

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Gicelle Galvan Machineski

**O TIPO VIVIDO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTIL**

Porto Alegre

2011

GICELLE GALVAN MACHINESKI

**O TIPO VIVIDO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL INFANTIL**

Tese apresentada à banca avaliadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para a obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e práticas em saúde e enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider.

Porto Alegre

2011

CIP - Catalogação na Publicação

Machineski, Gicelle Galvan
O tipo vivido de familiares de usuários de um
Centro de Atenção Psicossocial Infantil / Gicelle
Galvan Machineski. -- 2011.
139 f.

Orientador: Jacó Fernando Schneider.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Família. 2. Saúde mental. 3. Enfermagem. I.
Schneider, Jacó Fernando, orient. II. Título.

GICELLE GALVAN MACHINESKI

O tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 01 de agosto de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider:

Presidente – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Carmen Célia Barradas Correia Bastos:

Membro – UNIOESTE/PR

Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta:

Membro – UFCSPA

Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho:

Membro – PPGENF/UFRGS

Profa. Dra. Idiane Rosset:

Membro – EENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me guiar e abençoar em todos os caminhos da minha vida.

Aos meus pais, Jacir e Shirley, por se mostrarem exemplos de pais, de dedicação e de amor, incentivando-me a buscar os meus objetivos.

Ao meu esposo Odirlei, pela dedicação, o carinho, o amor, a paciência, o incentivo, a segurança e a confiança que sempre demonstrou, especialmente nessa trajetória.

À minha filha Maria Fernanda, pelo amor e por me ensinar a ser mãe e a conciliar meus compromissos.

Ao professor Jacó Fernando Schneider, pelos ensinamentos, o incentivo e a presença constantes em toda a minha trajetória acadêmico-profissional, e, sobretudo, pela amizade, o respeito e a dedicação.

À professora Carmen Célia Barradas Correia Bastos, pelos ensinamentos, pela amizade e parceria na minha trajetória acadêmica.

À minha amiga e colega Adriana Romão, pela confiança, paciência e amizade.

Ao colegiado do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz pelo apoio.

Aos sujeitos dessa pesquisa – familiares de usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) –, pela confiança, contribuição, acolhida e por aceitarem participar desse estudo.

Aos colegas e amigos da Escola de Enfermagem da UFRGS, dentre eles, Marcio Wagner Camatta, Cíntia Nasi, Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt e Rita Mello de Mello, pela hospitalidade, solidariedade e pelos momentos de reflexão.

Aos membros do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM), pelos momentos de discussão e crescimento nas reflexões.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da UFRGS, especialmente a Marlene Vieira Michels, pela acolhida.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), especialmente à professora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, pelas oportunidades de discussão e reflexão.

Aos professores Idiane Rosset e Leandro Barbosa de Pinho pelas contribuições, sugestões e apontamentos durante a defesa da tese.

“Sois meu refúgio e minha cidadela,
meu Deus em que eu confio”.

Salmo 90

RESUMO

O modelo de atenção psicossocial em saúde mental considera que a família é sujeito de cuidado. Apesar disso, são escassos os estudos que enfocam os familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial infantil. Nesse sentido, o presente estudo justifica-se pela necessidade de aprofundar a compreensão das perspectivas de familiares em relação ao atendimento que crianças e adolescentes recebem naqueles serviços substitutivos em saúde mental. O objetivo dessa pesquisa consiste em compreender o tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de abordagem fenomenológica, na qual se utilizou o referencial da fenomenologia social de Alfred Schütz. A coleta das informações foi realizada no período de outubro a novembro de 2010, em local e horário convenientes aos sujeitos da pesquisa, no município de Cascavel, Paraná, Brasil. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 familiares que mais se ocupam dos cuidados de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. A análise compreensiva das informações permitiu descrever o tipo vivido dos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, a partir de suas motivações e expectativas, como sendo: aquele que vivencia o comportamento do usuário; refere o encaminhamento de outros serviços; espera por tratamento; deseja a melhora do quadro clínico e vivencia o apoio do serviço aos familiares. Nesse sentido, espera-se que o presente estudo possa contribuir para que as equipes de saúde mental, especificamente os enfermeiros, passem a refletir sobre o modo como vêm trabalhando e as possíveis reestruturações que se façam necessárias para a assistência, podendo contribuir no atendimento aos familiares e usuários dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil.

Descritores: Família; Saúde Mental; Enfermagem.

ABSTRACT

The psychosocial model in mental health regards that the family is subject of care. However, there are still few studies focusing on familiars of Infant Psychosocial Attention Centers' users. In that sense, the present study is justified by the necessity of broadening the comprehension of family members' perspectives in relation to the support children and teenagers receive in those mental health substitutive services. The aim of this research consists in understanding the experienced kind of relatives of Infant Psychosocial Attention Centers' users. It is a qualitative research with a phenomenological approach, in which the social phenomenology reference of Alfred Schutz was used. Information gathering was performed within the period from October to November, 2010, in appropriate site and time to the study subjects, in the municipality of Cascavel, Paraná, Brazil. Semi-structured interviews were performed with 11 familiars who provide most care for users of an Infant Psychosocial Attention Center. Comprehensive data analysis allowed one to describe the experienced kind of relatives of users of an Infant Psychosocial Attention Center, based on their motivations and expectations, as the ones who deal with the user behavior; refer the routing of other services; wait for treatment; wish for improvement in the clinical profile of the patient; and experience the service support to family members. Thus, it is expected that the present study may contribute to Mental Health teams, specifically nurses, in order to allow them to reflect on how they have been working, and on the possible restructurings that may be necessary for the assistance, being able to contribute in the support of relatives of Infant Psychosocial Attention Centers' users.

Descriptors: Family; Mental Health; Nursing.

RESUMEN

El modelo de atención psicosocial en salud mental considera que la familia es sujeto de cuidado. A pesar de esto, son raros los estudios que enfocan los familiares de usuarios de Centros de Atención Psicosocial Infantil. En este sentido, el presente estudio se justifica por la necesidad de profundizar la comprensión de las perspectivas de familiares en relación al atendimento que niños y adolescentes reciben en aquellos servicios substitutivos en salud mental. El objetivo de esa investigación consiste en comprender el tipo vivido de familiares de usuarios de un Centro de Atención psicosocial Infantil. Se trata de una investigación cualitativa, de abordaje fenomenológica, en la cual se utilizó el referencial de la fenomenología social de Alfred Schütz. La coleta de las informaciones fue realizada en el periodo de octubre a noviembre de 2010, en local y horario convenientes a los sujetos de la investigación, en el municipio de Cascavel, Paraná, Brasil. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con 11 familiares que más se ocupan de los cuidados de usuarios de un Centro de Atención Psicosocial Infantil. El análisis comprensivo de las informaciones permitió describir el tipo vivido de los familiares de usuarios de un Centro de Atención Psicosocial Infantil, a partir de sus motivaciones y expectativas, como: aquel que convive con el comportamiento del usuario; refiere el encaminamiento de otros servicios; espera por tratamiento; desea la mejora del cuadro clínico y convive con el apoyo del servicio a los familiares. En este sentido, se espera que el presente estudio pueda contribuir para que los equipos de salud mental, específicamente los enfermeros, pasen a reflexionar sobre el modo como vienen trabajando y las posibles reestructuraciones que se hagan necesarias para la asistencia, pudiendo contribuir en el atendimento a los familiares y usuarios de los Centros de Atención Psicosocial Infantil.

Descriptores: Familia; Salud Mental; Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Construção das categorias concretas do vivido.....	67
--	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS DA PESQUISA	17
2.1 Geral	17
2.2 Específicos	17
3 SOBRE A SAÚDE MENTAL	18
3.1 A respeito do cuidado em saúde mental na infância	25
4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL	31
5 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO DA FENOMENOLOGIA SOCIAL	47
5.1 Opção pelo referencial teórico-filosófico da fenomenologia social	47
5.2 O mundo social e a tipificação em Alfred Schütz	48
6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	56
6.1 Tipo de estudo	56
6.2 Campo do estudo	59
6.3 Participantes da pesquisa	62
6.4 Coleta das informações	63
6.5 Compreensão das informações	64
6.6 Considerações Bioéticas	65
7 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO	66
7.1 Primeiro eixo - Sobre o significado dos familiares acerca de suas vivências com o usuário	68
7.1.1 Relatando a dificuldade de lidar com a doença	68
7.1.2 Vivenciando o preconceito em relação à doença	70
7.1.3 Relatando o desconhecimento da sintomatologia da doença.....	72
7.2 Segundo eixo – Sobre a identificação dos <i>motivos porque</i> dos familiares ao buscarem o atendimento no CAPSi	74
7.2.1 Vivenciando o comportamento do usuário.....	74
7.2.2 Referindo o encaminhamento de outros serviços.....	77
7.3 Terceiro eixo – Sobre a identificação dos <i>motivos para</i> dos familiares quanto ao atendimento no CAPSi	79
7.3.1 Esperando por tratamento do usuário	79
7.3.2 Desejando a melhora do quadro clínico do usuário.....	80
7.3.3 Vivenciando o apoio do serviço aos familiares	83

8 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA.....	87
9 O TIPO VIVIDO DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPSi.....	121
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	135
APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES	138
ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	139

1 INTRODUÇÃO

Na minha trajetória acadêmica, durante a graduação em Enfermagem, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE, tive um contato significativo com as áreas da Saúde Mental, Saúde da Mulher e Saúde da Criança. Essa aproximação iniciou-se com a realização de um projeto, financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PIBIC/CNPq), no qual, como bolsista, investiguei os sinais e sintomas manifestos por indivíduos depressivos de um hospital psiquiátrico da região Oeste do Estado do Paraná, conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2000 a 2001.

Participar desse projeto proporcionou-me, além de conhecimento teórico acerca da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica, uma aproximação com o mundo vida dos sujeitos acometidos por aquele transtorno de humor. Isso porque nessa época se instauravam os primeiros indícios de desospitalização do indivíduo em sofrimento psíquico.

Além disso, no período de 2001 a 2002, realizei outra pesquisa financiada pelo programa PIBIC/CNPq, o que possibilitou que continuasse investigando sobre temas do campo da Saúde Mental e despertou meu interesse para a questão dos transtornos do humor que podem acometer a mulher no período pós-parto. Assim, realizei um estudo a respeito da depressão puerperal com o intuito de compreender a relação entre a depressão puerperal e a psicose pós-parto⁽¹⁾. Como tal investigação contribuiu para o desenvolvimento do meu Trabalho de Conclusão de Curso, realizei, então, uma pesquisa independente sobre o sentir-se mãe, na tentativa de entender a linguagem da mulher ao se sentir mãe. Para tanto, apoiei-me no referencial teórico-metodológico da fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty, buscando indícios do possível desenvolvimento de um acometimento da saúde mental das participantes e das relações mãe-filho que poderiam ser estabelecidas.

A participação nessas pesquisas, além de ser fundamental para o meu contato com a Iniciação Científica, também me oportunizou o conhecimento do atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico naquele cenário em que se

instituíam indícios da aplicação da Reforma Psiquiátrica, como a instituição da prática do hospital-dia aos pacientes com possibilidade de alta.

O desenvolvimento dos referidos estudos possibilitou-me o contato com o ser mãe e mulher, o que contribuiu significativamente para o desenvolvimento da minha dissertação de Mestrado, intitulada *A Corporeidade da Mulher no Pós-Parto: uma compreensão em Maurice Merleau-Ponty*⁽²⁾, no programa de Mestrado em Letras, com área de concentração em Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, no período de 2004 a 2005.

A elaboração da minha dissertação deu-se na tentativa de compreender o que a mulher percebe no período do pós-parto. Essa experiência me proporcionou conhecimentos acerca do sujeito participante, no seu papel de mãe, esposa, trabalhadora, dona de casa e mulher, ou seja, da sua corporeidade que se manifesta no convívio familiar e social. Assim, durante a coleta de dados para o referido estudo, emergiram questões significativas acerca da saúde mental daquelas mulheres e de seus familiares, relacionadas ao seu mundo vida e as suas relações de afeto.

Considerando que atuo como docente titular das disciplinas de Processo de Cuidar da Criança e do Adolescente e de Saúde Mental e Psiquiátrica, do Curso de Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz de Cascavel, Paraná, e, nesse contexto, supervisiono estágios na área de Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), interessei-me também pelas relações dos familiares com as crianças e os adolescentes, as quais se desenvolvem no cotidiano de ambos e são imbricadas por questões de saúde mental. Nesse sentido, investiguei em uma tentativa de compreender o tipo vivido* de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Tal interesse provém da observação de que a participação da família no plano terapêutico do usuário está relacionada à admissão deste no serviço e de que as reuniões que são feitas mensalmente em conjunto com a equipe multiprofissional possuem a finalidade de tratar de assuntos pertinentes ao tratamento dos usuários ou de algum tema que os familiares julgam interessante. Assim, questiono: “Qual o tipo vivido dos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil?”.

* Grupo de pessoas que possui características típicas. O tipo vivido é obtido por meio da descrição do comportamento social que permite encontrar convergências nas intenções dos sujeitos.

Percebo a necessidade de entender como os familiares lidam com o fato de conviver com um indivíduo em sofrimento psíquico, usuário de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil; o que motiva a busca dos familiares pelo atendimento do usuário em serviços substitutivos e o que eles esperam da atenção oferecida naqueles locais, tendo em vista o redirecionamento do cuidado em saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica que visa à reabilitação psicossocial do usuário e a inserção da família.

Outro fator que impulsiona a realização desta pesquisa é a escassez de estudos científicos acerca de familiares de usuários dos serviços de saúde mental infantil, bem como sobre o sofrimento psíquico na infância⁽³⁻⁶⁾. Isso porque a maioria das pesquisas envolvendo familiares de indivíduos em sofrimento psíquico reporta-se ao usuário adulto⁽⁷⁻¹⁸⁾.

A respeito dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), seus pressupostos destacam o atendimento aos sujeitos em sofrimento psíquico, bem como sua Reabilitação Psicossocial, visando a promover o exercício da cidadania, maior grau de autonomia possível e interação social junto aos usuários. Além disso, esses serviços substitutivos ao modelo manicomial configuram um canal de comunicação entre a equipe, os usuários e os familiares.

Assim, penso ser importante focar a atenção para o tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, tendo em vista que seu cotidiano, além de outros aspectos, também é formulado a partir da experiência que desenvolvem nesse serviço de atendimento.

Considero importante compreender o tipo vivido desses familiares, tendo em vista as inúmeras possibilidades que podem se apresentar durante o acompanhamento dos usuários no processo saúde-doença mental. Isso para que se possa estabelecer um cuidado direcionado não somente aos usuários, mas ao conjunto usuário-família. Nesse sentido, me questiono acerca das dimensões do tipo vivido de familiares de usuários atendidos no referido serviço, a fim de conhecer sua motivação para o atendimento. Assim, tenho como objeto de pesquisa o tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Para a pesquisa, utilizei como referencial teórico-metodológico a fenomenologia social de Alfred Schütz, sendo que o fenômeno investigado constituiu-se pelas motivações dos familiares dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, as quais configuram as vivências dos sujeitos participantes.

Nessa perspectiva, é importante salientar que o referido autor trabalha a fenomenologia social como uma compreensão das experiências do outro por meio da interpretação das experiências do eu. Para Schütz, o mundo é constituído pela intersubjetividade, ou seja, pela existência do eu e do outro e a possibilidade de relacionamento entre os indivíduos⁽¹⁹⁾. Assim, o referencial de Alfred Schütz possibilita a captação da realidade social situada no mundo-vida do sujeito envolvido no fenômeno a ser estudado.

Este estudo torna-se relevante, pois poderá auxiliar as equipes de Saúde Mental, especificamente os enfermeiros, a refletir sobre o modo como vêm trabalhando e as possíveis reestruturações que se façam necessárias para a assistência, podendo contribuir no atendimento aos familiares e usuários dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil.

2 OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 Geral

Compreender o tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

2.2 Específicos

Identificar as expectativas dos familiares em relação ao atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Descrever o contexto dos significados vivenciados pelos familiares em relação ao atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

3 SOBRE A SAÚDE MENTAL

A história da psiquiatria revela a exclusão, o confinamento, o preconceito e o afastamento dos sujeitos em sofrimento psíquico do convívio social e familiar. As formas de atenção que substituem o modelo manicomial, em todo o mundo, são recentes.

Ao relatar sobre saúde mental, não posso deixar de tecer algumas considerações sobre a gênese da loucura e seus entrelaçamentos com a história da psiquiatria e da atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico.

Durante a Idade Média, os doentes mentais eram vistos como possuídos por demônios e as internações ocorriam para salvar-lhes a alma, sem o intuito de curá-los. Os hospícios funcionavam como hospedarias, a fim de recolher da sociedade os indivíduos considerados ameaça à lei e à ordem social, como os leprosos, as prostitutas e os loucos⁽²⁰⁾.

Dessa forma, a origem da loucura pode ser delimitada em três momentos: como um período de liberdade e de verdade que caracteriza os últimos séculos da época medieval, principalmente os séculos XV e XVI; o período das grandes internações dos séculos XVII e XVIII; e a época contemporânea, posterior à Revolução Francesa, na qual a Psiquiatria passou a tratar dos loucos institucionalizados⁽²¹⁾.

No final do século XVIII, houve denúncias contra as internações excludentes. Então, iniciou-se um movimento de reforma a fim de proporcionar aos doentes mentais um tratamento psiquiátrico. Assim surgiu a Psiquiatria, com a participação de Philippe Pinel, a qual operava a loucura como alienação mental, abordando medicamente um grupo de doenças que era, até esse momento, objeto exclusivo da filosofia⁽²²⁾. No decorrer desse período, instituíram-se tratamentos especializados e institucionalizados pautados no ideário da doença mental.

