu confirmam que teria “algo sério”, seu comportamento de andarilho sem motivação, a atenção dada pela lojista a seu “caso”, assim como o clínico geral que “conversa, conversa, conversa, conversa” e a encaminha para uma psicóloga, o que leva ao consumo de medicamentos.

O outro episódio que faço referência diz respeito a Fernanda, mãe de Caio. Na primeira vez em que falei com ela, havia relatado que a irmã teria tido *síndrome do pânico*. Em uma segunda oportunidade, aproveitei para conversar sobre o que ela entendia por isso e como esse episódio ocorreu. Segue a transcrição da conversa que tive com ela:

Fernanda: Ela estava em um relacionamento de 23 anos. Ela foi pra UNAERPE, estudar publicidade e propaganda, conheceu ele - o único namorado que ela teve – aí ela namorou bastante e foi morar junto com ele, teve uma filha, minha sobrinha. Ela morava com ele e trabalhava em uma imobiliária. Ai ela começou a ter *síndrome do pânico*: ela entrava na minha casa, de repente pega o carro dela, saía correndo e ia pra Ribeirão dirigindo. Ai depois ela teve depressão. Ai ela ficou 1 ano e meio se tratando. Ai ela largou do marido, mudou de emprego, hoje ela está namorando uma outra pessoa. Eu percebo que no fundo ela é depressiva. Ela não quis tomar remédio, resistiu bastante, depois ela tomou. Mas depois ela parou de tomar tudo.

Luiz: Você acha que esse relacionamento estava vinculado?

Fernanda: Vinculado. Ela não estava mais contente, acho que ela descobriu que ele estava com mais pessoas, não tinha mais vida em comum. Ai ela ia atrás dele, pegava o carro e ia atrás dele. Mas acho que ela não gostava mais dele. Nem ele dela e nem ela dele. Seguravam não sei porque o casamento. Mas sempre foi **depressiva**. Foi **estudar fora, mas nunca trabalhou**, antes de se formar. É bem tímida também. È o que eu falo da primeira filha: o Caio também é o primeiro filho.

Luiz: Como chegou até você essa história?

Fernanda: A gente percebeu que ela não estava bem. Só chorava, só chorava. De repente dava crise de choro nela, de repente pegava o carro e saía. Aí ela foi no médico e descobriu que era síndrome do pânico.

Luiz: Quando você fala “a gente”, quem você quer dizer?

Fernanda: Meu pai, minha mãe, minhas irmãs e o marido dela. Foi isso.

Luiz: Você chegou a acompanhar ela de alguma forma?

Fernanda: Eu nunca vi ela em crise. Minha irmã já viu, meu pai já viu. Ela começava a chorar, falava que ia morrer. Mas a gente acha ela **depressiva**. Todos nós [Fernanda e suas duas irmãs] somos **nervosas**. Meu pai sempre foi nervoso, mexe com gado, com sítio.

Luiz: Você acha que tem relação?

Fernanda: Eu acho que tem. É bastante ansioso também. E minha também: sempre nervosa. Dava aula o dia inteiro, chegava louca em casa. Brava.

Luiz: Como é isso de nervoso?

Fernanda: Nervoso, muito nervoso meu pai. Bateu em mim bastante.

Luiz: O que é uma pessoa nervosa?

Fernanda: Nervosa? É chegar em casa.. minha mãe tem muita planta, você percebeu? Ele chegava em casa, batia a cabeça na planta, jogava longe. Ele escorregava no tapete, ele jogava longe. Em contrapartida, ele tem criação de sabiá, passarinho, ama animal. É uma pessoa que ajuda todo mundo do portão pra fora. Gasta dinheiro, dá as coisas. Do portão pra dentro ele sempre foi muito bravo. Minha mãe chegava da escola brava – mas era um amor na escola. Eu sou nervosa, minha outra irmã é, essa irmã [que teve síndrome do pânico] **nunca apanhou, é a que tem mais problema**. E eu apanhei um monte.

Luiz: O que é esse depressiva que você fala?

Fernanda: Agora ela está feliz, que ela está namorando. Está feliz com o moço. Mas a gente percebe ela, muito ciumenta, muito pegajosa. Ela é a que eu acho mais dependente da família, segurou um casamento tanto tempo pra mostrar pra ninguém que ela não estava bem no casamento, sabe? Muito preconceituosa. Meu pai namorou uma moça negra, e ela não aceitou. Não aceitava porque era pobre, negra. E é a que ele nunca relou a mão. Eu ele nunca deixou. E ele fala que ela é a mais **boba**, é a **boba dos outros**, não sabe nem trabalhar direito, eu, a minha irmã tudo esperta, sabe trabalhar, independente. É a primeira filha, como sempre falei. Os exemplos de primeiro filho que eu tenho é tudo fraco. [...] Não tem opinião, não tem personalidade. Muito dependente. Depois que ela largou do trabalho e saiu do marido, ela deu... uma... como fala? Foi ser feliz. Agora a gente percebe que ela está feliz assim. Ele [o atual namorado da irmã] levou ela num forró. Ela nunca foi em um forró, Nunca sentou em um boteco. [...] Agora que a gente percebe que ela está vivendo.