Após a Segunda Guerra Mundial, surgiram questionamentos da sociedade e dos trabalhadores de saúde mental em relação ao papel da instituição asilar e do saber psiquiátrico, os quais incentivaram movimentos de desinstitucionalização da loucura e a mudança da visão de cuidado da doença para a saúde mental. Exemplo de ações decorrentes daí é a assistência voltada à comunidade, caracterizada pela psiquiatria comunitária e pelas comunidades terapêuticas. As transformações

ocorridas neste momento culminaram na aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica italiana nº 180/1978⁽²³⁾, sendo que tal experiência influenciou os movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Para que a Reforma Psiquiátrica se tornasse evidente, o atendimento em saúde mental passou por muitas transformações ao longo de sua trajetória. Dessa forma, os episódios que movimentaram questionamentos acerca da assistência psiquiátrica na Europa, especialmente na Itália, e nos Estados Unidos tiveram reflexos no processo da reforma psiquiátrica brasileira.

Esses movimentos psiquiátricos consistiam na comunidade terapêutica e na psicoterapia institucional, as quais se caracterizaram por reformas restritas ao ambiente asilar; na psiquiatria de setor e na psiquiatria comunitária ou preventiva, que visavam a superar o modelo asilar como local de tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico; e, ainda, na antipsiquiatria e na psiquiatria democrática, também denominada movimento de desinstitucionalização, que eram projetos de ruptura com os movimentos anteriores, os quais questionam o conceito de doença mental, as instituições, os saberes psiquiátricos e as formas de tratamento⁽²⁴⁾.

O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana influenciou vários países, inclusive o Brasil, onde teve início o movimento da Reforma Psiquiátrica, no final da década de 1970, sendo que um dos atores principais foi o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Assim, caracterizada pela redemocratização política e pelos resultados obtidos por meio da reforma sanitária em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado, a nova ordem política do país, nos anos 1980, contribuiu para a contestação da psiquiatria vigente. Desta maneira, a Reforma Psiquiátrica surgiu em um momento de redemocratização das instituições e da Reforma Sanitária Brasileira⁽²⁵⁾.

Ainda na década de 1980, utilizaram-se estratégias para enfrentar as dificuldades econômicas e sociais que geraram redução de recursos para a vigilância sanitária⁽²⁶⁾. Foi a partir da década de 1990 que aconteceu a descentralização da gestão de saúde no Brasil, sob influência da ineficiência de modelos desenvolvimentistas que buscavam o crescimento econômico e resultavam em dificuldades nos sistemas de saúde da América Latina.

Nesse contexto, iniciou-se no Brasil o movimento pela redemocratização e contra a ditadura; tal movimento suscitava questões relativas aos resultados insatisfatórios da centralização autoritária e da concentração de poderes. Nesse sentido, as reformas de saúde tinham como pressuposto o estabelecimento de novas funções para o Estado no que se refere à formulação e implementação de políticas públicas de saúde, assim configura-se a descentralização fiscal e financeira dos programas de saúde⁽²⁶⁾.

Tal contexto possibilitou a implantação do SUS, pautado na universalidade, seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços, equidade, integralidade, diversidade de financiamento e com caráter democrático e descentralizado de administração⁽²⁶⁾. Com a estadualização e a municipalização da gestão do SUS, as secretarias estaduais passaram a ter as funções de planejamento, controle e avaliação dos serviços; e os municípios passaram a gerir os sistemas locais de saúde.

Nesse sentido, posso dizer que a descentralização da gestão pública oportuniza que os programas governamentais sejam adequados às demandas e singularidades locais; além disso, pode-se ter um gasto público eficiente⁽²⁷⁾.

Posso perceber, então, que as mudanças na gestão em saúde refletiram na organização da assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico, pois juntamente com a luta pela redemocratização do país e implantação do SUS, aconteceram os primeiros movimentos para a Reforma Psiquiátrica, que tiveram início na década de 1970, momento em que o hospital psiquiátrico detinha um poder centralizador e um elevado índice de internações, o que foi considerado motivo das condições desumanas nas quais eram tratados os doentes mentais⁽²⁸⁾.

Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, que privilegiava uma atenção em saúde curativista em detrimento da prevenção e promoção da saúde. Já em 1976 foi criado o Centro de Estudos Brasileiro de Saúde, o qual se apresentou como marco para as mudanças no modelo de assistência mental baseado na psiquiatria comunitária, que em um primeiro momento não apresentou os resultados esperados.

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, a partir da qual se definiram as diretrizes para a Reforma Sanitária e Psiquiátrica. A partir daí aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental, a qual fomentou novas

diretrizes e ações do Ministério da Saúde, a fim de instituir mudanças no financiamento da Saúde Mental.

No ano de 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, o movimento pela Reforma Psiquiátrica se definiu como democrático, com a participação de usuários nas reivindicações. É importante salientar que as mudanças na política de Saúde Mental tiveram outras implicações relacionadas com a valorização da investigação qualitativa e o intercâmbio de profissionais brasileiros e italianos, os quais trouxeram a experiência da desinstitucionalização. Já em 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual foi reconhecido o vínculo da saúde mental com a gestão global da saúde pública.

Essa reformulação assistencial levou à divisão de hospitais públicos, que passaram a ter pluralidade de ofertas terapêuticas, à implantação de serviços substitutivos aos manicômios e à criação de residências terapêuticas para os indivíduos em sofrimento psíquico que eram moradores dos manicômios⁽¹²⁾.

A aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sob o nº 10.216/01, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. A partir daí, apresentou-se a necessidade de construir uma rede de atenção psicossocial efetiva, a fim de substituir o modelo psiquiátrico tradicional⁽²⁹⁾.

No caso da assistência em saúde mental, o modelo de cuidado foi substituído pela atenção psicossocial, que tem como propósito compreender o processo saúde-doença a partir da determinação psíquica e sócio-cultural, considerando os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos, e horizontalizar as ações, valorizando a equipe multidisciplinar, a fim de organizar as relações intra-institucionais⁽³⁰⁾. Além disso, a atenção psicossocial entende que se a realidade é construída, também pode ser transformada, tendo como princípio o trabalho pautado em ações éticas e terapêuticas que possibilitem a cidadania e o poder de contratualidade social aos indivíduos em sofrimento psíquico⁽³¹⁾.

Nesse contexto, o novo modelo da assistência psiquiátrica, visa à satisfação das necessidades sociais e individuais do sujeito com transtorno mental, defende seus direitos de cidadão e de possuir um atendimento digno, evitando sua despersonalização e reclusão⁽³²⁾.

Para tanto, a equipe multidisciplinar dos serviços de atenção à saúde mental precisa compreender o indivíduo em sofrimento psíquico como um ser que se relaciona consigo e com os outros que fazem parte do seu mundo e que suas

vivências cotidianas são relevantes para o quadro clínico apresentado⁽³³⁾. Isso porque a atenção psicossocial traz em si o entrelaçamento da cultura, da política, da cidadania e da integralidade⁽²⁸⁾.

O modelo psicossocial de atenção em saúde constitui uma nova forma de atendimento que aparece como resultado das transformações das práticas de saúde e especificamente das práticas em saúde mental.

O termo psicossocial traz em si a significação de uma atividade ou estudo que relaciona aspectos psicológicos conjuntamente com aspectos sociais. E, nas práticas de saúde mental, representa um conjunto de ações teórico-práticas, político-pedagógicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o modo asilar e, algumas vezes, o próprio modelo psiquiátrico⁽³⁴⁾.

Na perspectiva da atenção psicossocial, as transformações na saúde mental têm se evidenciado nas questões teórico-assistenciais no que se refere à desconstrução de práticas e conceitos fundamentados na psiquiatria e na psicologia, como doença-cura por existência-sofrimento, o que permite que o indivíduo em sofrimento psíquico seja sujeito das ações que visam a sua reabilitação⁽²²⁾.

As questões jurídico-políticas da atenção psicossocial se refletem na busca pela extinção dos manicômios e sua substituição por instituições abertas, bem como na revisão das legislações sanitárias, civil e penal referentes à doença mental, a fim de que o indivíduo em sofrimento psíquico possa ter direito à cidadania, ao trabalho e à inclusão social⁽²²⁾.

No que se refere às questões socioculturais da atenção psicossocial, práticas sociais têm sido construídas com o objetivo de transformar o imaginário social a respeito da loucura. E quanto ao técnico-assistencial, as inovações desse modelo possibilitam a formação de uma rede de serviços substitutivos⁽²²⁾.

Dentro desse cenário, foram criados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de uma rede de atenção à saúde local; portanto, sob gerenciamento dos municípios, que, a partir da promulgação da Lei Paulo Delgado de 2001, começaram a reformular a assistência à Saúde Mental devido à desinstitucionalização preconizada pela Reforma Psiquiátrica. Como parte da rede de serviços do SUS, os CAPS se constituem em dispositivos que devem seguir os princípios estabelecidos pelo SUS.

Nesse sentido, “[...] o CAPS deve ser entendido também e principalmente como um modelo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde”^(33:137).

Dessa forma, fica subentendida a ideia de que o CAPS se mostra como um dispositivo de desinstitucionalização, a qual pode ser compreendida como a reinserção do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade, que prevê a integralidade da assistência ao doente mental, buscando não reproduzir o atendimento asilar.

Para tanto, “[...] é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento de pessoas em crise, que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com estas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais as estão escutando e estão efetivamente voltados para seus problemas, dispostos e compromissados a ajudá-las. Dessa forma, na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos que escutam e cuidam com sujeitos que vivenciam as problemáticas [...]”^(35:82).

Os CAPS são modalidades de atendimento divididas em Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)⁽³⁶⁾.

O CAPS I funciona em municípios que têm entre 20.000 e 70.000 habitantes; o CAPS II, em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; o CAPS III, em municípios com população acima de 200.000 habitantes; o CAPSi, que realiza atendimento a crianças e adolescentes, em municípios com população acima de 200.000 habitantes; e o CAPSad, no qual é oferecido atendimento à dependência química (álcool e outras drogas), em municípios com população acima de 100.000 habitantes⁽³⁶⁾.

Os CAPS foram planejados para atender prioritariamente às demandas de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, empregando alternativas de tratamento apoiadas em uma proposta terapêutica individualizada, articulada com diferentes serviços extra-hospitalares; são de natureza jurídica pública, identificando o hospital geral ou pediátrico do território onde se inserem como local de acolhimento perante a necessidade de internação⁽³⁾.

Além disso, os CAPS estão articulados a uma rede de atenção integral ao indivíduo em sofrimento psíquico e a suas famílias, amigos e pessoas interessadas no cuidado em saúde mental. Essa rede é constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), diferentes tipos de CAPS, que se classificam e são estruturados de acordo com o número de habitantes de cada município, residências terapêuticas, centros comunitários, instituições de defesa dos direitos do usuário, pronto-socorros gerais, hospitais gerais, associações de bairro e associações de usuários.

Na rede também estão incluídas outras instituições que fazem parte do cotidiano e das relações do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade, tais como família, vizinhos, escola, trabalho e esportes.

Nesse sentido, “as redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Os Centros de Atenção Psicossocial deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, entre outros”^(37:12).

Os CAPS podem ser considerados mecanismos para o atendimento em saúde mental, os quais são regulamentados pela Portaria nº 336/2002⁽³⁶⁾. Esses centros se caracterizam por serviços ambulatoriais que oferecem atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, com o apoio de uma equipe multiprofissional articulada, cujo objetivo é possibilitar a reabilitação psicossocial dos usuários⁽³⁷⁾. Nesses serviços, os usuários recebem, dentre outros cuidados, atendimentos individuais e grupais; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atividades culturais e esportivas.

Dessa forma, na rede de serviços substitutivos de assistência à saúde mental, a terapia é contínua, sendo que todas as manifestações do indivíduo com sofrimento psíquico são observadas e incorporadas ao processo terapêutico. No CAPS os canais de comunicação entre usuários, familiares e equipe multiprofissional estão sempre permeáveis⁽³⁸⁾.

Nesse contexto, o CAPSi se destina ao atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, sendo um serviço que estabelece parcerias com as redes de saúde, educação e assistência social para atender a população infanto-juvenil.

A implantação desse serviço substitutivo tem como meta garantir a assistência à criança e ao adolescente com transtorno mental e de comportamento, dando suporte ao usuário e a sua família, visando à recuperação e à reinserção na comunidade.

Tal objetivo pode ser alcançado por meio do acolhimento dos usuários, do atendimento à família e acompanhamento dos casos via visita domiciliar, do incentivo aos usuários para a participação em oficinas terapêuticas e de reabilitação, dos atendimentos individuais e em grupo, da viabilização de atendimento hospitalar quando necessário, da promoção de eventos culturais e recreativos para familiares e usuários, da manutenção de convênios com escolas profissionalizantes e superiores para o desenvolvimento de estágios, ensino e pesquisa, da democratização das relações de poder entre técnicos, usuários e familiares e do respeito à autonomia do usuário⁽³⁹⁾.

Nessa perspectiva, entendo que é importante tecer alguns comentários a respeito do cuidado à saúde mental na infância, tendo em vista que, na presente pesquisa, trabalhei com o tipo vivido dos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, o qual faz parte da rede de atenção psicossocial em saúde mental.

3.1 A respeito do cuidado em saúde mental na infância

Percebo como relevante ressaltar que o cuidado à saúde mental da criança, assim como a assistência em saúde à infância, passa a ter importância social somente a partir do século XVIII, em decorrência das necessidades econômicas e políticas impostas pelo modo de produção que passou a vigorar a partir da Revolução Industrial. Isso porque desde a Idade Média⁽⁴⁰⁾, a infância era desconhecida como um período de crescimento e desenvolvimento do ser humano,

e a criança era vista como um adulto em miniatura, tanto do ponto de vista físico e mental quanto em relação às atribuições e oferecimento de cuidados à saúde.

A partir do século XVIII, a preocupação com as necessidades da infância passou a ter importância no cenário europeu, sendo que tal visão começou a ter impacto no Brasil a partir do século XIX. Isso aconteceu porque, tanto no Brasil quanto na Europa, a mudança de concepções acerca da infância acompanhou um processo histórico e social semelhante a partir da colonização do novo mundo.

No Brasil Colônia, a criança, vista como um pequeno adulto, era submetida a um sistema de educação patriarcal, pautado nas normas advindas da Igreja, no qual predominava o castigo físico como forma de reparar maus comportamentos. Tal sofrimento causava na criança, além de danos físicos, danos psicológicos⁽⁴⁾.

Como não havia assistência à saúde da criança, muitas vidas eram dizimadas devido a doenças infecto-contagiosas e as mortes eram justificadas a partir de explicações religiosas como a crença de que as crianças que não sobreviviam tornavam-se anjinhos no céu. Essa era uma forma de consolar os familiares e a sociedade em geral diante de suas perdas⁽⁴⁾.

Sendo assim, posso afirmar que a infância, na forma como a pensamos hoje, é uma construção dos últimos duzentos anos da história. Antes disso, ia-se para a guerra, casava-se e trabalhava-se assim que houvesse condições físicas para tanto; fatos que, hoje, são motivo de indignação e denúncia, eram usuais dois séculos atrás⁽⁴⁰⁾.

No final do século XIX, o cuidado à criança passou a ser visto como uma necessidade social e de desenvolvimento econômico, o que influenciou significativamente nas diferentes formações e estruturas familiares, tendo em vista a mudança de concepção de infância e da forma de encará-la.

Nesse período, os médicos higienistas começaram a atuar ao perceber que a criança era tratada de forma insatisfatória devido ao poder patriarcal e aos costumes que priorizavam a propriedade e a autoridade do pai, ao qual eram destinados todos os cuidados por se tratar do mantenedor das posses familiares.

A ação dos higienistas visava à proteção, ao cuidado, ao amparo e à educação da criança, a fim de prevenir moléstias e diminuir a mortalidade infantil. Sua atuação tornou-se importante na medida em que os valores acerca do poder social foram transmitidos dos senhores de engenho para o conhecimento científico da medicina e para a burguesia do século XIX.

Assim, a criança passou a ser vista sob um outro ângulo, sua interação com a família tornou-se mais dinâmica e participativa, e a mortalidade infantil declinou em relação aos períodos anteriores. A decadência do patriarcado e da organização familiar rural, o desenvolvimento da urbanização e a ascensão econômica e social da burguesia contribuíram para isto⁽⁴⁾.

É importante ressaltar que tal preocupação era direcionada principalmente às crianças de classe abastada; para as pobres, restavam os abrigos, como a Roda dos Expostos ou Enjeitados (um dispositivo, colocado nos abrigos para recepcionar crianças abandonadas pelas famílias, a qual preservava a identidade da pessoa que deixava a criança), que ficava nas principais capitais do país. Os jardins de infância e as creches começaram a ser utilizados a partir da segunda metade do século XIX.

Em relação à saúde mental na infância, os higienistas preocupavam-se com a profilaxia de doenças psiquiátricas ao atentar para o desenvolvimento e os cuidados morais da criança normal. Já as crianças insanas eram tratadas em manicômios, juntamente com adultos em sofrimento psíquico, pois não havia estudos sobre as doenças mentais infantis ou uma classificação que as diferenciasse dos transtornos apresentados pelos adultos.

Foi a partir do século XX que se iniciaram os estudos científicos acerca da psiquiatria infantil, relacionando-a com questões de deficiência mental, psicologia e pedagogia.