Luiz: E o que você via que achava que era esse “depressiva”?

Fernanda: Muito depressiva. Ficava arrumando porta-retrato, é arrumando as coisas... Em cima da filha, muito em cima da filha. Se a filha tossisse ela falava: “Quem tossiu? Foi você filha? Tosse filha” já colocava a blusa e não deixava ela brincar. Superprotegeu a filha. Minha mãe também superprotegeu. [...] Não sei se é isso também.

Fernanda: Mas é isso. Ela teve síndrome do pânico, depois teve depressão. Mas ela não aceitou o tratamento, **não tomou mais remédio, parou por conta**. Foi no psicólogo particular, depois não foi mais. Ai ela ia no Centro Espírita, tomava passe, água floridificada, tudo. Ai ela conheceu esse moço, e não foi em mais nenhum lugar.

Luiz: Você acha que isso [o novo relacionamento] tem ligação?

Fernanda: Eu acho que tem sim. Agora eu acho que ela está feliz. Ela acha que não precisa mais das outras coisas, eu acho que ela precisa. Tipo assim: se o moço largar dela hoje ela pira.

Fernanda, assim como Ângela, tem proximidade com um caso de problemas psiquiátricos. Sua irmã foi diagnosticada com *síndrome do pânico*, perceptível a partir de suas crises de choro e de seu comportamento inexplicável. Segundo Fernanda, sua irmã teria um jeito de pessoa *nervosa* assim como *depressiva*, o que ela entende que possa explicar o surgimento de seu problema psiquiátrico, assim como via que seu pai também era *nervoso*.

Essas falas apontam para uma dimensão importante da participação dos *familiares* no CAPS II de Araraquara: estes sujeitos têm experiências com as redes de cuidados e os mecanismos de saúde oficial antes de participarem da instituição, o que lhes permite formular juízos sobre o que é o CAPS e como deve ser seu tratamento. Neste sentido, nesse dois relatos apresentados, observa-se que o contato com as práticas médicas e discursos médicos sobre o mal-estar psíquico já se mostram presentes antes mesmo de frequentarem a instituição.

Nota-se o uso que se faz da noção de pessoa *depressiva*. Para a medicina oficial, *depressão* é um transtorno mental com sintomas característicos, delimitados; para os meus interlocutores, a ideia de *ser depressivo* revela-se um modo de ser, em que se atesta sua materialidade, seja pelos diagnósticos médicos e o consumo de medicamentos – como no caso de Ângela –, seja enquanto uma propriedade da pessoa, em que se nota um comportamento atípico, como um cuidado excessivo com a filha ou com a casa – o relato de Fernanda. *Depressão* e *depressivo*, nestes discursos, deixam de ser apenas performances médicas da desordem mental e passam a ser categorias que classificam a experiência do sofrimento e da alteridade subjetiva.

A discussão de Duarte (1986) sobre o *nervoso* a que seus interlocutores se referiam possa ser abordada para se entender a dinâmica da participação dos *familiares*. Duarte analisa como a categoria *nervoso* é utilizada por seus informantes para se referir ao que chama de *mal-estar físico-moral*. Nesse sentido, estar mal dos nervos – como as pessoas lhe diziam constantemente – envolve uma conotação onde os fenômenos do mal-estar organizam-se principalmente sobre dois eixos: o *corpo* e a *cabeça*, sendo os *nervos* um caminho de ligação entre esses polos. O que Duarte destaca é que a noção de pessoa – conforme Mauss (2003) – está distante da ideia do “eu” psicologizado muito característico do individualismo moderno. Nesse sentido, a linguagem pela qual se representa o mal-estar subjetivo não necessariamente se reveste da mesma linguagem que a das ciências “psi”, nem de seus critérios para que se diferencie o normal do anormal.

Assim, o que quero dizer é que os processos de mediação intercultural no CAPS II de Araraquara se fazem junto a esses sujeitos que são, por um lado, heterogêneos enquanto identidades sociais, práticas culturais e trajetórias de vida, e por outro, têm trajetórias e experiências com as práticas e os saberes em saúde, que são diversificados. Dessa forma, a posição que estes sujeitos ocupam nas relações com a instituição – a partir da categoria de *familiares* – assume certo caráter presumidamente homogêneo, ainda que os mesmos não sejam. O que se observa, então, é que para além do esforço dos técnicos de enculcação das categorias de doença e das normativas éticas de cuidado, o processo de mediação opera com sujeitos que têm práticas, discursos e experiências diversas sobre saúde mental, algo que influencia especificamente nas condições e possibilidade de que ele ocorra. Desse modo, trago estes relatos justamente para mostrar como, no contexto de uma política pública de saúde mental que visa inculcar determinados modos de entender e agir sobre os transtornos psíquicos, aquilo que estes sujeitos vivenciam de concreto no sobre a desordem subjetiva é algo que vem a complexificar as relações entre instituição e familiares.

3.2 Práticas e discursos em saúde mental: disputas sobre os modos de subjetivação

Pretendo, neste tópico, analisar como as práticas e discursos sobre saúde mental produzidas nas relações entre familiares e profissionais do CAPS II se desenvolvem em torno de disputas e tensões sobre as formas como estas práticas e discursos serão apropriados nos processos de subjetivação.

Foucault (1984), ao abordar a temática da sexualidade na Grécia Antiga para analisar os processos de subjetivação, chama atenção para alguns aspectos desse processo e, dentre estes, sobre o modo de sujeição de um indivíduo às práticas de si. Segundo Foucault, o modo de sujeição seria “a maneira pela qual o indivíduo estabelece sua relação com essa regra [as regras morais] e se reconhece como ligado à obrigação de pô-la em prática” (FOUCAULT, 1984, p.27). No contexto do CAPS II, os discursos e as ações dos técnicos visam inculcar nos familiares os valores da instituição, procurando influenciar suas práticas cotidianas de cuidado, a relação entre usuário e familiar, além da relação entre familiar e instituição. Nesse sentido, as interações entre equipe técnica e familiares fomentam determinados tipos de subjetividade que estejam de acordo com as normativas éticas que regem as práticas dos profissionais. Como apontei anteriormente (cf. Capítulo 2.2), um dos principais objetivos dos profissionais envolvia fomentar uma postura moralmente neutra, porém eticamente

comprometida com a doença mental e as práticas de cuidado fomentadas na instituição. Nesse sentido, espera-se que a convivência cotidiana com a instituição leve a determinado modo de se pensar e entender a doença mental.

Numa das reuniões, um dos técnicos advertiu os familiares presentes sobre suas responsabilidades:

Psicólogo: Tem pessoas que tem 2 quadros mentais: gente que se isola e gente que fica agressivo. Tem dois tratamentos: brincar de tratar ou levar a sério o tratamento. A gente precisa da família. O tratamento só foi para a frente quando a gente pegou no pé da senhora [referindo-se a uma das presentes que começou a se envolver mais com as terapêuticas da instituição após maior pressão dos técnicos].

Psicólogo: A gente tem as mesmas responsabilidades que vocês. Somos chão de fábrica. O paciente fica 1h30 aqui, e fica 24h com vocês.

Em alguns casos, essa postura é prontamente incorporada,:

Luiz: Ele [Caio] fala do remédio?

Fernanda: Uhum. Que ele está se drogando. Mas eu falo: “É uma droga pra te ajudar” (risos). Eu não perco ponto pra ele... Eu não perco ponto pra ele não. Se passar muito a mão na cabeça não da não.

Luiz: Você segue bastante as recomendações do CAPS?

Fernanda: Você não vê que no grupo eu achava ruim que as mães falavam “Ai, ele não quis tomar o remédio”. Eu falava: “Mas você é mãe”. Você não vê que eu discutia com elas? “Eles não tem que querer, você tem que dar”. Ai ela falava: “Ai mas ela [se referindo a caso da mãe de uma usuária que dizia em grupo que a filha não queria tomar os remédios] não toma, o velho não quer dar” daí a psicóloga falava: “Mas ela não toma porque vocês que não dão. A senhora não fica vendo se ele toma?” Eu achava que tem que tomar. Eu não sei se eles avançam pra bater nelas, eu não sei. Ele já não. Porque tem que fazer o trabalho. O CAPS faz um puta daquele trabalho, chega em casa a mãe não dá o remédio pro filho? Daí o filho vai sair pro bar, pra sair pra beber? Como assim? Você está em tratamento, você não pode sair pra beber. Eu acho assim. O trabalho que o CAPS fez vai tudo pra água abaixo. Do que adianta? Você não vê o caso da moça lá que falou: “Eu preciso ir senão eu vou perder a vaga?”. Eu não. Eu não preciso ir com ele. Eu fico lá no sofá uma hora, mas pra mim é uma distração também. Não é uma tortura pra eu ir lá. Nunca foi. Eu só me assustei no começo, como a

gente se assusta com qualquer coisa. É uma experiência. Acho que tudo que a gente passa é uma experiência

Em outros, ela é questionada, como ocorreu durante o episódio em que se discutia se os usuários poderiam ser sem-vergonha ou doente (cf. Capítulo 2.1). Nota-se que os repertórios éticos dos familiares sobre saúde mental são diversos, o que produz a tensão existente no jogo de construção de práticas compartilhadas sobre doença mental.