Esse vínculo com a educação, associado à absorção de uma outra noção sobre a criança, tal como vimos – a transformação sobre a noção de desenvolvimento, em que a criança anormal não mais seria tratada como monstro incurável, mas sim indivíduo, moldável, impressionável e, por isso, passível de melhora –, constituiu os pilares da construção de uma assistência médico-psiquiátrica infantil no início do século XX⁽⁴¹⁾.

No entanto, ao mesmo tempo em que o início do século XX propagou a importância da assistência a crianças e adolescentes, principalmente porque representavam um futuro diferenciado para a nação brasileira, engendrou-se um conjunto de medidas, calcadas na lógica higienista e de inspiração normativo-jurídica, que expandiu sobremaneira a oferta de instituições fechadas para o cuidado de crianças e adolescentes, em sua maioria sob a tutela do campo filantrópico⁽⁴²⁾.

Dessa forma, instaurou-se um quadro de assistência institucionalizada, sob a forma de atendimento em asilos e orfanatos, como a Roda dos Enjeitados ou Expostos⁽²⁹⁾, instituição criada nas principais capitais do país para o cuidado de crianças abandonadas, que contribuiu para a criminalização da infância pobre, gerando abandono, falta de cuidado e exclusão, os quais perduraram até meados da década de 1960.

Os movimentos pela redemocratização do país, no final da década de 1970, permitiram uma nova visibilidade da situação da saúde da criança, o que resultou na promulgação dos direitos da criança na Constituição Federal de 1988, e culminou na Lei 8.069/90, que rege o Estatuto da Criança e do Adolescente⁽⁴³⁾.

A partir daí, iniciaram-se os movimentos pelo redirecionamento da atenção em saúde mental, e nesse contexto insere-se a saúde mental infanto-juvenil, que passou a ser discutida na Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, quando foram apontados os efeitos perversos da institucionalização de crianças e jovens; e na Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que discutiu sobre a necessidade premente de se instaurar um novo direcionamento às ações político-assistenciais para o cuidado e o tratamento da população infanto-juvenil. Nesse contexto, instituiu-se o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, com o intuito de consolidar as redes de serviços para o atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico⁽⁴²⁾.

Dessa forma, “a implantação de CAPSi (para atendimento de transtornos mentais que envolvem prejuízos severos e persistentes) e o estabelecimento de diretrizes para articulação intersetorial da saúde mental com outros setores públicos (visando a cobertura de problemas mais frequentes que envolvem prejuízos mais pontuais) constituem, atualmente, os pilares da saúde mental pública para crianças e adolescentes. A noção que embasa a montagem de recursos é a de uma *rede pública ampliada de atenção à saúde mental infantil e juvenil*, onde devem estar articulados serviços de diferentes setores, com graus diferenciados de complexidade e níveis distintos de intervenção, capazes de responder pelas diferentes problemáticas envolvidas na saúde mental de crianças e jovens”^(5:392).

Além disso, para que o cuidado à saúde mental de crianças e adolescentes seja implementado, é necessário considerar que os mesmos se encontram em fase de crescimento e desenvolvimento, em que há fatores que podem influenciar no diagnóstico de doenças mentais e comportamentais. Por isso, os profissionais

envolvidos na equipe multiprofissional dos serviços substitutivos devem estar capacitados para compreender o contexto social, familiar, escolar e religioso no qual o indivíduo está inserido, a fim de estabelecer um diagnóstico de doença mental e a implementação do cuidado para tal, ou verificar que se trata apenas de condutas referentes ao processo de desenvolvimento da infância e puberdade.

Dessa forma, na criança, as condutas julgadas inadequadas podem se relacionar a formações reacionais, testemunhando a ocorrência de fatores estressantes no ambiente ou se revelando como um protesto saudável contra essa ocorrência. E, no adolescente, tal comportamento pode apenas evidenciar um processo de desenvolvimento e estabelecimento de uma identidade⁽⁶⁾.

Nesse processo de reestruturação dos serviços de atendimento ao indivíduo em sofrimento psíquico, os profissionais que atuam na área de saúde mental passam a alterar seu papel e seu modo de cuidar e a desempenhar uma função terapêutica junto aos usuários para a reinserção dos mesmos na sociedade e no convívio familiar.

Isso porque “desde Florence Nightingale, os familiares têm sido envolvidos nos cuidados de pacientes [...]. As famílias dos pacientes com doenças mentais foram consideradas, por muitos anos, como parte do problema, não como parte da solução. Hoje, novos modelos de trabalho com famílias e o envolvimento dos membros da família no *continuum* do cuidado estão se tornando práticas aceitáveis”^(45:297).

Nesse sentido, os familiares que no modo asilar de atendimento a saúde mental eram vistos como vítimas, causadores do quadro de sofrimento psíquico do usuário e meros informantes sobre o estado de saúde do mesmo, passam, a partir da Reforma Psiquiátrica e do redirecionamento da atenção a saúde mental que culminou com o enfoque psicossocial, a ser protagonistas do cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico, pois suas vivências revelam elementos importantes para a reflexão sobre as práticas destinadas ao cuidado em saúde mental.

Além disso, “envolver os familiares de pacientes com doenças mentais no *continuum* do cuidado deve ser uma prática-padrão [...]. [...] O envolvimento da família é essencial, porque as famílias são a base de lançamento natural para o ingresso ou o reingresso na comunidade”^(45:301-2).

A terapia familiar é baseada na premissa de que o comportamento de um indivíduo com a família não pode ser entendido ou mudado sem o entendimento e a

mudança efetiva dentro do meio familiar. Isto porque o comportamento não ocorre no isolamento, e a intervenção não é direcionada a apenas um membro da família⁽⁴⁶⁾.

Nesse contexto, penso ser importante tecer algumas ideias a respeito da gênese das formações familiares que se fazem presentes em nossa sociedade.

4 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL

A família é uma instituição cujas origens remontam aos ancestrais da espécie humana; constitui-se, assim, como uma organização não exclusiva do homem, pois os animais vertebrados e invertebrados também possuem formas distintas de famílias.

Nesse sentido, os animais, como os homens, também se organizam em grupos familiares, nos quais, após o acasalamento, a prole fica sob os cuidados de um só dos genitores. Dessa forma, a família assume uma configuração nuclear durante a época de reprodução, sendo que em outros momentos formam-se bandos; os pais podem permanecer junto aos seus filhotes durante toda a vida; e há também animais que organizam famílias extensas⁽⁴⁷⁾.

Isso porque há diversas formações de família, que foram se configurando no decorrer da história, a partir de influências geradas pelas transformações sócio-político-culturais que permearam as modificações da sociedade.

Sendo assim, a família é constituída de indivíduos, faz parte da trama social mais ampla e rotineiramente é vitimada por críticas, sugestões, persuasão, elogios, ameaças, a fim de que desempenhe seu papel social. É por meio da família que a sociedade pode retirar do indivíduo sua contribuição, pois ela é a única instituição social formalmente desenvolvida em todas as sociedades, constituindo a base instrumental mais importante da estrutura social inclusiva⁽⁴⁸⁾.

A dinâmica familiar reflete as transformações sociais e culturais no decorrer da história, as quais constituem os indivíduos e influenciam suas condutas e comportamentos nas relações que estabelecem entre si no convívio em sociedade.

A família é um elemento ativo, não estacionário, que passa de uma forma inferior a uma superior à medida que a sociedade evolui. Já os sistemas de parentesco são passivos e só após longos intervalos registram os progressos feitos pela família. Dessa forma, tendo como base o sistema de parentesco que chegou aos nossos dias, pode-se dizer que existiu uma forma de família a ele correspondente e hoje extinta⁽⁴⁹⁾.

O estudo da época primitiva revela que as famílias eram constituídas a partir da poligamia dos homens e da poliandria das mulheres, o que fazia com que os filhos provenientes dos diferentes relacionamentos fossem considerados comuns.

Esse estado, após várias modificações históricas, resultou na monogamia do casal contemporâneo.

Os tipos de formações familiares que se instituíram desde os primórdios da existência humana são: a família consanguínea, a família punaluana, a família sindiásmica e a família monogâmica. É relevante compreender como se desenvolveu cada um desses tipos, a fim de entender a trajetória percorrida pelo homem até a formação da família contemporânea⁽⁴⁹⁾.

A família consanguínea, predominante no período selvagem, é considerada a primeira etapa da família; nela os grupos conjugais se classificam por gerações. Nessa forma de família, os ascendentes e os descendentes, pais e filhos, eram os únicos que reciprocamente estavam excluídos dos direitos e deveres do matrimônio, os demais eram considerados maridos e mulheres uns dos outros, sendo que os irmãos e irmãs tinham um vínculo de relação carnal mútua. Tal forma de família desapareceu no decorrer da história.

Na família punaluana, os pais, os filhos e os irmãos foram excluídos das relações sexuais recíprocas. Essa modificação ocorreu paulatinamente, sendo que em um primeiro momento foram excluídos de tal relação os irmãos por parte de mãe, também denominados irmãos uterinos; posteriormente, houve a proibição de matrimônio entre irmãos colaterais, ou seja, primos.

Nessa forma de organização familiar, a linhagem feminina pode ser reconhecida como a mais exata, tendo em vista que se sabe quem é a mãe de todos os filhos, mas não se sabe, necessariamente, quem é o pai. Nesse contexto, “em todas as formas de família por grupos, não se pode saber com certeza quem é o pai de uma criança, mas sabe-se quem é a mãe”^(49:43).

Assim, “uma vez proibidas as relações sexuais entre todos os irmãos e irmãs – inclusive os colaterais mais distantes – por linha materna, o grupo de que falamos se transforma numa gens, isto é, se constitui num círculo fechado de parentes consanguíneos por linha feminina, que não se podem casar uns com os outros; e a partir de então, este círculo se consolida cada vez mais por meio de instituições comuns, de ordem social e religiosa, que o distingue das outras gens da mesma tribo”^(49:44).

Outro tipo de família, a sindiásmica, apareceu no limite entre o estado selvagem e a barbárie. Nessa forma de família, um homem vivia com uma mulher de maneira que a poligamia e a infidelidade ocasional continuavam a ser direitos dos

homens, embora aquela fosse mais rara por causas econômicas. Havia maior exigência em relação à fidelidade das mulheres, sendo que o adultério era cruelmente castigado. No entanto, havia facilidade de dissolução do vínculo conjugal, por ambas as partes e, nesse caso, os filhos ficavam com a mãe.

Nesse sentido, a evolução da família na Pré-história é marcada por uma redução constante do círculo no qual prevalece a comunidade conjugal entre os sexos. Assim, a exclusão progressiva dos parentes próximos e distantes, e até das pessoas vinculadas por aliança, tornou impossível a prática do matrimônio por grupos, o que resultou no casal, unido por vínculos frágeis, que representa o matrimônio em geral.

No estágio de família sindiásmica predominava o lar comunista, partindo-se do pressuposto de que tal formação era débil e instável para demonstrar a necessidade ou o desejo de um lar particular. Nesse lar comunista, prevalecia o regime matriarcal, ou seja, a mulher ocupava lugar central nas decisões familiares, e desse poder exercido derivou a monogamia feminina.

A instauração de uma nova ordem social, pautada na acumulação da riqueza que transferiu o poder da mulher para o homem, faz desmoronar o direito materno e surgir um novo tipo de família, a patriarcal. Essa organização caracteriza-se pela poligamia e pela incorporação de escravos, mas também significa uma passagem à monogamia da mulher e à paternidade dos filhos.

Isso porque “em sua origem, a palavra *família* não significa o ideal – mistura de sentimentalismo e dissensões domésticas – do filisteu de nossa época; - a princípio, entre os romanos, não se aplicava sequer ao par de cônjuges e aos seus filhos, mas somente aos escravos. *Famulus* quer dizer escravo doméstico e *família* é o conjunto de escravos pertencentes a um mesmo homem. [...] A expressão foi inventada pelos romanos para designar um novo organismo social, cujo chefe mantinha sob seu poder a mulher, os filhos e certo número de escravos, com o pátrio poder romano de direito de vida e morte sobre todos eles”^(49:61). Nesse sentido, a família moderna contém a escravidão e a servidão, bem como todos os antagonismos sociais, em forma diminuta.

A família monogâmica surgiu a partir da sindiásmica, no período de transição entre a fase média e a fase superior da barbárie, e seu triunfo caracteriza a civilização. Baseava-se no predomínio do homem, a fim de procriar filhos cuja paternidade fosse indiscutível, para que os herdeiros diretos pudessem se apropriar

dos bens de seu pai. Havia maior solidez dos laços conjugais, que só podiam ser rompidos pelo homem, o qual tinha o direito à infidelidade conjugal. Já a mulher, se intentava utilizar-se da poligamia, era rigorosamente castigada. Nesse contexto, o lar passou de comunista a privado⁽⁴⁹⁾.

A estrutura familiar conhecida na contemporaneidade, que considera relevantes a afeição e a intensificação das relações entre pais e filhos, tem seus indícios de uso na Europa do século XVII e é resultado de um processo histórico iniciado na Idade Média.

Na sociedade medieval, as famílias eram constituídas por membros unidos pela consanguinidade e por servidores e protegidos que habitavam casas abertas à visitação pública. Por isso, tendo em vista que a vida profissional, a privada e a social não eram divididas, não havia privacidade ou intimidade daqueles que conviviam em um mesmo espaço.

Essas moradias, também nos séculos XVI e XVII, eram muito povoadas e constituídas de muitos cômodos, a fim de garantir a sociabilidade das pessoas marginalizadas da sociedade, como eram as prostitutas e os mendigos, por exemplo, os quais frequentavam as tabernas, onde se instituía o convívio social.

Tanto nas grandes casas, que pertenciam aos mais ricos, quanto nas pequenas, que eram de propriedade dos mais pobres, o isolamento enquanto privacidade não era visto como um valor. Isso porque a missão da família medieval estava imbricada pela conservação dos bens, pela prática de um ofício, pela ajuda mútua cotidiana, que conferia aos seus membros proteção da honra e das vidas em tempos de guerra⁽⁵⁰⁾.

No Brasil Colônia, a família também não se preocupava com a intimidade ou privacidade; e o cotidiano da mesma assemelhava-se ao da família europeia medieval, pois em um mesmo espaço conviviam pessoas que tinham laços consanguíneos e as que não tinham, sendo que naquele espaço as atividades laborais e de lazer confundiam-se. Nesse contexto, o senhor assumia vários papéis, inclusive o de pai, e todos os demais membros estavam passivamente submetidos a ele, sendo que a sobrevivência, o fortalecimento do grupo e da propriedade caracterizavam-se como interesses principais dessa organização familiar⁽⁵⁰⁾.

As diferentes concepções e formações familiares são imbricadas pelas diversas formas de compreensão da infância. Sendo assim, a história de cuidado à criança tem influência na constituição da estrutura familiar.

Na Idade Média, nos séculos XI, XII e XIII, a infância tinha duração até que a criança adquirisse alguma autonomia, quando se misturava aos adultos nas suas atribuições de trabalho e nas suas diversões, tanto que inclusive as características físicas e de vestimenta apresentadas pelas crianças da época retratavam um adulto em miniatura e, portanto, a adolescência não era considerada. A transmissão de valores e conhecimentos e a socialização da criança ficavam a cargo de outra família, para a qual era enviada a fim de desempenhar o papel de aprendiz que serviria ao mestre com tarefas domésticas. Dessa forma, a criança tornava-se muito cedo independente da família, mesmo que retornasse à mesma posteriormente, mas isso nem sempre acontecia⁽⁵⁰⁾.

A família tinha, assim, o papel de transmitir os bens e o nome a seus descendentes, mas não tinha oportunidade de alimentar um sentimento existencial profundo entre pais e filhos a fim de criar laços afetivos.

Já entre os séculos XIII e XVIII, a infância passou a ser introduzida na sensibilidade social, o que é retratado por meio de temas metafísicos e religiosos expressados na arte medieval⁽⁵⁰⁾.

Nos séculos XV e XVI, a infância era imbricada na idade adulta, e caracterizada pelo pitoresco e pela graciosidade, sendo que os temas relacionavam-se à mortalidade infantil⁽⁵⁰⁾.

A arte do século XVII, por outro lado, mostra a criança viva como o centro das figuras retratadas, numa perspectiva de mudança da visão da infância⁽³⁶⁾. Esse período caracteriza-se pelo interesse e pelo sentimento de infância. Sendo assim, a criança e a família passaram a ser foco nas sociedades industriais.

Isso ocorreu principalmente devido às modificações sócio-político-econômicas, que definiram um novo modo de produção e, com ele, toda uma ideologia acerca dos cuidados maternos e infantis que passaram a influenciar as relações econômicas mundiais a partir do século XVIII.

Nesse sentido, as mudanças ocorridas em relação aos cuidados com a criança permitiram uma transformação da família na passagem da época medieval para a moderna, o que aconteceu devido à inserção da criança na escola e, por isso, seu afastamento do mundo dos adultos, além da construção de uma concepção de família centrada no afeto entre os cônjuges e entre pais e filhos como centro da realidade familiar⁽⁵⁰⁾.

Nesse contexto, a casa da família começou a se tornar um espaço privado, com mudanças na sua arquitetura e organização, a fim de proteger de um mundo cada vez mais perigoso e garantir a intimidade e o isolamento, como características da família nuclear. É importante ressaltar que esse processo aconteceu paulatinamente nas diferentes classes sociais, sendo expandido a todas a partir do século XVIII⁽⁵¹⁾. Essa caracterização de família responde a uma tendência que passou a se apresentar a partir das mudanças sócio-econômicas que marcaram a modernização da sociedade.