Percebe-se que a instituição espera que os familiares dos usuários cooperem com informações sobre os usuários e suas histórias de vida. Se, como apontou Sartori (2011) sobre o CAPS III em Campinas, neste tipo de serviço psicossocial constantemente se produz um saber sobre o usuário, que circula entre os técnicos, no CAPS II de Araraquara os familiares são chamados a participar deste processo mediante os contatos com a instituição, enquanto atores necessários para a construção e atualização dos saberes dos profissionais sobre aqueles que se utilizam de seus serviços. Desta forma, espera-se que tudo aquilo que envolva a saúde do usuário seja repassado à instituição para que possam reavaliar suas ações ou mantê-las, refinando o saber produzido sobre ele. Neste sentido, a incorporação dos familiares ao projeto terapêutico permite que a instituição mantenha determinado controle de como o usuário vive e age fora dela, em especial sobre o que este faz em relação ao projeto terapêutico desenvolvido no CAPS quando não está sob sua tutela.

Nesse sentido, as interações entre *familiares* e técnicos do CAPS II resultam em, por um lado, esforço de criação de uma linguagem comum sobre a doença mental, em que as categorias nativas sobre desordem subjetiva – como depressivo/a, nervoso/a, mal da cabeça – ganham novos significados, e a idéia de *doença mental* enquanto fenômeno médico – e conseqüentemente, de competência médica – começa a ser incorporada; por outro lado, observa-se certa tensão presente entre as apropriações possíveis dos familiares e os objetivos da instituição, que espera que seus cuidados para com os usuários sigam as normativas da instituição. Nota-se que há uma disputa pela forma que os saberes e as práticas médicas veiculadas no CAPS II serão apropriadas, em que tão importante quanto a criação de discursos e práticas comuns, espera-se que os familiares também compartilhem – mesmo que não totalmente – das normativas éticas que perpassam as relações entre usuários e técnicos.

Como apontam Cohn (1989) e Fleury (2009) o Sistema Único de Saúde (SUS) é consolidado mediante um processo político em luta pela garantia do direito à saúde enquanto direito dos cidadãos e dever do Estado, em que a tensão entre os interesses privados – como

dos empresários do ramo da saúde - e públicos se faz presente. Deste modo, espera-se que por meio da participação cidadã ativa neste tipo de políticas - não apenas enquanto usuários, mas como agentes sociais com capacidade de decisão e ação – se possa democratizar o direito a saúde, impedindo que seja tomado por interesses contrários a saúde pública ou se reduza a uma institucionalização excessiva e de pouco efeito. Para isso, é necessário que esse processo afete não apenas as instâncias formais, mas seja capaz de fomentar subjetividades alinhadas com práticas políticas que visam justamente à construção deste espaço público.

Os Centros de Atenção Psicossocial, na medida em que são partes do sistema público de saúde brasileiro, trazem em sua realização uma dimensão presente da efetivação do SUS enquanto projeto: a tensão entre os agentes do Estado responsáveis pela execução da política e os sujeitos alvos desse tipo de política. Neste sentido, a relação entre estes dois conjuntos de agentes sociais se dá mediante a tentativa de construção de lógicas práticas compartilhadas, por meio de um jogo dialógico entre o esforço institucional de inculcação das categorias reconhecidas pelo Estado para a classificação da doença mental e a apropriação destas mesmas por partes destes sujeitos – que neste caso, são os familiares dos usuários. Observo que este processo, no limite de suas possibilidades, aponta para aquilo que Fleury e Cohn ressaltam sobre o SUS: a capacidade de constituir, mediante esse encontro entre população e Estado, novas subjetividades, neste caso alinhadas com práticas políticas que se referem ao projeto da reforma psiquiátrica – o que não exclui a existência de tensões e desencontros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações dos técnicos do CAPS II de Araraquara têm por intuito incluir os familiares nas práticas institucionais, de modo que eles façam parte do projeto terapêutico e político promovido pela instituição. Para isso, procuram mediar os significados e as representações que os familiares dos usuários trazem sobre o que é doença mental e como deve ser esse cuidado, procurando diferenciar a *doença mental*, enquanto categoria veiculada pela instituição, da categoria de *sem-vergonhice*, utilizada pelos familiares para se referir a uma característica moral daqueles que não podem cumprir suas obrigações cotidianas, ou de outras formas de valoração moral da conduta cotidiana dos usuários da instituição.

Entretanto, enquanto *familiares*, aqueles que têm relações de parentesco com os usuários da instituição formam um grupo um tanto heterogêneo, seja quanto a práticas mobilizadas para cuidar do usuário, como às teorias próprias que elaboram para tentar entender o que seus parentes têm. Apesar disso, frequentemente se observa que as famílias são originárias dos estratos economicamente carentes da cidade, o que, mesmo assim, não resulta em concepções iguais ou similares sobre o que é a doença mental ou qual a sua causa e melhor tratamento.

Compreender o que os levou até aquele espaço revela-se como uma dimensão sempre presentes das falas e preocupações dos familiares, de modo a enunciarem sentimentos de culpa em relação a algo que poderia ser feito para impedir que tal situação acontecesse; ou então, apresenta-se uma análise da história de vida daquele que é considerado doente, vinculando aquilo que entendem por um comportamento desequilibrado como resultado de um episódio traumático vivido em especial no contexto familiar, mas que também pode decorrer de alguma vivência no mundo do trabalho. Em muitos desses casos, a passagem pelo CAPS aparece nos discursos destes familiares como uma tentativa de “consertar” ou “remediar” uma situação passada, em que, caso houvesse apoio ou mudança de alguma conduta, não estariam, familiar e usuário, onde estão hoje. Os técnicos da instituição, em diversos momentos, dizem que não há “culpados” a serem responsabilizados por esta ou aquela situação em específico. Ainda assim, apontam que participar ativamente do tratamento, aplicando a medicação, fornecendo os chamados estímulos, participando das consultas e das demais atividades propostas deve ser assumido como um compromisso ético – enquanto comprometimento pessoal – para que a reabilitação do usuário seja possível.

Nervoso, cabeça ruim e mal da cabeça eram categorias que os familiares usavam de forma constante para se referirem à desordem subjetiva. Como aponta Marina Cardoso, estes conceitos não podem ser reduzidos a neuroses ou psicoses – utilizados geralmente pelos técnicos da instituição para classificar os transtornos psíquicos dos usuários –, pois remetem a contextos socioculturais específicos, ligados a determinadas concepções de mente e saúde. Entretanto, dada a necessidade dos familiares de acesso aos recursos médicos – terapias, medicamentos, aconselhamento psicológico –, econômicos – benefícios da seguridade social, aposentadorias ou afastamentos –, sociais – passe de ônibus para quem é portador de transtorno psíquico –, e políticos – possibilidade de reelaboração das forças existentes no contexto familiar e na vizinhança – procuravam construir consensos entre os saberes que detinham e a experiência pessoal com os transtornos psíquicos na medida em que incorporam os saberes e práticas fomentados pela instituição. Ainda assim, também se mostra necessário considerar que é parte importante desse processo a possibilidade de reelaboração da vivência do processo de adoecimento familiar em uma instituição de saúde, onde se pode entrar em contato com histórias de vida próximas à sua, discutir sobre suas emoções e como o adoecimento mudou suas condições de existência.

Observa-se que a presença dos familiares permite a formação de uma nova percepção sobre os transtornos mentais, em que doença mental – enquanto problema de saúde de competência médica – se torna a categoria pela qual interpretam o comportamento dos usuários do CAPS II. Nesse sentido, nota-se a apropriação das práticas e discursos da instituição para a organização das rotinas cotidianas da família assim como para a formulação de juízos sobre o estado de saúde dos usuários, em que se passa de um olhar moral – como expressada pela categoria “sem-vergonha”, presente nas falas dos responsáveis – para uma visão médica, em que se tem um comprometimento pessoal para com o tratamento – mudança subjetiva expressa em falas que atentam para uma mudança de pensamento após a passagem pela instituição, como “eu aprendi”, “agora entendo” – e crítica frente a outros membros que não compartilham da mesma normativa – como aqueles que “não entendem” ou “não querem aprender”.