Dessa forma, a família tornou-se um lugar de refúgio, no qual o indivíduo pode escapar dos olhares externos, um lugar de afetividade no qual se estabelecem relações de afetividade. Essa nova forma de organização familiar permite uma privatização das atividades de seus membros⁽⁵²⁾.

Do ponto de vista estrutural, a formação familiar pode ser explicada a partir dos modelos aristocrático, camponês, burguês, operário e da aldeia global do limiar do século XXI⁽⁴⁷⁾.

Nesse viés, a família aristocrática dos séculos XVI e XVII se estruturava em função da preservação do patrimônio herdado. Nesse contexto, o lar era visto como uma proteção contra a ameaça externa e caracterizava-se como um lugar público e político; a educação tinha como objetivo o respeito à hierarquia social; as relações intrafamiliares e a autoridade sobre os filhos refletiam o padrão de identificação de preceptores, padrão em que as crianças eram vistas como animais domésticos e punidas com castigo físico; o valor individual buscado era a astúcia; na vida sexual pré-matrimônio, a masturbação era consentida; quanto aos papéis sexuais, ao homem cabia promover alianças latifundiárias, enquanto a mulher deveria servir às alianças latifundiárias; o casamento acontecia interclãs a fim de manter a herança; e o crescimento demográfico evidenciava baixa natalidade e alta mortalidade⁽⁴⁷⁾.

A família camponesa dos séculos XVI e XVII se estruturava em função das necessidades de prover a sobrevivência. O lar era o lugar de bens de produção essenciais e proteção contra ameaças externas; a educação visava à renúncia da individualidade; as relações intrafamiliares e a autoridade sobre os filhos baseavam-se no sistema matriarcal, sendo que as crianças eram punidas com castigos físicos, e Deus e o pároco eram vistos como representantes da autoridade; o valor buscado era a fertilidade; na vida sexual antes do matrimônio, praticava-se a sodomia; o homem tinha função de nutrir a família, enquanto a mulher deveria protegê-la; o

casamento acontecia pela seleção natural baseado na endogamia; e havia altas taxas de natalidade e mortalidade⁽⁴⁷⁾.

A família burguesa do século XIX se estruturava em função da necessidade de transmitir os interesses da classe dominante emergente. O lar era o lugar de lazer, refúgio e intimidade; a educação objetivava a renúncia ao corpo/mente; os pais eram vistos como modelo de identificação, sendo que havia a autoridade parental e a punição acontecia pela retirada do amor ou pela culpabilização; o valor buscado era a eficiência; na vida pré-sexual, a masturbação era reprimida, havia separação entre amor e sexo e predominância da moralidade machista; ao homem cabia a manutenção da casa e a mulher era responsável pela criação dos filhos; o casamento acontecia por imposição ou pressão dos pais, com a finalidade de preservar ou acumular bens; havia baixas taxas de natalidade e mortalidade⁽⁴⁷⁾.

A família operária do século XIX se estruturava em função da preservação do mito da prosperidade a alcançar. O lar era o lugar de satisfação das necessidades básicas de sobrevivência; a educação objetivava a renúncia à posse das fontes de produção de bens; prevalecia a autoridade patriarcal, sendo que os castigos caracterizam-se como físicos e abandono; o valor buscado era a obediência; na vida sexual antes do casamento, havia o incesto; o homem e a mulher tinham o papel de mantenedores da casa; o casamento se dava por escolha individual ou aleatória; havia altas taxas de natalidade e mortalidade⁽⁴⁷⁾.

A família do limiar do século XXI se forma a partir da necessidade de convivência e do desejo de procriação. O lar tem a função de prover segurança física e psicológica; a educação tem como objetivo desenvolver aptidões específicas para a vida competitiva; os filhos são depositários das expectativas parentais e a autoridade é compartilhada pelos pais; o valor buscado é a capacidade competitiva; na vida antes do casamento, há a experimentação de formas distintas de obter prazer; os papéis sexuais são equivalentes, ressalvadas as diferenças quanto aos papéis reprodutivos; o casamento ocorre por livre união consensual; há baixas taxas de natalidade e mortalidade⁽⁴⁷⁾.

Assim, na sociedade moderna e contemporânea, a família deixou de ser extensa e passou a caracterizar-se como nuclear; perdeu sua estrutura multifuncional, deixando, assim, de atuar como unidade de produção e consumo, detentora de mecanismos de transmissão cultural de valores e normas, de integração social de seus membros, de socialização primária e secundária das

novas gerações, de controle da propriedade, entre outras. Tais funções foram assumidas por instituições como a escola, a fábrica, o mercado, os meios de comunicação, a igreja e outras. No entanto, a família manteve algumas funções, dentre as quais a estabilização do equilíbrio da personalidade adulta e socialização primária dos novos membros⁽⁵³⁾.

A família, composta por pai, mãe e crianças, vivendo em um mesmo espaço, constitui uma estrutura familiar por meio da qual a sociedade idealiza as relações entre pais e filhos. Fora desse contexto, as famílias são consideradas desestruturadas e fontes de problemas comportamentais e emocionais. Isso porque a sociedade tem como expectativa que a família nuclear seja produtora de cuidados, proteção, aprendizagem dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover qualidade de vida e inclusão social de seus membros⁽⁵⁴⁾.

Assim, a importância da família nuclear não reside apenas no fato de ela ser o arranjo doméstico estatisticamente preponderante, mas no valor simbólico de que tal formação foi revestida, representando, para a maioria da população, o modelo hegemônico, o referencial e o ideal de ordenação da vida doméstica⁽⁵⁵⁾.

As modificações do cenário social implicam no surgimento de novas formações de família que se adaptam aos diferentes comportamentos e relações assumidos pelo ser humano na sociedade. Dessa forma, fatores como as mudanças na legislação que regula as relações conjugais e de filiação; a ruptura da dicotomia entre papéis públicos e privados, segundo o gênero; o crescente processo de individualização econômica e cultural dos sujeitos; a pluralização dos estilos de vida; a igualdade entre os sexos e a ruptura de casamentos insatisfatórios, influenciam novas formações familiares⁽⁵³⁾.

É preciso, então, olhar a família no seu movimento de organização e reorganização, o qual possibilita os arranjos familiares que reforçam a necessidade de desmistificar o estigma sobre as diferentes formas de família, as quais se relacionam intrinsecamente com o contexto sociocultural.

A família pode ser vista como um grupo de pessoas que convive de forma hierarquizada e mantém laços afetivos e de cuidado entre seus membros; “assim, as pessoas que convivem numa ligação afetiva podem ser um homem e uma mulher e filhos biológicos, ou uma mulher, sua afilhada e um filho adotivo, ou qualquer outro arranjo”^(56:26).

Nesse contexto, a sexualidade corresponde ao ponto de partida das transformações familiares no mundo contemporâneo, pois é no seio da família que a revolução dos costumes sexuais gera um novo modelo de moralidade. Esse processo acontece paralelo aos movimentos reivindicatórios dos direitos da mulher e dos homossexuais, ao questionamento do autoritarismo, à falência da religião como reguladora do comportamento humano e das ideologias políticas, ao advento das novas tecnologias e à ascensão do poder jovem⁽⁴⁷⁾.

Nesse sentido, a organização familiar se pauta em tendências que se mostram na pluralização das formas familiares, no aumento das famílias monoparentais e com um único elemento e, ainda, no surgimento de famílias reconstituídas a partir da ruptura de casamentos e formação de novos tipos de relacionamentos⁽⁵³⁾.

Assim, o conceito de família pode ser elaborado a partir de muitas perspectivas. Do ponto de vista antropológico, podem ser vislumbradas conceituações diversas entre as chamadas categorias sociais.

Para a elite, a família significa uma linhagem que mantém um espírito corporativista entre seus membros; as camadas médias incorporam a família nuclear identificada na modernidade; e os grupos populares veem a família como parte das atividades domésticas cotidianas e das redes de ajuda mútua. Isso implica nas variadas formas de se pensar família⁽⁵⁷⁾.

Nessa perspectiva, é importante considerar a diferença entre unidade doméstica e família. A unidade doméstica refere-se à vida familiar a partir da moradia, sem compreender a complexa dinâmica das relações familiares. Por outro lado, a família pode ser caracterizada como relações que se estabelecem dentro de uma lógica e que se estendem no tempo através das gerações. Essas relações apresentam dimensões temporais que se expressam nas fases de formação do núcleo familiar como formação inicial, expansão e declínio, numa versão clássica de família; porém, essa formação pode ocorrer diversamente.

Nesse sentido, “[...] especialmente em grupos populares, as etapas do ciclo doméstico não são nítidas. Muitas vezes o nascimento de netos precede o casamento de seus pais ou a formação de um novo núcleo [...] há uma tendência crescente em todas as classes de filhos adultos voltarem para a casa dos pais em momentos difíceis, seguindo um divórcio ou a perda de emprego. Assim, hoje em

dia, o ciclo familiar baseado na nuclearização das famílias não é nada evidente”^(57:54).

A estrutura familiar se forma e é constituída por membros de diferentes origens, pois “[...] não há receita para definir os membros relevantes de uma rede familiar. Essa pode ou não incluir consangüíneos [...], parentes por casamento [...], padrinhos e compadres [...], e simplesmente amigos que, depois de ter compartilhado uma experiência particularmente intensa, acabam se sentindo membro da família”^(57:54).

Além disso, embora seja a mais comum, a família nuclear, monogâmica, heterossexual e com finalidade procriativa não é a única na sociedade ocidental. Com o advento do divórcio, houve uma multiplicação de novos arranjos familiares, o que permite aos indivíduos a construção de novos tipos de alianças, como as famílias de acolhimento, recompostas e monoparentais⁽⁵⁸⁾.

Nesse contexto, surgem, por exemplo, as famílias homoparentais, nas quais os vínculos afetivos se formam entre pessoas do mesmo sexo, sejam elas, homossexuais, transexuais ou travestis. Esses relacionamentos possibilitam a formação de arranjos familiares nos quais um dos cônjuges pode ter filhos individualmente.

Dessa forma, “recusar chamar de ‘família’ esses arranjos, negar a existência de um vínculo intrafamiliar entre os seus membros [...] e impedir que tenham um estatuto legal, significa ‘fixar’ a família dentro de um formato único, que não corresponde à diversidade de expressões adotadas por ela nas sociedades contemporâneas”^(58:129).

Então, quando se pretende compreender situações vivenciadas, é necessário considerar que as definições de família são variadas e, nesse sentido, dá-se a preferência em falar de dinâmicas e relações familiares, e não de um modelo ou unidade familiar. Assim, é possível definir o laço familiar como uma relação marcada pela identificação estreita e duradoura entre determinadas pessoas que reconhecem entre elas certos direitos e obrigações mútuos. Tal identificação, muitas vezes, origina-se de fatos alheios à vontade da pessoa, em alianças conscientes e desejadas ou em atividades realizadas em comum⁽⁵⁷⁾.

Os laços familiares se constituem a partir de relações que tornam o ser humano social, na medida em que revela o mundo social, fala sobre a sociedade. Sendo assim, a condição de existência da família, e, conseqüentemente, da

sociedade, foi o desaparecimento da família consanguínea, a fim de que se formassem grupos dispostos a reconhecer seus limites e abrir-se aos outros, e entender que há laços para além dos consanguíneos que determinam a configuração da sociedade⁽⁵⁹⁾.

Dessa forma, é possível perceber que a família funda o social e que suas relações são estabelecidas como trocas, fazendo parte de um sistema global e de comunicação que constitui a sociedade humana, a qual é formada por indivíduos e grupos que se comunicam entre si e coexistem a partir de regras previamente estabelecidas.

Posso dizer que “a família constitui-se, então, na dualidade entre a afirmação do que se pode fazer e do que não se pode, configurando um universo de regras num duplo sentido, como regras de prescrição e regras de proibição”^(60:39). A família se caracteriza como a unidade básica da organização social e, para defini-la, é necessário reportar-se a diferentes termos, tendo em vista as diversas formações que se apresentam.

Por esse motivo, muitos estudiosos se utilizam de termos como laços familiares, famílias, vida familiar ou formas empíricas de família; mas, independentemente da discussão lógica e conceitual, é relevante que a família seja compreendida como o intercâmbio simbólico entre gêneros e gerações; mediação entre cultura e natureza; e mediação entre esfera privada e esfera pública. A família, então, deve ser entendida tanto como relação intersubjetiva do mundo da vida, quanto como instituição⁽⁵³⁾.

A família pode ser entendida como uma instituição na medida em que atua como propagadora, transformando seus membros em multiplicadores de normas e valores que são compartilhados socialmente, legitimando práticas sociais que emergem da interação humana caracterizada pelas relações e pela intersubjetividade.

Nessa perspectiva, a família não constitui o único meio pelo qual o indivíduo pode ser socializado, mas tende a ser o primeiro grupo responsável pela tarefa socializadora, ou seja, constitui uma das mediações entre o homem e a sociedade. Dessa forma, a família interioriza e projeta em outros grupos os modelos de relação criados e recriados dentro do próprio grupo⁽⁶¹⁾.

Assim, o indivíduo elabora sua visão de mundo pautado em pensamentos institucionalizados dos quais decorrem os padrões de interação social, que “[...] são

como regras moldadas pelas instituições. Tendo-se uma regra, sabe-se como agir, e conseqüentemente, tem-se uma idéia do que seria esperado da interação. As instituições comportam as expectativas futuras dos indivíduos em várias situações sociais; quanto mais expectativas uma instituição cobrir, maior será a sensação de segurança ante o mundo”^(62:465).

Nesse sentido, “é preciso reconhecer que a instituição familiar, com o passar dos séculos, vem se alterando, mas apesar disso, é uma instituição mais estável do que outras existentes”^(63:25).

Apesar das mudanças nas formações familiares, as mesmas continuam sendo consideradas como unidades de provisão de cuidados para seus membros, no sentido de que fornecem atendimento às necessidades físicas e psicológicas e constituem unidade básica e primária de atenção à saúde.

Dentre as funções da família na sociedade, encontram-se a de perpetuar a espécie humana, cuidar dos mais velhos e inválidos, dar nome e status, socializar o indivíduo em relação aos padrões e normas sociais dominantes e dar segurança ⁽⁶²⁾.

Nesse viés, a família é vista como espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e proteção de seus membros, a partir dela são proporcionados suportes afetivos e materiais que são necessários para o desenvolvimento e o bem-estar do indivíduo. É na família que são absorvidos os valores éticos e aprofundados os laços e a solidariedade⁽⁷⁾.

Por ser unidade primária de cuidado aos seus membros, a família traz em si o que pode ser denominado de cuidado familiar, ou seja, um cuidar que envolve saberes socioculturais que estão imbricados pelo compartilhamento de crenças, valores, práticas e saberes que são transmitidos de geração em geração e caracterizam uma especificidade da família.

O cuidado familiar caracteriza-se pelas relações e interações sociais que a família desenvolve e, apesar de surgir como uma especificidade, fortalece-se a partir da rede de suporte social formada por parentes, amigos e vizinhos. Dessa forma, o cuidado familiar objetiva crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar, realização pessoal, inserção e contribuição social dos membros de uma família, seja individualmente ou em grupo⁽⁶⁴⁾.

Esse cuidado é imbricado pela cultura, pela moral e pelos valores, que são determinados por padrões que se perpetuam através das gerações e influenciam o modo de ser do indivíduo na sociedade, interferindo em suas decisões, como reflexo

de acontecimentos que permearam a vida dos antepassados. É o que pode ser denominado identidade familiar e que tem potencial influência nas diferentes formas de cuidado da família aos seus membros.

Os padrões de relacionamento e funcionamento da família, que são transmitidos aos seus descendentes, são compostos pelo conjunto de tabus, atitudes, mitos, crenças, rituais, legados e lealdades⁽⁶⁵⁾.

Dentre esses, a lealdade é considerada como um conceito primordial para o entendimento dessa relação, ela pode ser definida como uma força que efetiva um sujeito num grupo e lhe exige o compromisso de obedecer às regras do sistema e cumprir os mandatos que lhe são delegados.

Os valores ou crenças incluem segredos, mitos, tabus, rituais e cerimônias que correspondem à ideologia familiar. As crenças definem a identidade familiar no que se refere aos aspectos religiosos, morais, cognitivos e pessoais.

Os mitos são elementos organizadores que garantem a coesão interna e a proteção externa da família, sendo explicações de aspectos da vida que conscientemente são difíceis de serem compreendidos.

Os segredos são formas de esconder fatos que não correspondam às exigências estabelecidas pelos padrões familiares ou sociais; eles favorecem a individualização do sujeito. Os ritos e rituais deixam claros os papéis e delimitam as fronteiras e regras familiares. E os legados incluem bens financeiros e instruções, constituem o fenômeno que revela para as gerações seguintes os principais aspectos da família atual e o que se espera que tenha continuidade.

Os padrões de comportamento, relacionamento e aprendizagem, que são definidos nesse processo, permitem a inclusão do indivíduo na sociedade e são os mesmos que constituem as maneiras de cuidar que são estabelecidas e transmitidas aos descendentes. Assim, a família pode ser vista como uma fonte de informações importantes sobre o cuidado a ser oferecido aos seus membros acometidos por algum agravo à saúde.