Aponta-se que os atendidos pelo CAPS II de Araraquara, usuários e seus familiares, constituem uma população não homogênea, o que resulta em apropriações diversas do repertório ético-político da instituição. Deste modo, enquanto processo de mediação intercultural, as práticas, discursos e representações veiculadas na instituição são constituídas na forma de consensos circunstanciais sobre o que é doença mental, e os modos de

funcionamento da subjetividade, apropriados conforme as particularidades de cada grupo social que é atendido pela instituição. Entretanto, como os chamados *familiares* constituem um grupo heterogêneo, a apropriação do que é construído na instituição se dá de modo diferenciado, conforme a particularidade de cada uma dessas famílias. Nesse sentido, replicar o que é transmitido no CAPS II envolve desejos, condições sociais, familiares e econômicas. Este ponto torna-se mais claro quando se nota que existem famílias que prontamente incorporam o que é exigido pela instituição – presença nas atividades, aplicação estrita da medicação, oferta dos chamados *estímulos* – e outras que não, muitas vezes as chamadas “família que não cuidam”. Assim, a coexistência de *cuidados* diferentes entre os diversos familiares faz com que alguns apontem a necessidade de seguir as regras da instituição ou sugiram uma mudança de conduta em relação ao usuário.

Portanto, retomando o objetivo inicial da pesquisa, pode-se dizer a passagem pelo CAPS II resulta na alteração das práticas e discursos sobre saúde mental dos familiares, em que a inculcação de práticas e discursos médicos sobre saúde mental dá-se mediante um processo de incorporação da idéia de doença mental – enquanto fenômeno médico – aos repertórios das populações atendidas. Desta forma, se passa uma concepção físico-moral da desordem subjetiva, em que as categorias de “sem-vergonha” e “cabeça fraca” constituem propriedades da pessoa – no sentido antropológico do termo – para uma concepção que associa o comportamento de um indivíduo a ideia de transtorno mental enquanto condição patológica. Entretanto, dado que a clientela da instituição não se constitui como uma população homogênea, observa-se que tão importante quanto a presença nas atividades do CAPS II para a mudança da perspectiva subjetiva são os diversos contextos socioculturais em que estes sujeitos estão inseridos, que, junto a seus desejos de cuidado e possibilidades objetivas, irão condicionar as formas que essas práticas e discursos serão apropriados em suas vidas cotidianas.

BIBLIOGRAFIA CITADA

AMARANTE, Paulo (Coord.). Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BIEHL, João. Antropologia do Devir: Psicofármacos – Abandono Social – Desejo. Revista de Antropologia, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 413-449, jan. 2008. ISSN 1678-9857. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27285/29057>>. Acesso em: 29 julho de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf >. Acesso em: 07 de março de 2019.

CARDOSO, Marina Denise. Médicos e Clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade. São Carlos: Editora UFSCar, 1999.

COHN, Amélia. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova, São Paulo, n. 19, p. 123-140, Nov. 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 07 de Março de 2019.

DAMATTA, Roberto. O ofício do Etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. Boletim do Museu Nacional, Nova Série, Antropologia n. 27, 1978.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986

FLEURY, Sonia. “Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído”, Ciência & Saúde Coletiva, 14(3), 2009, pp.743-752.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal 2000.

LOYOLA, Maria Andréa. Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.

MATEUS, Mário Dinis (Org.). Políticas de Saúde Mental. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.

MAUSS, Marcel. Sociologia e Antropologia. São Paulo : Cosac & Naify, 2003.

MOL, Annemarie. Cutting surgeons, walking patients: some complexities involved in comparing. IN: John Law & Annemarie Mol, eds Complexities. Social studies of knowledge practices. Durham, Duke University Press, 2002. P.218-257. Disponível em: <https://ris.utwente.nl/ws/portalfiles/portal/5603767/COMam4.pdf>. Acessado em: 07 de Março de 2019.

_____. Política ontológica. Algumas ideias e várias perguntas. IN: Nunes, João Arriscado e Roque, Ricardo (org.). Objectos impuros. Experiências em estudos sociais da ciência. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

MONTERO, Paula. Da Doença à Desordem. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. Introdução – Missionários, Índios e Mediação Cultural; Capítulo 1 – Índios e Missionários no Brasil: para uma teoria da mediação cultural. Deus na aldeia: missionários, índios e mediação cultural. São Paulo: Globo, 2006, p.9-66.

PIRES, Helaysa Kurtz Gressler. Os caminhos de um estudo de caso sobre a depressão na umbanda. Revista Cadernos de Campo. Araraquara, nº 18, 2014, p.11-25. Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/7376/5207> >. Acesso em: 18 de jul. 2016.

SARTORI, Lecy. O Manejo da Cidadania e a Democracia do Cuidado. Campos – Revista de Antropologia Social, v. 12, n. 1, p.85-101, 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/campos/article/viewFile/24076/18782>. Acessado em 21 de Junho 2017.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ALBUQUERQUE, José Augusto Guilhon. *Metáforas da Desordem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, Setembro de. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=en&nrm=iso>. acessado em 21 Junho 2017.

AYRES, J. R. “Cuidado e reconstrução das práticas de saúde”, In: Minayo, M. C. e Coimbra Jr., C. (orgs.), *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2005.

AZIZE, Rogério. *A química da qualidade de vida: um olhar antropológico sobre o uso de medicamentos e saúde em classes médias urbanas brasileiras*. 118f. Dissertação – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.

BOURDIEU, Pierre. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BOURDIEU, Pierre. Esboço de uma teoria da prática. In: Bourdieu.

BOURDIEU, Pierre. *Razões Práticas*. Campinas: Papirus, 1996.

BOURDIEU, Pierre. O habitus e os espaços dos estilos de vida. In: *A Distinção: crítica social do julgamento*. Porto Alegre: Zouk, 2011.

CASTRO, Ana Lúcia de; LANDA, Maria Inés (Org.). *Corpos, poderes e processos de subjetivação: discursos e práticas na cultura contemporânea*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2017.

CANGUILLEM. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

CIACCO, Felipe Cardozo - *Neurociência e Normalização: a máquina damasiana – UNESP – Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara*, 2012. (Monografia)

D’INCAO, Maria Angela (Org.). *Doença Mental e Sociedade: uma discussão interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

DONZELOT, Jacques. *A Polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

FOUCAULT, Michel. *Resumos dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

FOUCAULT, Michel. Ditos e Escritos VI: Repensar a Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder. IN: FOUCAULT, Michel. Ditos e Escritos IX: genealogia da ética, da subjetividade e sexualidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

LÉPINE, Claude. Doença Mental entre os Iorubás da Nigéria. In.: D'INCAO, Maria Angela (Org.). Doença Mental e Sociedade: uma discussão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

LOLLI, Pedro Augusto. Sopros de vida e destruição: composição e decomposição de pessoas. Revista de Antropologia (USP. Impresso), v. 2, p. 365-396, 2013.

GOLDMAN, Márcio. Uma categoria do pensamento antropológico: a noção de pessoa; Objetivação e Subjetivação no Último Foucault. IN: Alguma Antropologia. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Núcleo de Antropologia Política, 1999

MARTINEZ, Mariana Medina. Redes do Cuidado: Etnografia de Aparatos de Gestão Intersetorial para usuários de drogas. 2016. Tese (Doutorado em Antropologia Social). 294 f. – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

MARTINEZ, Mariana Medina. Andando e parando pelos trechos: uma etnografia das trajetórias de rua em São Carlos. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia Social). 294 f. – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. IN: CAMPOS, G. W. D. S. et al. Tratado de saúde coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. NAKAMURA, Eunice; SANTOS, José Quirino dos. Depressão infantil: abordagem antropológica. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 53-60, Feb. 2007. disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100008&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 29 Abril de. 2017.

SAHLINS, Marshal. Ilhas de História. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

SANTOS, José Quirino dos. O componente social da doença mental. IN: MATEUS, Mário Dinis (Org.). Políticas de Saúde Mental. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. P.204-18

SARTORI, Leczy. O Manejo da Cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). 177 f. – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

SARTORI, Leczy. A política de financiamento de uma tecnologia de cuidado: etnografia do processo de reforma psiquiátrica do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. 2015. Tese (Doutorado em Antropologia Social). 291 f. – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

APÊNDICE

APENDICE A - Roteiro de Perguntas para Entrevista Semi-Estruturada.
Pesquisa: Representações Sociais de Doença e Saúde Mental nos Centros de Atenção
Psicossocial

Roteiro aplicado aos familiares

I- Qual é a sua relação com o paciente?

II-Como e por que você chegou ao CAPS e está acompanhando seu familiar no tratamento?

III-O que está acontecendo com seu familiar que fez com que você ou outros responsáveis o tenham trazido ao CAPS?

IV-Você acha que o tratamento dele(a) aqui mudou a forma como você via a doença dele(a)? Você acha que esta mudança da sua visão tem a ver só com o problema dele, ou pode ter a ver também com sua visão da doença de outras pessoas?

V-Antes de procurarem o CAPS vocês buscaram alguma outra ajuda ou tratamento? Médico, religioso ou ambos? Hoje, além do tratamento no CAPS, vocês procuram outra forma de ajuda?

VI-Além de você, que acompanha seu familiar no CAPS, tem outra pessoa que cuida dele no dia a dia?

VII – Você é a pessoa responsável pela medicação do usuário? Como é o processo? Tem alguma dificuldade no momento de seguir as recomendações?

VIII – Você tem algum contato com os outros familiares além do CAPS?