Por isso, a família tem recebido um olhar diferenciado dos profissionais de saúde, principalmente da saúde mental, tendo em vista que a reestruturação do atendimento no modo de atenção psicossocial privilegia a reinserção familiar e social do indivíduo em sofrimento psíquico, ao contrário do que se praticava no cuidado prestado segundo o modelo asilar, no qual o distanciamento da família significava uma forma de tratamento e proteção do doente. No modelo atual de atenção

psicossocial, é necessário considerar que um atendimento na comunidade, sem uma estrutura institucional que propicie esta separação, exige que os dois atores – família e agentes – estabeleçam uma espécie de acordo com vistas a um trabalho conjunto. A presença do familiar passa, dessa forma, de importante a necessária, e essa necessidade determina o próprio âmbito de ação da instituição⁽⁸⁾.

Nesse contexto, os familiares estão sendo convidados a participar dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, a fim de que se estabeleça uma relação entre família, usuário e serviço, relação esta que pode proporcionar o atendimento integral ao indivíduo em sofrimento psíquico e à família enquanto ser de cuidado. Essa estratégia de inclusão da família no cuidado possibilita um conhecimento mais aprofundado das necessidades do usuário e de seus familiares.

Dessa forma, a família é concebida como uma instituição de cuidado aos seus membros. As expectativas sociais sobre a presença de pessoas cuidadoras nos grupos familiares é fruto da forma de conceber a família em um determinado contexto sociocultural e econômico, e a forma de entender a família determinará a maneira de compreender o cuidado como atribuição dentro do grupo familiar. No caso do cuidado a pessoas dependentes, entende-se que o cuidado cotidiano se dá no contexto da família⁽⁶⁶⁾.

A necessidade de incluir a família nos serviços de atenção em saúde mental pode ser verificada pelo fato de que a convivência com um membro em sofrimento psíquico acarreta, muitas vezes, a sobrecarga, o sofrimento e o isolamento familiar.

A sobrecarga pode associar-se tanto à sintomatologia da doença como às dificuldades financeiras, ao preconceito, à estigmatização, ao sentimento de culpa e responsabilidade de cuidado contínuo. O sofrimento aparece juntamente com a doença, e o isolamento consiste em uma forma de lidar com o adoecimento e permanecer com o paciente no momento da crise⁽⁶⁷⁾.

Isso ocorre porque, na maioria das vezes, a família não tem conhecimento suficiente sobre o curso da doença e as medicações utilizadas pelo usuário. Nesse sentido, sua inserção no tratamento permite um esclarecimento sobre a situação vivenciada e o vislumbrar de novas possibilidades de relacionamento com o indivíduo em sofrimento psíquico e a equipe multiprofissional.

Dessa forma, a atenção psicossocial tem buscado unir saberes e práticas em um campo de tensão e conflitos cotidianos, a fim de tecer uma rede complexa que dê um novo sentido para usuários, familiares, profissionais e serviço⁽⁹⁾.

É relevante a participação da família no tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico, pois, para que este tenha um bom funcionamento social, há a necessidade de um suporte familiar satisfatório, o que, muitas vezes, é dificultado pelas relações conflituosas de vínculo entre família e usuário.

Conviver cotidianamente com indivíduos que apresentam transtornos mentais e proporcionar cuidado aos mesmos impõe uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais⁽⁵¹⁾. Isso porque o convívio com o portador de transtorno mental impõe aos seus familiares a vivência de sentimentos e emoções que, consciente ou inconscientemente, são difíceis de elaborar e entender. Tal situação evidencia a grande necessidade de intervenções que acolham o sofrimento apresentado, considerando a subjetividade das pessoas e favorecendo a dinâmica de ajuda mútua⁽¹⁰⁾.

O primeiro contato dos profissionais com os familiares se dá quando estes procuram o serviço em busca de atendimento para seu parente. Nesse momento, há a oportunidade de acolher não somente o indivíduo em sofrimento psíquico, mas também o familiar, a fim de fornecer auxílio e suporte para enfrentar as dificuldades no relacionamento com a loucura⁽⁵¹⁾.

No acolhimento, os profissionais da saúde mental podem identificar as necessidades dos indivíduos em sofrimento psíquico e de seus familiares e, a partir de então, estabelecer estratégias que possibilitem amenizar o sofrimento e a culpabilização da família devido ao acontecimento da doença mental.

Com esse atendimento, “os membros da família geralmente se beneficiam de orientações dadas sobre a doença e seu tratamento, e do aconselhamento familiar, que proporciona apoio emocional e dicas práticas sobre como interagir com o portador de transtorno mental. Reuniões com o paciente e com a família também podem ser uma boa fonte de orientação, e são especialmente úteis no aperfeiçoamento das habilidades de comunicação e para o aprendizado de estratégias úteis para enfrentar a doença. Melhorando a forma como a família enfrenta a doença, pode-se reduzir a sobrecarga sobre a família e reduzir os sintomas e as incapacidades do doente”^(11:586).

Nesse sentido, “[...] a experiência da família com a enfermidade de um dos seus é única e singular, bem como suas respostas as demandas frente ao adoecimento. É preciso entendê-la na sua diversidade de comportamento a partir das adversidades que enfrenta, pois este grupo familiar contribui com o processo

terapêutico, devendo assim ser considerado sujeito da ação, e não, um simples receptáculo de informações, passivo e inerte”^(12:138).

Sendo assim, conhecer a família e inseri-la na assistência em saúde mental significa entendê-la como um sujeito do cuidado, que colabora para a implementação de ações que visem à reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico e que também recebe o cuidado oferecido pela equipe multiprofissional.

Dessa forma, o objeto do presente estudo foi delimitado considerando a importância dos serviços de assistência substitutivos ao modelo manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial, especificamente aqueles que atendem a crianças e adolescentes, e a necessidade de compreender o tipo vivido dos familiares dos usuários de um CAPSi.

A escolha pelo estudo do tipo vivido de familiares de usuários de um CAPSi significa uma tentativa de desvelar, não somente as vivências de famílias de indivíduos em sofrimento psíquico, mas quais significados estão imbricados nas variadas definições do termo família, propriamente dito.

Ao compreender o tipo vivido de familiares de usuários de um CAPSi, poderei contribuir para o desenvolvimento da relação sujeito-sujeito no que se refere ao cuidado oferecido ao binômio usuário-família naquele serviço. Para tanto, utilizei o referencial teórico-filosófico da fenomenologia social de Alfred Schütz.

5 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO DA FENOMENOLOGIA SOCIAL

5.1 Opção pelo referencial teórico-filosófico da fenomenologia social

O cuidado em saúde mental requer a compreensão de como o indivíduo em sofrimento psíquico e seus familiares vivenciam o mundo e as relações que desenvolvem nesse âmbito. Para tanto, penso que a fenomenologia social, como referencial teórico-filosófico e metodológico, permite alcançar a essência do fenômeno vivenciado pelos sujeitos, que nesse estudo se caracteriza pelo tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Entendo que compreender o tipo vivido, as motivações e o contexto de significado das experiências dos referidos familiares poderá contribuir para a formação profissional e para a implementação de ações, tanto da equipe multiprofissional quanto da enfermagem em saúde mental, para o binômio usuário-família no contexto da atenção psicossocial.

Isso porque o novo direcionamento da atenção em saúde mental trouxe para a família a responsabilidade conjunta do cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico que recebe atendimento em serviços substitutivos. E, nesse contexto, há a preocupação, tanto da equipe multiprofissional quanto da família, em interagir para a promoção da reabilitação social, o que se evidencia a partir de estudos científicos que tratam das relações entre usuários, familiares e equipe.

Esses estudos, em sua maioria qualitativos, demonstram as dificuldades que os familiares têm apresentado no cuidado cotidiano dos indivíduos em sofrimento psíquico como as mudanças de rotina, o sofrimento, a sobrecarga e o desconhecimento acerca da doença e do tratamento, entre outros, principalmente em relação aos familiares de indivíduos adultos que são usuários dos serviços substitutivos em saúde mental^(9;10;11;12;17;18;64;67).

Há também, nesse âmbito, pesquisas que revelam as particularidades do atendimento da equipe multiprofissional em saúde mental aos usuários e familiares, sendo que em relação a esses o cuidado é dificultado pelas restrições do relacionamento equipe-família. Em outros casos, é possível perceber a tentativa de implementação de alternativas para aproximar a família do cuidado^(9;12;15;16;51;68).

Quanto ao atendimento a crianças e adolescentes usuários de tais dispositivos e seus familiares, percebo que os estudos qualitativos são escassos, pois se apresentam pesquisas voltadas principalmente à análise quantitativa, nas quais o enfoque é dado para fatores que predisõem os indivíduos à doença mental, estratégias de atendimento aos usuários e seus familiares e preparo profissional para o cuidado ao binômio usuário-família entre outras questões⁽⁶⁹⁻⁷⁷⁾.

Dessa forma, acredito que a pesquisa qualitativa de caráter social e fenomenológico poderá desvelar aspectos das vivências dos sujeitos desse estudo, no qual investiguei as motivações e os significados que os familiares atribuem ao atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Assim, penso que, para entender o tipo vivido dos referidos familiares, é preciso ouvir seus motivos e o significado que dão as suas experiências enquanto família de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. Para tanto, é necessário ter em vista que esses familiares desenvolvem no mundo vivido relações imbricadas de intencionalidade, valores, costumes e crenças que se desvelam na intersubjetividade, o que os caracteriza como um grupo típico de sujeitos.

Esse grupo de sujeitos compartilha pensamentos e age no mundo social de maneira semelhante frente à expectativa de buscar atendimento no CAPSi, o que caracteriza ações intencionais típicas deste grupo de sujeitos. Esta caracterização permite a construção do tipo vivido dos sujeitos, o qual representa a descrição dessas ações intencionais típicas.

5.2 O mundo social e a tipificação em Alfred Schütz

A fenomenologia social busca compreender o comportamento humano de um grupo social que vivencia uma situação determinada. Para tanto, traz como pressupostos que o mundo em que vivemos é dado desde o nosso nascimento, ou seja, ele já está aí antes mesmo de nós existirmos; trata-se de um mundo constituído pelas relações de semelhantes, que podem ser nossos antecessores, nossos contemporâneos e nossos sucessores⁽⁷⁸⁾.

Para compreender as relações entre os seres humanos, é preciso entender o que é o mundo da vida cotidiana. Pois esse mundo nada mais é do que o mundo

intersubjetivo, o qual se dá por meio da nossa experiência e interpretação. Isso porque a interpretação se baseia num estoque de experiências anteriores, próprias do indivíduo ou agregadas por ele por meio daqueles que fazem parte do seu cotidiano⁽⁷⁸⁾.

O *mundo da vida cotidiana* constitui-se num mundo circundante, comum e comunicativo, que significa a realidade fundamental e eminente do homem, ou seja, o âmbito da realidade pressuposta pela atitude natural⁽⁷⁹⁾.

Esse mundo pressuposto, e que existe antes de nós, traz em si uma tipicidade que é transmitida por nossos antecessores e repassada aos nossos sucessores. Isso porque “as experiências inquestionáveis são experimentadas desde o começo como típicas”^(80:91).

Nesse sentido, penso que os familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil experenciam um mundo cotidiano que os caracteriza com ações típicas devido ao fato de compartilharem as vivências do cuidado a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Sendo que essa experiência constitui um *estoque de conhecimento* do qual o indivíduo se utiliza para relacionar-se.

Esse estoque de experiências caracteriza a *situação biográfica determinada* do indivíduo, a qual se constitui pela história de vida pessoal construída em um meio físico e sociocultural em que ocupa uma posição social, moral e ideológica. Assim, essa situação pode ser entendida como o momento da vida no qual o indivíduo se encontra⁽⁷⁸⁾.

Dessa forma, a situação é determinada em termos biográficos da sua história, e a sedimentação de todas as experiências anteriores do indivíduo, organizadas de acordo com as posses de seu estoque de conhecimento à mão, que é posse unicamente dele, dada a ele e a ele somente. Essa situação biográfica determinada inclui possibilidades de atividades teóricas e práticas futuras, chamadas aqui de *propósito à mão*⁽⁷⁸⁾.

Nesse contexto, o estoque de conhecimento serve como um código de interpretações de suas experiências passadas e futuras, determinando as que estão por vir, sendo imbricado pela objetividade e pela subjetividade caracterizada por preconceitos, credences, suposições, adivinhação, coisas que bastam acreditar e por coisas que simplesmente são ignoradas. Esse estoque de conhecimento à mão

possibilita aos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil relacionar-se com outrem no mundo intersubjetivo.

A *intersubjetividade* é pressuposta como uma qualidade óbvia do nosso mundo cultural. Esse mundo se caracteriza como intersubjetivo porque os homens vivem nele entre outros homens com quem tecem influências e tarefas comuns, compreendendo os demais e sendo compreendido por eles, permeado por uma textura de sentido elaborada a partir das ações humanas⁽⁸⁰⁾.

A compreensão do mundo intersubjetivo permite inferir que o conhecimento do eu é socializado devido à reciprocidade das perspectivas, à origem e à distribuição social do mesmo⁽⁸⁰⁾.

Nesse sentido, é possível entender que o mundo da vida cotidiana não é um mundo privado do eu, mas um mundo intersubjetivo compartilhado com os semelhantes, vivenciado e interpretado pelo eu e pelos outros, tornando-se um mundo comum a todos nós⁽⁷⁸⁾. É dessa forma que nos tornamos pessoas para os outros e eles se tornam pessoas para nós, tendo em vista que o ambiente no qual se dá a conexão intencional de nossas vidas conscientes é comum. Sendo assim, penso que a intersubjetividade é possível aos familiares de crianças e adolescentes com transtornos psíquicos, tendo em vista que compartilham um ambiente e ações típicos.

Essa intersubjetividade permite que o eu capte a corrente de pensamento subjetiva do outro no presente vivido, nesse momento há a compreensão do outro e, a partir daí, o conhecimento do mundo social.

Assim, é possível compreender o mundo por meio da interpretação das experiências do eu e do outro. No entanto, o eu interpreta do outro apenas o que lhe é apresentado pela intencionalidade do outro no presente vivido.

Diante disso, “é muito importante penetrar na estrutura dessa compreensão o suficiente para ver que só podemos interpretar experiências pertencentes a outras pessoas em termos das experiências que nós próprios vivemos delas”^(78:166). Para tanto, torna-se relevante captar o que acontece na mente do outro, acontecimentos cujas indicações são exteriorizadas em movimentos, gestos e palavras que tornam possível a comunicação. Para isso, o eu utiliza-se de experiências semelhantes por ele vividas, a fim de compreender a experiência do outro.

No mundo intersubjetivo, o ser humano se relaciona com os outros seus semelhantes, dos quais pode compreender somente o que lhe é exteriorizado, tendo

em vista que em um relacionamento o indivíduo demonstra apenas o que lhe interessa e o observador procura compreender o outro a partir dessa perspectiva, buscando analogias em experiências das quais já participou, ou seja, no seu *estoque de conhecimento a mão*.

O ser humano, nascido em um mundo social, vive nele sua existência cotidiana, o experimenta como construído ao seu redor, aberto a sua interpretação e ação; porém, sempre com referência a sua *situação biográfica determinada*⁽⁸⁰⁾.

Essa situação relaciona-se à vida e à história pessoal de cada um dos indivíduos que se encontram no mundo social e constitui a sedimentação de todas as experiências vividas por alguém.

Dessa forma, a *situação biográfica determinada* de um indivíduo constitui-se de conhecimentos adquiridos ao longo de sua vida por experiências próprias ou comunicadas por seus familiares, por seus mestres e, de modo geral, pelos mais velhos⁽⁸¹⁾.

O *mundo social* pode ser definido como o lugar no qual o homem nasce e tem de achar seu caminho, é por ele vivenciado como uma rede fina de relacionamentos sociais, de sistemas de signos e símbolos com sua estrutura de significados particular, de formas institucionalizadas de organização social, de sistemas de *status* e prestígio⁽⁷⁸⁾.

As relações do *mundo social*, entendido como um conjunto composto pelo mundo cotidiano e pela presença de semelhantes, predecessores, contemporâneos ou sucessores, acontecem direta e indiretamente.

As *relações diretas* podem ser estabelecidas em um *relacionamento face a face*, no qual os indivíduos interagem de forma íntima e cotidiana. Já as *relações indiretas* são estabelecidas com sujeitos que fazem parte do mundo da vida, mas que existem sob a forma de um tipo determinado e não necessariamente enquanto um sujeito conhecido, ou seja, apesar de ser contemporâneo a nós, ele está distante do ponto de vista de nosso relacionamento.

Dessa forma, as relações sociais são permeadas por ações desempenhadas por indivíduos que fazem parte do mundo social e resultam de condutas realizadas com um determinado fim. Além disso, essas ações são impulsionadas por intenções do ator – no caso, o familiar de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico – que as realiza e orientadas para uma significação que somente o ator pode

interpretar, tendo em vista que na ação são mostrados os resultados de uma conduta de acordo com o que o ator quer exteriorizar, e a partir daí o investigador social poderá compreender os motivos da ação. Tais motivos podem ser classificados em *motivos para* e *motivos porque*, no âmbito da fenomenologia social.

Os *motivos para* designam uma categoria subjetiva na medida em que demonstram a projeção de uma ação em um tempo futuro; e os *motivos porque*, uma categoria objetiva, pois se relacionam ao ato concreto que pode ser acessado em um tempo passado. Dessa forma, os *motivos para* pertencem apenas ao ator e somente são acessíveis ao observador quando este questiona o ator a respeito do ato, ou acessíveis ao próprio ator em um momento de retrospectiva. Os *motivos porque*, por sua vez, podem ser inferidos pelo pesquisador quando este reconstrói a atitude do ator em sua ação.

Nesse sentido, os questionamentos dessa pesquisa envolvem a reflexão dos sujeitos, familiares de usuários de um CAPSi, acerca dos *motivos para* e *motivos porque* do fenômeno estudado, ou seja, o tipo vivido dos referidos sujeitos.

Em relação ao motivo posso dizer que “ao interpretar o ‘motivo’ do ator ao considerá-lo como suas *expectativas*, podemos dizer que o contexto motivacional é, por definição, o contexto de significado dentro do qual se encontra determinada ação em virtude do seu status como projeto ou ato de um determinado ator. Em, outras palavras, o ato assim projetado no tempo futuro perfeito e em função do qual a ação recebe sua orientação, é o ‘motivo-para’ (*Um-zu-Motiv*) para o ator”^(79:116-7).

Já o contexto de significado do motivo, porque se constitui num olhar retrospectivo em relação à ação, pode observar a ação motivada e sua vivência motivadora num tempo pretérito. Por isso, o contexto de significado é também diferente em cada momento em que olho retrospectivamente as vivências desde um novo aqui e agora⁽⁷⁹⁾.

A compreensão do mundo e dos outros que coexistem com o indivíduo é possível a partir da reciprocidade de motivos, que se caracteriza pela ação e reação dos sujeitos envolvidos no ato. Dessa forma, a reação desejada e esperada do outro é o *motivo para* do primeiro ator. Se o outro compreende essa intenção e responde, o *motivo para* de quem iniciou a interação torna-se o *motivo porque* de quem reage⁽⁷⁸⁾.

Os *motivos para* e os *motivos porque* da ação de um indivíduo determinam a tipificação, ou seja, um modelo científico do mundo social no qual o indivíduo pode ser enquadrado. Isso corresponde a uma idealização, no sentido de ideia, não de uma pessoa em particular, mas de um tipo social constituído pelo estoque de conhecimento que se tem sobre o mundo e que determina esquemas interpretativos do mundo social, logo, *motivos para* e *motivos porque* agem de maneira semelhante.

Nesse sentido, nos tipos ideais habituais, a motivação pessoal é substituída por padrões de comportamento culturalmente estandarizados⁽⁷⁸⁾. Assim, um indivíduo é conhecido como pertencente a um grupo que tem características comuns e o determinam enquanto um tipo social, ou seja, que apresenta um comportamento e uma função social. A *tipificação*, portanto, não individualiza o sujeito e sim o faz pertencer a um grupo social que possui características típicas do comportamento vivido.

Dessa forma, o *tipo vivido* emerge de características próprias que tipificam o sujeito numa descrição vivida do comportamento social, ou seja, da semelhança dos *motivos para* e *motivos porque*, que podem ser transmitidas pela comunicação e pela linguagem nas relações interpessoais.

Para que a ação aconteça, é necessário que o indivíduo acesse seu estoque de conhecimento, que define sua situação biográfica determinada, para interpretar o mundo e comportar-se de um modo típico. Nessa perspectiva, posso dizer que “todo tipo de estoque de conhecimento do mundo da vida é um contexto de sentido ‘estabelecido’ em experiências do mundo da vida. Dito de outra forma: o tipo é uma relação uniforme de determinação sedimentada em experiências anteriores”^(79:225).

Assim, é necessário considerar a indefinição de algumas experiências que podem surgir e que não foram anteriormente acessadas e desconhecidas; então, o indivíduo pode utilizar-se de seu *sistema de relevâncias*, a fim de escolher a prioridade no momento da ação.

O sistema de relevâncias determina que elementos do mundo vivido devem ser convertidos em uma generalização típica, que características desses elementos devem ser eleitas como típicas e quais devem ser consideradas exclusivas e individuais⁽⁸⁰⁾.

Além disso, “o sistema de tipificações e relevâncias compartilhado com os outros membros do grupo, define os papéis sociais, as posições e o *status* de cada

um. Essa aceitação de um sistema comum de relevâncias leva os membros do grupo a uma autotipificação homogênea^(78:82).

É importante considerar que o sistema de relevâncias é constituído pelas relevâncias impostas, as quais independem da vontade do indivíduo ao executar uma ação, e de relevâncias volitivas, que são caracterizadas pela vontade do indivíduo⁽⁷⁸⁾.

Nesse sentido, os motivos da ação envolvidos em uma situação intersubjetiva são passíveis de interpretação pelos indivíduos a partir da construção de um esquema de típicos dos *motivos para* e *motivos porque* do ator, nos quais são analisadas as atitudes e a personalidade do mesmo. Dessa forma, os motivos dos outros passam a ser os motivos das ações do eu, o que implica numa autotipificação⁽⁸⁰⁾.

A tipificação pode ser entendida como uma forma de abstração mais ou menos padronizada, mas também vaga de pensar o senso comum do mundo vivido. Nesse sentido, é possível caracterizar indivíduos em determinados tipos sociais.

Esses tipos sociais desenvolvem tipos determinados de ações e são considerados, pelo pesquisador, como um ser humano que realizaria a ação nas condições da existência humana. Na vida, os indivíduos realizam tipificações e realizam ações típicas, considerando o interesse em desenvolver tal ato⁽⁸¹⁾.

Dessa forma, indivíduos que pertencem a um mesmo grupo possuem um estoque de conhecimento embasado em pressupostos sócio-culturais semelhantes e apresentam experiências típicas, que correspondem aos seus interesses particulares e específicos, para resolver problemas em situações e maneiras tipificadas.

Para tanto, “as pessoas criam tipos no mundo do senso comum, de acordo com seus próprios critérios, subjetivamente, significativos, baseados em suas percepções e definições. O tipo não é o fruto da conduta particular de ninguém, puramente individual, mas é um tipo vivido que constitui uma certa convivência simultânea, social uma característica típica daquele grupo social que está vivendo aquela situação de comportamento vivido^(82:48)”.

A tipificação, nesse sentido, é formulada pelos atores sociais de forma subjetiva e caracteriza as ações de determinados grupos que se utilizam de formas típicas para agir em situações típicas por eles vivenciadas. Essa tipificação possibilita a compreensão do mundo cotidiano e social em que se realiza a convivência.

A partir da tipificação dos atores sociais, é possível compreender suas ações e interações no mundo e estabelecer relações que visam a alcançar algum propósito de acordo com o sistema de relevâncias a que os indivíduos estão submetidos, enquanto constituintes e constituídos pelo mundo que os circunda.

Nesse sentido, os referidos conceitos do referencial teórico-metodológico adotado se mostram adequados para responder aos questionamentos da pesquisa, a fim de compreender o tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil e; descrever suas motivações e os significados em relação ao atendimento recebido naquele serviço. Isso poderá contribuir para que a intersubjetividade da equipe com o binômio usuário-família se estabeleça de forma a possibilitar a melhoria da assistência dessa clientela.

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

6.1 Tipo de estudo

Como meu objetivo, neste estudo, foi compreender o tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, desenvolvi uma pesquisa de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica.

Utilizei o método fenomenológico, pois a fenomenologia pode me propiciar a possibilidade de focar a experiência dos familiares dos usuários sobre sua vivência social.

A fenomenologia é vista como “[...] um movimento cujo objetivo precípua é a investigação direta e a descrição dos fenômenos que são experienciados pela consciência, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos”^(83:50).

Nesse sentido, a fenomenologia, enquanto método, fundamenta-se na descrição das coisas, como modo de ir às coisas mesmas. Isso permite entender que o ser vê o mundo em que habita e o percebe por ele mesmo a partir da consciência de algo ou de outrem, ou seja, da intencionalidade que lhe é inerente⁽²⁾.

Para tanto, é preciso focalizar aquilo que se quer conhecer no mundo onde o ser se situa e que se oculta ou se mostra à sua percepção. Situado o fenômeno, posso descrevê-lo a partir do momento em que o coloco em “epoché” (entre parênteses), ou seja, pôr em suspensão crenças, valores, pressupostos, preconceitos, teorias que habitam meu pensamento sobre a coisa que quero investigar⁽²⁾.

A fenomenologia se aproxima do campo da saúde mental na medida em que o fenômeno é considerado de interesse para a enfermagem, por estar em ligação com as experiências subjetivas de pacientes/clientes e enfermeiros, pessoas que existem em um ambiente⁽⁸⁴⁾.

E o campo da observação do pesquisador social é a realidade social, a qual tem um significado específico e uma estrutura de relevância para os seres humanos que vivem, agem e pensam dentro desse contexto⁽⁷⁹⁾.

A fenomenologia é um referencial teórico metodológico filosófico que visa a desvelar a essência dos fenômenos, buscando o rigor da filosofia enquanto ciência, o que possibilita a análise fenomenológica dos atos humanos em sua essência⁽⁶³⁾.

Assim, o método fenomenológico caracteriza-se como um caminho para se compreender o sentido das coisas, interrogando continuamente o significado das vivências. Ele deriva de uma atitude, sem pressupostos, que objetiva proporcionar bases sólidas de uma ciência de rigor; funda-se na essência dos fenômenos e na subjetividade transcendental; é descritivo, não faz inferências e nem conduz a teorias metafísicas; se coloca como um conhecimento fundado nas essências; conduz à certeza e é uma atividade científica⁽⁸⁵⁾.

A preocupação da fenomenologia é descrever o fenômeno, não explicá-lo; é compreendê-lo, não achar relações causais. A descrição rigorosa do fenômeno é que permite chegar à sua essência⁽⁸⁶⁾.

Para se chegar à essência do fenômeno, ou seja, às significações vividas na existência humana concreta, Husserl, fundador dos pressupostos da fenomenologia, fala de redução eidética ou fenomenológica. Esse momento é chamado de epoché⁽⁷⁹⁾. A apropriação da atitude fenomenológica se dá através da intencionalidade da consciência, da epoché e da redução eidética⁽⁸⁷⁾.

Assim, a intencionalidade da consciência permite focalizar o fenômeno que se pretende conhecer no mundo onde o ser situa, sem pretensão de explicá-lo ou analisá-lo; a epoché é a atitude de pôr o fenômeno, as crenças, os valores e as ciências entre parênteses; na redução eidética, a consciência se volta para a coisa mesma a fim de descrevê-la enquanto tal, sem a pretensão de interpretá-la⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾.

Como a pesquisa fenomenológica busca a compreensão da coisa em si mesma, é passível de novas interpretações que conduzam a novas compreensões acerca da essência do fenômeno, por ter como objeto o mundo humano que se apresenta complexo, plural e inconclusivo. Assim, a fenomenologia é uma ciência do inacabamento.

A busca pela essência do fenômeno a ser investigado não se constitui em objeto final, pois a finalidade, na fenomenologia, é a existência e sua ligação com o mundo através de um envolvimento que precisa ser compreendido e conceitualizado⁽²⁾.

Nesse sentido, a fenomenologia descreve o fenômeno, que é o que aparece, como uma experiência vivida no mundo da vida^(87;88). Essa descrição do fenômeno possibilita ao pesquisador alcançar a essência do mesmo, ou seja, aquilo sem o qual o fenômeno deixa de ser o que é.

Ao explicitar a essência de determinado fenômeno, o pesquisador pode compreendê-lo, e compreender significa expressar o fenômeno em todos os seus aspectos, não os tomando isolada e abstratamente⁽⁸³⁾.

Dessa forma, a compreensão do fenômeno acontece ao se considerar a intersubjetividade, segundo a qual tudo acontece de maneira interligada, nas relações que os seres desenvolvem entre eles e com o mundo vivido. Isso porque na existência há também a existência de outro, ou seja, ser-no-mundo significa também ser com outros.

Alfred Schütz (1899-1959) propõe o estudo dos processos de interpretação que utilizamos em nossa vida diária, cotidiana. O mundo social que Schütz se propõe estudar é aquele da vida cotidiana, vivida por pessoas comuns, tanto o daquelas simples e iletradas, como o daquelas cultas. Neste mundo, a maioria dos atos é realizada, muitas vezes, automaticamente, sem grandes elaborações racionais⁽⁸⁹⁾.

Esse mundo vivido, ou mundo da vida, constitui-se no mundo intersubjetivo, que é predicativo ao nosso nascimento e que é compartilhado com os outros, nossos predecessores, contemporâneos e sucessores, o qual se dá à nossa experiência e interpretação⁽⁷⁸⁾.

O ponto central da obra de Schütz é a percepção do mundo social como um fenômeno intersubjetivo, independentemente de como o sintamos, o mundo cotidiano não é constituído de nossas experiências privadas, particulares. Não é vivido independentemente dos demais indivíduos sociais; ao contrário, é compartilhado, é construído nas relações estabelecidas com outros atores a partir da comunicação. As nossas ações em um mundo social somente tomam sentido em relação às ações dos demais⁽⁸⁹⁾.

Essas ações que os indivíduos desenvolvem no mundo social, a fim de estabelecer relações intersubjetivas, são efetivadas a partir dos *motivos para e motivos porque* que definem os tipos sociais.

Daí decorre a tipificação, ou seja, a construção de um modelo científico do mundo social, que é feito de tipos de ação em processo e de tipos ideais de pessoas⁽⁸²⁾.

Dessa forma, o sistema, o papel, o *status*, a expectativa de papel, a situação, a institucionalização e todos os fatores designados por esses conceitos são elementos de uma rede de tipificações de indivíduos humanos, de seus padrões de linhas de ação, de seus motivos e objetivos, ou dos produtos sócio-culturais que se originaram de suas ações⁽⁷⁸⁾.

Assim, utilizando o método fenomenológico, compreendi a vivência da realidade por meio da descrição do fenômeno que a experiência oferece, para chegar a sua essência. Nesse sentido, pude compreender o tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil e; descrever suas motivações e o contexto de significados em relação ao atendimento recebido naquele serviço.

6.2 Campo do estudo

Este estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, localizado na cidade de Cascavel, Estado do Paraná. O termo "cascavel" origina-se de uma variação do latim clássico "caccabus", cujo significado é "borbulhar d'água fervendo". Segundo a lenda, o nome surgiu de um grupo de colonos que, pernoitando nos arredores de um rio, descobriu um grande ninho de cobras cascavéis, denominando, então, o local como "Cascavel". A sonoridade do guizo originou o nome da serpente: do latim "tinnabulum", significa, literalmente, "o badalar do chocalho". Símbolo de poder e sabedoria, a serpente era cultuada na antiguidade⁽⁹⁰⁾.

A cidade está situada no terceiro planalto do estado, na região oeste paranaense, com uma altitude média de 785 metros e uma área de 2.091 km², sua história conta que os índios caingangues habitavam esta região, que teve a ocupação iniciada pelos espanhóis em 1557, quando fundaram a Ciudad del Guairá, atual Guaíra⁽⁹⁰⁾.

Sua emancipação finalmente ocorreu em 14 de dezembro de 1952, juntamente com a da cidade vizinha, Toledo, mas por muito tempo a comemoração

se deu no dia 14 de novembro de cada ano, devido a uma confusão entre a proposta do Governador do Estado da época, e a efetiva assinatura da lei⁽⁹⁰⁾.

O município é conhecido como a Capital do Oeste Paranaense, por ser o pólo econômico da região e um dos maiores municípios do Paraná. Trata-se de uma cidade jovem e promissora, com cinquenta e sete anos de existência e trezentos mil habitantes, que consolidou a posição de pólo econômico regional e epicentro do Mercosul⁽⁹⁰⁾.

Cascavel destaca-se como pólo universitário, com mais de vinte e um mil estudantes de ensino superior distribuídos em sete instituições de ensino. Seu comércio e grande infra-estrutura industrial e de serviços demonstram toda a grandiosidade tecnológica da cidade. É também referência na medicina e na prestação de serviços.

A história dos serviços de saúde em Cascavel (PR) foi influenciada pelos movimentos que aconteceram no contexto sócio-econômico e político brasileiro na década de 1980, o que levou o município, em conjunto com outras doze cidades da região Oeste do Paraná, a assinar um convênio de Ações Integradas de Saúde, em 1985, a fim de alcançar um avanço na qualidade dos serviços de saúde. Assim, o atendimento à população passou a ser realizado por uma equipe multiprofissional composta por médicos gineco-obstetra, pediatra e clínico geral; enfermeiro; assistente social; agente social e auxiliar de enfermagem⁽⁹¹⁾.

Então, houve a implantação e operacionalização do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), ao qual o município aderiu a partir da assinatura do convênio em 1988. A partir daí, o referido sistema aperfeiçoou-se e foi implantado o SUS, no qual acontece o processo de descentralização dos serviços de saúde o que implicou na municipalização de atendimentos à população.

Em Cascavel, a descentralização aconteceu em etapas; sendo assim, em 1989, foram municipalizados os serviços básicos que incluem a pediatria, a gineco-obstetrícia e a odontologia; em 1991, o setor de vigilância sanitária e epidemiológica; em 1992, o Centro Regional de Especialidades, administrado pelo município e que depois passou a ser denominado Consórcio Intermunicipal do Oeste do Paraná, o qual abrange vinte e cinco municípios, que compõe a 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná⁽⁹¹⁾.

Em 1991, foi sancionada a Lei municipal número 2209/91, pela qual foi instituído o Conselho Municipal de Saúde, com vinte e um membros representantes de diversos segmentos da sociedade⁽⁹¹⁾.

A partir da descentralização da atenção à saúde, o município de Cascavel reorganizou seus serviços criando uma rede básica composta por 30 Unidades de Saúde, das quais 23 são Unidades de Saúde da Família, 04 são Unidades Básicas de Saúde de Referência e 03 desses serviços são Ambulatórios. Esses ambulatórios atendem o consórcio de saúde supracitado, a gestação de alto risco e 01 Centro de Doenças Infecto-Parasitárias.

A principal porta de entrada do sistema de atendimento acontece através das Unidades Básicas de Saúde. E o atendimento hospitalar acontece em cinco hospitais gerais e conveniados ao SUS, dos quais quatro são privados e um é público.