IX – Você nota casos parecidos com o de seu familiar em seu bairro ou lugares em que costuma frequentar?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Representações Sociais de Doença Mental nos Centros de Atenção Psicossocial em Araraquara”, que visa o estudo de como os familiares dos pacientes do CAPS vêem a doença e o tratamento deste paciente.
A colaboração com a pesquisa não gera qualquer despesa por parte dos sujeitos participantes, ficando a cargo do pesquisador arcar com os custos de sua execução (como sua locomoção e sua alocação, etc.) caso necessário.
2. Descrição da justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa.
 - a. Você foi selecionado porque você participa, como familiar do paciente, da rede de atendimento à saúde mental. Sua colaboração com a pesquisa não é obrigatória, mas é desejada.
 - b. O objetivo desta pesquisa é estudar o tratamento implementado pelo CAPS, ligado à participação dos familiares.
 - c. Sua participação nesta pesquisa consistirá em algumas entrevistas sobre a sua experiência pessoal nas redes de atendimento à saúde mental e como você percebe o adoecimento mental de um familiar próximo.
3. Descrição dos desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados.
 - a. Sua participação nas entrevistas envolve o risco mínimo de suscitar emoções e desconforto emocional
 - b. A pesquisa etnográfica não interfere no tratamento e/ou no bem estar das pessoas que tenham aceitado participar. Por isso a sua colaboração é garantida de várias formas: seu anonimato, a possibilidade de desistir a qualquer momento da sua participação e o cuidado com o seu bem estar pessoal. Os benefícios derivam do fato da sua participação contribuir para formular políticas de atendimento à saúde mental mais sensíveis à realidade que você vive.
4. O acompanhamento da pesquisa se dará de forma continuada através de um diálogo constante entre os participantes e o pesquisador.
5. O pesquisador estará constantemente disponível para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa e os procedimentos.
6. Você é livre para recusar-se a participar ou para retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.
 - a. “A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.”
 - b. “Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador ou com a instituição.”

7. O pesquisador e as instituições envolvidas garantem o sigilo e asseguram a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.
 - a. Fica assegurado o sigilo sobre sua participação”.
 - b. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Durante a redação do texto produzido a partir da pesquisa, iremos omitir nomes e demais informações que possibilitem a identificação dos sujeitos da pesquisa por outras pessoas que não o pesquisador ou o pesquisado.
 - c. Se uma pessoa pedir explicitamente, os dados coletados que tem a ver com ela não serão utilizáveis para os fins da pesquisa. De outra forma, tais dados irão continuar a fazer parte do material da pesquisa e como tais utilizados, segundo as formas de tutela previstas (anonimado, tutela dos dados sensíveis e da privacidade).
8. É garantido aos sujeitos da pesquisa indenização no caso de danos comprovadamente causados devido à realização desta pesquisa, nos casos acima previstos.
9. Você receberá uma via deste termo da qual constam o telefone e o endereço dos pesquisadores, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
10. Como as entrevistas ocorrerão no recinto dos Caps ou em domicílio do participante, eventualmente, não estão previstos custos regulares de desconto, alocação e alimentação, pelo que não é preciso indicar formas de ressarcimento cuja necessidade não deve ocorrer. Caso aconteça excepcionalmente, caberá reembolso.

Luiz Ricardo de Souza Prado¹⁶ - Pesquisador Principal
Rod. Araraquara-Jaú Km 1, Bairro: Machados
14800-901 - Araraquara, SP
e-mail: Ricardo_maker@hotmail.com

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Letras do Campus de Araraquara- UNESP, localizada à Rodovia Araraquara-Jaú, Km 1 – Caixa Postal 174 – CEP: 14800-901 – Araraquara – SP – Fone: (16) 3334-6263 – endereço eletrônico: comitedeetica@fclar.unesp.br

¹⁶ O pesquisador deverá rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do Termo.

Local e data

Assinatura do sujeito da pesquisa ¹⁷

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de participação na pesquisa e concordo em relação a participação

de: _____

_____, pelo qual sou responsável legal, tendo conhecimento que a pesquisa não prevê a participação de sujeitos que não estejam em condições para a aquiescência a um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciências e Letras do Campus de Araraquara- UNESP, localizada à Rodovia Araraquara-Jaú, Km 1 – Caixa Postal 174 – CEP: 14800-901 – Araraquara – SP – Fone: (16) 3334-6263 – endereço eletrônico: comitedeetica@fclar.unesp.br

Local e data

Assinatura do responsável legal do sujeito da pesquisa ¹⁸

¹⁷ O sujeito da pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do Termo.

¹⁸ O sujeito da pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do Termo.