Os serviços de saúde do município são administrados pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Conselho Municipal de Saúde, desde a criação do Fundo Municipal de Saúde, em 1991, sendo que Cascavel está habilitada em Gestão Plena da Atenção Básica, segundo a Norma Operacional Básica do SUS (NOB) 1996, que foi substituída pela Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS (NOAS) 2001 e 2002. Para o encaminhamento da atenção primária à secundária, são utilizados impressos próprios e rotina estabelecida na central de consultas. Em caso de internação hospitalar, utiliza-se a Central de Leitos, implantada em 1995⁽⁹¹⁾.

Em relação ao atendimento em saúde mental, o município conta com um Centro de Atendimento à Saúde Mental, que funciona como um ambulatório para consultas psiquiátricas e atendimentos psicológicos; um CAPSad; um CAPSi; um CAPS III; residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospital geral para adolescentes usuários de drogas. Os indivíduos adultos em sofrimento psíquico, quando necessitam de internação, são encaminhados, conforme disponibilidade da Central de Leitos, a um hospital psiquiátrico localizado na cidade de Marechal Cândido Rondon (PR) ou para leitos psiquiátricos de um hospital geral localizado na cidade de Santa Terezinha de Itaipu (PR).

A Secretaria de Saúde de Cascavel oferece os serviços do CAPSi, desde o ano de 2002, a crianças e adolescentes de até 21 anos com diagnóstico de transtorno mental e de conduta. O centro desenvolve atividades terapêuticas e

preventivas, promove tratamento e habilitação, visando à recuperação e reinserção da pessoa junto à família e à comunidade.

Dentre as principais ações do CAPSi, estão: acolher crianças e adolescentes que necessitem de desintoxicação ou repouso; realizar atendimento à família e assegurar o acompanhamento; promover ações que estimulem os pacientes a participarem de atividades produtivas; realizar atendimento individual e em grupo; viabilizar o atendimento hospitalar; promover eventos culturais e recreativos; manter convênio com estabelecimento de ensino para oferecer campos de estágio; promover ações que privilegiem a saúde; respeitar e estimular a autonomia dos usuários, considerando suas decisões, interesses e necessidades⁽³⁹⁾.

Nesse serviço, são atendidos mensalmente cerca de 190 usuários. Os tratamentos realizados têm resultado a longo prazo, sendo que as crianças e os adolescentes frequentam o CAPSi em contraturno escolar e são atendidos por psiquiatras, enfermeiros, psicólogo, assistente social e nutricionista; e realizam, ainda, atividades em oficinas terapêuticas.

O serviço oferece aos usuários oficinas de artesanato, educação física, informática, leitura e vídeo. Além disso, são realizadas consultas com psiquiatras. E, atualmente, acontecem nas dependências do serviço, apenas visitas técnicas como parte do estágio da disciplina de Saúde Mental das faculdades do município.

Dessa forma, foi o fato de supervisionar atividades de estágio da disciplina de Saúde Mental que me motivou a escolher esse campo de pesquisa, além de me interessar pelo tipo vivido de familiares de usuários do referido serviço substitutivo.

6.3 Participantes da pesquisa

Entendo que as famílias dos usuários do CAPSi apresentam formações que diferem do conceito de família nuclear socialmente aceito como predominante, sendo constituídas por pai e filhos, mãe e filhos, avôs e netos, pai, mãe e filhos adotivos, entre outros. Dessa forma, a família é o que ela diz ser, e “[...] as relações familiares, de uma forma ou de outra, parecem continuar ocupando lugar de destaque na maneira em que a maioria de nós, vê e vive o mundo. Falar de família é evocar um conjunto de valores que dota os indivíduos de uma identidade e a vida de

um sentido. [...] Procuramos, por conseguinte, instrumentos para pensar as diferentes formas familiares numa perspectiva comparativa, perspectiva essa que recusa hierarquias etnocêntricas [...] e ao mesmo tempo, resgata a especificidade de cada configuração”^(92:58-9).

Nesse sentido, foram incluídos no estudo os familiares que mais se ocupam dos cuidados das crianças e adolescentes atendidos no CAPSi e que concordaram em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I). Assim, os familiares constituíram um grupo de oito mães, duas avós e uma cunhada.

6.4 Coleta das informações

A coleta das informações se deu por meio da entrevista fenomenológica, com as questões norteadoras: **“Como é para você ter um familiar em sofrimento psíquico?”**, **“O que levou você a procurar atendimento para o seu familiar no CAPSi?”**, **“O que você espera do atendimento que o seu familiar recebe no CAPSi?”** (APÊNDICE II). As entrevistas foram agendadas em horário e local que fosse conveniente para os participantes, gravadas em gravador digital e, posteriormente, transcritas na íntegra. Os depoimentos foram identificados por letras, conforme a ordem em que as entrevistas foram realizadas – letra ‘a’, para o primeiro entrevistado; letra ‘b’, para o segundo; letra ‘c’, para o terceiro; e assim por diante, até a letra ‘k’, para o último entrevistado, totalizando 11 entrevistados.

A abordagem dos sujeitos participantes da pesquisa se deu da seguinte forma: primeiramente, entrei em contato com o coordenador do CAPSi, para que pudesse ter acesso aos nomes, endereços, telefones e nomes dos familiares dos usuários; a seguir, entrei em contato via telefone com os familiares dos usuários para solicitar a possibilidade de participação na pesquisa, a aceitação foi satisfatória e os sujeitos demonstraram-se solícitos em contribuir para o estudo; as entrevistas foram marcadas em local e horário convenientes aos participantes, sendo que a maioria delas aconteceu em domicílio, nos períodos da manhã e tarde, e uma foi realizada na empresa em que um dos familiares trabalhava, no horário do almoço.

Foram entrevistados 11 familiares, no período de outubro a novembro de 2010. A coleta das informações foi encerrada quando percebi que as respostas começaram a se repetir e que a questão de pesquisa foi respondida.

Houve o cuidado de conduzir a entrevista fenomenológica, ouvindo as participantes sem senso crítico de julgamento e interagindo com as mesmas em uma abordagem compreensiva.

A entrevista fenomenológica é uma maneira acessível para o cliente penetrar a verdade mesma de seu existir, sem falseamento, deslize, preconceito ou impostura. Essa entrevista não é intervenção; assim, durante a mesma se realiza a experiência de compreensão⁽⁹³⁾.

Ao utilizar-se da entrevista como recurso metodológico, o pesquisador procura desvencilhar-se de qualquer ato ou indagação que possa induzir a resposta do participante. Isso porque: “As descrições ingênuas situadas sobre o mundo-vida do respondente, obtidas através da entrevista, são, então, consideradas de importância primária para a compreensão do mundo-vida do sujeito”^(94:54).

6.5 Compreensão das informações

Para a compreensão das informações, utilizei o método fenomenológico para a construção das categorias concretas⁽⁹⁵⁻⁹⁹⁾, na tentativa de desvelar as motivações expressas nos depoimentos dos familiares de usuários do CAPSi, a fim de construir o tipo vivido do grupo de sujeitos entrevistados :

- Leitura sequencial, detalhada e exaustiva dos depoimentos dos familiares de usuários do CAPSi, procurando identificar as unidades de significado;
- Leitura das unidades de significado, agrupando-as de acordo com suas convergências, para formar as categorias concretas do vivido desses sujeitos;
- Na construção das categorias, identifiquei aquelas que expressam os *motivos para* e os *motivos porque* das ações dos familiares de usuários do CAPSi;
- Este movimento analítico compreensivo das categorias foi baseado no referencial filosófico-metodológico de Alfred Schütz;
- Realizei a construção do tipo vivido dos familiares de usuários do CAPSi.

6.6 Considerações Bioéticas

Foram observados os aspectos éticos sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁽¹⁰⁰⁾, a qual preconiza, dentre outras exigências, o consentimento livre e esclarecido, que foi apresentado aos sujeitos do estudo e utilizado ao ser solicitada sua participação.

Foi encaminhada uma carta de solicitação de campo de pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel e, após autorização para a realização do estudo, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz.

É importante salientar que a coleta das informações foi realizada somente após a aprovação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz, sob parecer nº 54/2010 (ANEXO I). Tanto as informações coletadas quanto os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinados, serão guardados pela pesquisadora por um período de cinco anos e após este período serão incinerados.

7 CONSTRUÇÃO DAS CATEGORIAS CONCRETAS DO VIVIDO

A partir da leitura detalhada e exaustiva dos depoimentos dos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, busquei identificar as unidades de significado que se apresentaram, a fim de conhecer de forma geral o sentido de ser familiar de indivíduos em sofrimento psíquico que frequentam um serviço substitutivo em saúde mental.

As demais leituras permitiram-me a identificação das convergências das unidades de significado, que possibilitaram a construção das categorias concretas do vivido dos sujeitos da pesquisa, a partir da compreensão do significado que os mesmos atribuem às suas ações.

No percurso de construção do tipo vivido, identifiquei 11 unidades de significado que convergiram para 08 categorias, a saber: relatando a dificuldade de lidar com a doença; vivenciando o preconceito em relação à doença (esta constituída por preconceito dos familiares e preconceito de outrem); relatando o desconhecimento da sintomatologia da doença; vivenciando o comportamento do usuário; referindo o encaminhamento de outros serviços; esperando por tratamento do usuário; desejando a melhora do quadro clínico do usuário (constituída por melhora e aceitação); e vivenciando o apoio do serviço aos familiares (constituída por oferta de apoio e falta de apoio dos profissionais da equipe multiprofissional aos familiares), conforme apresentado no Quadro 1 da página 67.

As três primeiras categorias concretas referem-se ao questionamento “Como é para você ter um familiar em sofrimento psíquico?”, feito com o intuito de conhecer de maneira geral o significado que os familiares atribuem ao fato de ter um membro sendo atendido em um serviço substitutivo de atenção à saúde mental.

As categorias em que vivenciam o comportamento do usuário e referem o encaminhamento de outros serviços referem-se aos *motivos porque* de os familiares terem procurado o atendimento em um CAPSi. Já as categorias em que há a espera por tratamento, o desejo pela melhora do quadro clínico e a vivência do apoio do serviço aos familiares dizem respeito aos *motivos para*, ou seja, revelam o que os familiares esperam do atendimento oferecido aos usuários do CAPSi.

Significado de ter um familiar atendido no CAPSi	Relatando a dificuldade de lidar com a doença;
	Vivenciando o preconceito em relação à doença.
	Relatando o desconhecimento da sintomatologia da doença.
<i>Motivos porque</i>	Vivenciando o comportamento do usuário.
	Referindo o encaminhamento de outros serviços.
<i>Motivos para</i>	Esperando por tratamento do usuário.
	Desejando a melhora do quadro clínico do usuário.
	Vivenciando o apoio do serviço aos familiares.

Quadro 1 - Construção das categorias concretas do vivido

Dessa forma, compreendi que o fenômeno é vivenciado de maneira comum pelos familiares que participaram do estudo, independentemente do grau de parentesco que têm com o usuário do CAPSi, tendo em vista que participaram do estudo mães, avós e cunhada, o que constituiu o tipo vivido do grupo.

É importante ressaltar que as informações da pesquisa foram organizadas em três eixos: 1) sobre o significado dos familiares acerca de suas vivências com o usuário; 2) a identificação dos *motivos porque* dos familiares ao buscarem o atendimento no CAPSi; 3) a identificação dos *motivos para* (expectativas/ o que eles esperam) quanto ao atendimento no CAPSi.

Sendo assim, passo agora a descrever as oito categorias concretas que construí a partir da convergência das informações e síntese elaborada para cada uma delas.

7.1 Primeiro eixo - Sobre o significado dos familiares acerca de suas vivências com o usuário

7.1.1 Relatando a dificuldade de lidar com a doença

“Ah, para mim é difícil, eu gostaria que mudasse tudo [...]”. a

“É difícil, porque a gente quando tem um filho a gente não pensa que isso vai acontecer, quando alguém chega e diz pra gente: ah seu filho tá com algum problema, é complicado”. b

“Olha pra mim no começo foi muito difícil, muito mesmo”. c

“Pra mim foi um pouco assustador, porque receber de repente uma notícia que tem alguém com um distúrbio, não sei o que dizer [...] mental ou como explicar [...] É bem difícil, porque você tem que cuidar tudo o que você fala com ele, qualquer

coisa deixa ele assim [...] você vê que ele não consegue digerir o que você fala, ele não consegue interpretar o que você tenta passar pra ele, ele sempre leva pro lado ofensivo. É bem complicado isso. A gente tá vivendo há pouco tempo isso com ele, em torno de uns 40 dias e é bem [...] bem difícil, principalmente pra gente que como é irmão e cunhada a gente tá tendo bastante dificuldade”. d

“É bem difícil porque as pessoas elas confundem é o transtorno opositor desafiador hiperatividade com má educação, você sabe que você educa o seu filho, mas as pessoas não veem assim. Bem difícil.” f

“Olha na verdade assim é uma novidade e até certo ponto assim a gente fica um pouco preocupada”. g

“Ah, é difícil porque a gente se depara com uma situação onde você não sabe... como agir com o comportamento dele dentro de casa assim [...]”. h

“Então, confesso que não é muito legal não, não é. Não adianta eu falar assim para você que é tudo maravilhoso, mas não é. É para mim difícil também até levar ele lá, vou ser sincera com você, eu não gosto”. i

Síntese da categoria concreta

Nos depoimentos, os familiares relatam sobre a dificuldade de lidar com a doença mental, uma situação muitas vezes assustadora, nova e desafiadora para quem cuida. Isso porque o fato de ter um familiar em sofrimento psíquico leva a situações de constrangimento nas relações entre a família e o usuário e os outros indivíduos que constituem a sociedade, nas quais os familiares relatam não saber como agir.

Essas situações acontecem tanto nas relações face a face quanto nas indiretas, tendo em vista que o comportamento imprevisível do usuário dificulta sua convivência intrafamiliar e social.

7.1.2 Vivenciando o preconceito em relação à doença

“[...] é tão bom ter uma família bem unida, tudo junto, que não tem nada de coisa errada. É isso aí o que eu tenho para dizer, não sei muito bem falar, mas o que eu sei falar é isso aí”. a

“A gente é mais esclarecido, mas as pessoas é [...] na minha família mesmo, meus irmãos, pai, mãe sempre acharam que psicólogo tem que ficar lá na área psiquiátrica, trabalhar com gente que tem problema de cabeça, com doido, com esquizofrênico, a gente ainda tem o preconceito das outras pessoas o que é mais complicado, que quando você diz o meu filho é atendido no CAPSi, primeira coisa que as pessoas dizem: ah ele é louco, tem problema de cabeça?” b

“[...] quem teria mais preconceito seria os avós, talvez alguns tios, mas o pessoal não sabe, não comentei com todos”. e

“É [...] eles são [...] agora não sei a palavra certa [...] rejeitados. Tanto colegas da escola, como pais de alunos [...]. Que um dia a professora falou assim para mim: que já oito pais tinham tirado os alunos da escola por causa do [...] Falei: problema deles, o meu filho tem direito e vai ficar aí! Então é o preconceito, a rejeição, ele com os coleguinhas pra brincar também existe muito [...]”. f

“[...] até a gente fica um pouco que inseguro, porque queira ou não queira o CAPSi tanto ele trabalha com hiperativos como

ele trabalha com crianças com distúrbios comportamentais. Então é que nem eu falo: no início eu tinha medo realmente, eu também tinha esse preconceito, e até hoje eu tenho um pouco ainda de receio em relação a isso, por que eu sei que ali dentro tem todo tipo de criança, que inclusive já comentaram com ele que já foram pro juiz já quantas vezes, então a gente fica com um certo receio, quem que tá convivendo com o teu filho lá dentro? [...] E se você fala realmente pra pessoas que é [...] eu diria é uma instituição mantida pelo município, onde vão crianças com distúrbios e tal, então todo mundo já fica meio assim: você vai colocar o teu filho num lugar desse? Na minha família eu ouvi isso, os amigos, a escola, muita gente tem preconceito [...].” g

“Não sei se é preconceito meu ou o que é, mas também não gosto que o meu filho se relacione com as crianças de lá. Porque, tem crianças que é igual ele, tem crianças que [...] vou usar logo a palavra correta, não vou ficar amenizando não, tem crianças piores que ele, ali tem crianças muito agressivas, tem de tudo quanto é jeito. A gente tem que ser sincera. Uma vez [...] eu passava ali [...] é uma coisa assim, diz que a gente paga com a língua, eu não aceitava, eu sempre falava assim que aquilo lá era um lugar assim para pessoas doidas, drogadas. Olha só a situação que eu estou hoje eu acabo frequentando aquilo ali, meu filho vai ali, e o que eu tenho que fazer, eu tenho que aceitar e pronto. [...] Então eu vou ser sincera, há preconceito sim. Quem conhece o ambiente, quem conhece o lugar, aí fala assim que o [...] frequenta o CAPSi ou que faz officininha, meu Deus!! Acha que ele é [...] tem problema de cabeça mesmo. Então é difícil, não adianta eu falar [...].” i

“Todas mães reclamam que entram nos ônibus já começam: ó os loucos do CAPSi!! os loucos do CAPSi!! Isso aí não podiam entrar nos ônibus assim [...] Ele mesmo não vai de ônibus, ele

foi acho uma vez ou duas e nunca mais foi. Vai de bicicleta, vai de a pé, às vezes tá chovendo empresta dinheiro. Eles dão carteirinha lá, nunca mais renovei a carteirinha. Se ele não vai não adiante renovar! [...] Ah, porque aqui no bairro assim, ele não conta para ninguém e não gosta que conte. Eu não conto pros amigos e não quer que conte que ele se trata. Então aqui ninguém assim [...] muitas poucas pessoas [...] alguns amigos [...] amigos meus que sabem [...] Mas os amigos dele, ele não quer que conte. Quando vêm aqui é pra dizer que saiu fazer alguma coisa e não falar que foi lá. Sempre tem preconceito em toda parte”. j

Síntese da categoria concreta

Os familiares referem que há preconceito da sociedade e de outros membros da família em relação ao usuário, devido ao fato de o mesmo frequentar o CAPSi. Além disso, é possível perceber que o preconceito também está presente nas falas dos próprios familiares que se sentem inseguros com o ambiente do CAPSi.

O preconceito também se revela nas atitudes dos colegas de escola e até mesmo em situações nas quais os usuários necessitam utilizar o transporte coletivo para dirigir-se ao CAPSi.

7.1.3 Relatando o desconhecimento da sintomatologia da doença

“E depressão não é um problema de cabeça [...] eu penso assim que depressão é uma doença da alma, ela precisa de remédio pra controlar a parte humana, mas é a parte da alma que tá doente”. b

“[...] a gente não conhece as coisas, a gente não sabe, a gente pensa que é uma coisa e é outra”. c

“[...] a princípio a gente via ele como um adolescente normal, na vivência já que a gente tem com ele, é [...] o dia-a-dia a gente não tinha prestado atenção [...]”. d

“Então acho assim que o problema dele é mais carência do que outra coisa mesmo, ele é nervoso, às vezes, por falta de carência pra chamar atenção”. e

“Quando eu descobri que, a princípio pelo laudo médico, ele era hiperativo eu procurei me informar sobre o que era hiperatividade porque hoje até tá bem em auge, todo mundo fala em hiperatividade e até a gente como pai fica meio que em dúvida, será que é hiperativo? Será que é só uma criança é meio levada? Então você sempre tem dúvida, será que realmente o laudo é mesmo? Será que é verdade que ele é hiperativo? Então, às vezes, até hoje ainda a gente se questiona em relação a isso. Se realmente ele é hiperativo? Ah, pelo o que a gente vê tem vários tipos de hiperatividade então aí que te deixa mais em dúvida ainda, porque uns hiperativos são muito inquietos, outros hiperativos já têm outro tipo de reação [...] então a gente sempre fica [...]. Então na verdade até hoje eu ainda tenho dúvidas sobre isso, se realmente ele é hiperativo ou não. Mas o que a gente faz? Então praticamente assim: você fica meio que sozinha, você não tem amparo, você não tem orientação, não tem um lugar onde vai e diga pra você: ó se tem que fazer isso aqui ou não. Você que tem que correr atrás e descobrir o que você tem que fazer”. g

“E quando foi pra mim [...] Na verdade quando eu descobri que ele era hiperativo eu levei um choque muito grande, eu não esperava. Claro que não é um problemão, mas não deixa de ser um problema, que precisa de cuidados, medicamentos, consulta com psiquiatra [...]. Era outra coisa assim que

demorou assim pra mim aceitar, por que eu tenho um filho de 17 anos, nossa meu filho é totalmente diferente, aí agora [...] descobri [...] vai fazer dois anos que ele é hiperativo, eu levei um choque, eu não aceitava”. i

“Eu no meu modo de pensar não carecia ir lá sabe. Mas a escola falou que ele tinha que ir lá no CAPSi, tá sendo bem atendido. Só que eu acho que não tá resolvendo nada, pra mim não sabe, continua agitado do mesmo jeito, continua teimoso do mesmo jeito. Então não sei se tá dando resultado ele ir lá”. k

Síntese da categoria concreta

Os depoimentos dos familiares revelam o desconhecimento da sintomatologia da doença mental apresentada pelos usuários do CAPSi.

A falta de informação sobre o acontecimento da doença leva os familiares a acreditarem que os usuários não precisam do tratamento indicado ou, até mesmo, à confusão acerca do real diagnóstico de doença mental, principalmente nos casos em que o usuário apresenta hiperatividade.

7.2 Segundo eixo – Sobre a identificação dos *motivos porque* dos familiares ao buscarem o atendimento no CAPSi

7.2.1 Vivenciando o comportamento do usuário

“[...] no final do ano passado, de outubro, ele começou a fugir da escola, ele não queria mais estudar, dizia que a escola era muito chata, que ele... que as professoras eram muito chatas e ele fugia da escola e ia pra casa de um amiguinho jogar joguinho de computador [...]”. b

“É porque a gente viu que o comportamento dela não era normal mais, ela foi uma menina normal, estudiosa até os 12 pra 13 anos, de repente mudou totalmente, não queria estudar, nem comer ela queria comer, emagreceu, e [...] começou a ficar agitada, começou brigar, começou inventar coisas que não existia, foi aonde a gente levou ela pra passar com psicóloga”. c

“É ele a principio falou pra gente que tava sem motivo pra vida, que não tinha razão pra viver mais, que tinha às vezes vontade de se matar, aonde inclusive especificou alguns casos [...] psiquiatra que deixou a gente um pouco assustado, que pensou em se matar, se cortar com uma faca, se enforçar, é até um pouco arrepiante pra gente”. d

“É [...] num desses nervosismos dele, ele comentou de suicídio, queria se matar [...].” e

“Quando foi pra escola, o primeiro ano a gente conseguiu, quando entrou no segundo ano aí vieram às maiores dificuldades, de relacionamento entre colegas, aquela coisa assim mais [...] eles vão ficando maiores, colegas não vão mais aceitando, ele quer ser aceito”. f

“[...] ele passou um ano assim, ano passado inteirinho, só com dificuldade de nota, dificuldade de comportamento, a professora tirava pra fora da sala de aula, ele ficava zanzando lá fora, então a gente não tinha assim é ajuda de ninguém. Aí até que eu procurei [...] fui atrás [...].” g

“[...] o motivo da gente ter levado ele no CAPSi é pela educação dele em sala de aula, não tava conseguindo acompanhar os alunos, então foi por isso que a gente conseguiu tratamento no CAPSi [...] Então, por que ele tinha

dificuldade na aprendizagem e a gente não conseguiu assim uma psicopedagoga. Na época a gente até tentou pagar, mas não teve condições para estar pagando e a gente conseguiu esse tratamento lá. Porque assim como ele tem deficiência na aprendizagem, ele não consegue acompanhar e os outros amigos daí tiravam sarro dele em sala de aula, daí começou atrapalhar o social, por que aí ele de alguma forma queria se defender, daí começou a ficar meio agressivo e violento, mas assim nada que [...] muito grave, respondia com palavras e tudo. Mas em casa ele é um filho bem bom assim, se não mexer com ele [...] ele tinha dificuldade, muito assim, na verdade desde o terceiro ano, ele já reprovou, teve uma reprovação do terceiro ano, do ensino fundamental, e aí o que acontece, ele não conseguiu acompanhar e até hoje ele tá numa sétima série, ele copia os textos todos emendados, as palavras ou às vezes deixa sem fazer uma pergunta, por exemplo um texto bem fácil ele não interpreta, coloca não sei. Então eu procurei ajuda”. h

“Foi assim: ele estudava lá nas irmãs, na M.A. no Cancelli, aí ele brigava, batia nas outras crianças, não sossegava, aí a psicóloga de lá ela falou que ele tinha problemas, tinha que levar, tá levando no neuro. Eu levei no Dr. X. O Dr. X. constatou que diz que ele era hiperativo, aí começou com a ritalina, só que a ritalina ela não melhora 100%, a gente sabe que não adianta, ela só ajuda. Aí, e também era bem complicado, por que ele era só pegar a receita e pronto, ele não olhava a criança, não fazia nada. Aí eu mudei, fui para a Dra. Y.[...] Aí ela falou: não, mãe, é 50% medicamento e 50% a psicóloga”. i

“Por causa dos nervosismos dele. Daí ele tinha ido numa neura, daí tentou tomar os remédios, se matar com os

remédios, foi para o PAC II (Pronto Atendimento Continuado), de lá encaminharam [...].”j

“Daí um dia ele foi pra escola e fugiu da escola sabe, não chegou a entrar. Daí por modo desse episódio que eles colocaram ele lá. Daí a professora falou também que ele não consegue se concentrar sabe, ele é muito agitado, uma pessoa muito [...] Por modo disso que eles levaram ele pra lá, pro CAPSi sabe”. K

Síntese da categoria concreta

Os familiares relatam que procuraram o atendimento do CAPSi devido à mudança de comportamento dos usuários que passaram a apresentar quadros de ideações suicidas, nervosismo, dificuldade de atenção, dificuldade de aprendizagem, agitação psicomotora, entre outros.

Tais comportamentos interferiram nas relações dos usuários com seus familiares e com outros indivíduos da sociedade, como professores e colegas de escola.

7.2.2 Referindo o encaminhamento de outros serviços

“[...] o Conselho Tutelar por uma liminar da justiça que encaminhou ele pro CAPSi, porque ele já fazia quatro anos que ele tava na lista de espera pra atendimento, então através do conselho que eu consegui encaminhar ele, porque a conselheira achou que ele estava se viciando em jogo de computador [...].”b

“O atendimento dela no CAPSi foi encaminhado pelo colégio, ela estudava, aí começou a dar problema no colégio, daí o colégio chamou nós e encaminhou ela pro posto e o posto de

saúde encaminhou pra lá, daí consultei ela no posto, o médico falou que ela tava entrando em depressão, aí que eles encaminharam ela pra lá. Faz quatro anos que trato ela lá.” c

“[...] a gente foi encaminhado pelo posto de saúde, que encaminhou devido ao distúrbio que ele tem , é encaminharam que a gente levasse lá pra passar por psiquiatra e psicólogos e ter um acompanhamento que realmente que ele precisa”. d

“[...] eu conversei com o pediatra e o pediatra achou por bem encaminhar ele pro CAPSi. Daí foi feita a avaliação dele lá e eles pnharam ele no programa”. e

“A escola que encaminhou. [...] um dia deu uma briga lá séria com ele e outro coleguinha daí pediram pra ser encaminhado pra atendimento especial e um acompanhamento. Então faz [...] março fez um ano já que ele tá indo, quase dois anos que ele vai”. f

“Até uma professora dentro da escola me informou do CAPSi [...] Então aí foi que essa professora comentou que também tinha o filho dela lá no CAPSi e aí eu procurei me informar como que era o trabalho deles? O que que eles faziam? Pra mim poder ajudar ele melhor, levar ele para um lugar que realmente me orientasse e ajudasse ele também. Então na verdade eu fui em busca de ajuda porque eu não sabia o que fazer, e ele realmente tava tendo muita dificuldade, dificuldade maior era na escola. Aí foi que então eu fui até orientada pelo pessoal do CAPSi e troquei ele de colégio também”.g

“[...] eu voltei ali no posto de saúde, conversei com a pediatra, daí ela encaminhou para a psicóloga, e daí o psicólogo atendia no CAPSi, e daí uma coisa assim foi levando à outra, daí ele tinha [...] a psicóloga passou para a X., que acho que é assistente social”. i

“A assistente social de lá encaminhou para o posto daqui, daí do posto da Cancelli encaminhou para lá”. j

“[...] a escola que encaminhou ele pra lá daí. Então isso aí [...] tipo assim ele um dia ele foi na escola e não chegou a entrar na escola entendeu. Ele foi e ficou fora da escola. Daí a minha mãe pegou e levou ele no médico pra ver [...]. Porque ele não falava porque que ele tinha feito, até então nunca tinha feito é. Daí a própria médica lá que atendeu ele falou: não, o caso dele é...ele não tem nada! A minha mãe até pensou: ah ele deve ter alguma coisa na cabeça, alguma coisa! Daí a mulher pegou e falou: não, eu vou encaminhar ele então lá pro CAPSi . Daí encaminhou”. k

Síntese da categoria concreta

Nos depoimentos, os familiares referem que a procura pelo atendimento do CAPSi se deu pelo encaminhamento de outros serviços, como a escola, o pronto atendimento continuado, a Unidade Básica de Saúde e o Conselho Tutelar, ou por iniciativa própria.

Esse encaminhamento aconteceu devido ao comportamento apresentado pelos usuários, comportamento este que interferiu nos relacionamentos sociais dos mesmos, o que levou os profissionais que os atenderam a referi-los para um serviço especializado de atenção à saúde mental.

7.3 Terceiro eixo – Sobre a identificação dos *motivos para* dos familiares quanto ao atendimento no CAPSi

7.3.1 Esperando por tratamento do usuário

“Olha eu tô [...] a gente tá tratando porque a gente tem que tratar e a gente trabalha na área da saúde e a gente sabe que precisa aquilo, mas se fosse outra pessoa que não entendesse a saúde já tinha até abandonado. Pouco resultado tô vendo, pouco!” c

“[...] pra ele se tratar e se recuperar disso, pra voltar a ser uma criança normal que antes era.” d

“Então ali pelo menos ele tá indo ali, tá tendo esse atendimento e tem apoio psicológico, psiquiátrico, terapêutico, as oficinas [...]”. f

“Tenta fazer todo o tratamento pra que se caso realmente ele for, ele consiga se adaptar, ele consiga controlar essa hiperatividade”. g

Síntese da categoria concreta

Os familiares relatam esperar pelo tratamento do usuário no CAPSi, a fim de que possa se recuperar ou se adaptar aos obstáculos e mudanças no cotidiano impostos pela doença.

Há também relato de que se espera que o usuário volte a ser uma criança normal, o que corrobora com a idéia de cura da doença mental. Nesse sentido, é importante salientar que algumas condições são passíveis de cura e monitoramento; já para outras patologias psiquiátricas, essa idéia não é condizente e, dessa forma, se relaciona ao desconhecimento do curso saúde-doença mental dos familiares.

7.3.2 Desejando a melhora do quadro clínico do usuário

“Eu espero melhora, que tudo o que ele tem de errado que melhore”. a

“A cura [...] não tem, porque depressão não tem cura, tem altos e baixos, mas pelo menos que ele aprenda a lidar com a doença que ele tem, e que a gente também consiga lidar, consiga entender os problemas que ele passa pra ajudar ele”. b

“Que esse tratamento, tanto medicamento que foi indicado por médico pra ele, tanto a terapia ocupacional que ele tá tendo lá e o acompanhamento com os psicólogos, que realmente isso ajuda com que ele se ocupe com alguma coisa que ele goste [...].” d

“Eu espero que ele consiga trabalhar melhor esses momentos dele de nervosismo, porque eu não consigo fazer ele mudar, tipo assim entender que nem tudo na vida é fácil , pelo contrário, tudo é difícil. Que eles consigam fazer ele entender a lidar com essas coisas assim, do lado difícil da vida, e saber que precisa fazer isso e nem sempre vai gostar mas que ele precisa fazer. Não é tudo o que a gente gosta a gente faz, muitas coisas que a gente faz não faz porque gosta, faz porque é necessário. Então que ajude ele assim a trabalhar isso na cabecinha dele pra não ficar tão explosivo nos momentos de dificuldades”. e

“Então ele vai se relacionar com outras crianças com as mesmas dificuldades, o que talvez tire um pouco essa rejeição que ele tem, que ele sente das outras crianças”. f

“[...] eu posso te dizer que desse tempo que ele tá lá ajudou bastante ele, é que nem eu digo, não sei se foi só o CAPSi, se foi realmente o crescimento dele, então ele vai [...] eu acredito que conforme a idade vai chegando ele vai entendendo também, entendendo mais as coisas e mudando, mas eu vi uma mudança muito grande pra ele nesse período todo que ele tá lá no CAPSi”. g

“Olha, eu espero que o X aprenda também a lidar com certas situações, como ele é diferente, a tá lidando com as amizades, tipo assim, ignorar certos tipos de brincadeiras que às vezes podem fazer com ele, justamente por ele não estar conseguindo acompanhar às vezes chamam de burro e tal essas coisas assim, então a gente espera, assim, que ele consiga dominar até esse tipo de constrangimento da parte dos amigos com ele e tá vivendo bem assim”. h

“[...] eu espero que realmente ele melhore. Eu espero que melhore, mas eu fico na dúvida porque você conversa com as outras mães [...]. Só que eu não sei o problema das outras crianças, porque ali a gente sabe que não tem só criança hiperativa, tem crianças com vários problemas psíquicos, e daí? Então, como diz o meu marido: cada caso é um caso. O meu filho de 17 anos acha que ele mudou bastante, porque uma vez a gente saía com ele e ele não sossegava, se fosse numa igreja ele não ficava quieto, se saísse numa loja não parava quieto, mas de jeito nenhum. Hoje não, hoje ele consegue sentar e ficar, para mim já é uma grande coisa, porque uma vez não sentava, ele ficava o tempo todo tatata, tatata, tatata [...]. Tipo assim, a cabeça da gente, assim, sabe, cansa de ouvir e ele não cansava de falar. Mas o meu filho de 17 anos acha que ele melhorou bastante”. i

“Ah é muito bom, espero a cada dia [...] melhorou bastante a cada dia, espero que ele fique bom”. j

“Eu, tipo assim, eu esperava que ele melhorasse entendeu”. k

Síntese da categoria concreta

Os familiares esperam a melhora do quadro clínico dos usuários, no sentido de que os mesmos possam lidar com a doença mental e comportar-se de forma adequada em diferentes situações sociais.

Tais situações referem-se a locais como escola, diálogos com colegas e membros da família, passeios com os familiares, entre outros.

7.3.3 Vivenciando o apoio do serviço aos familiares

“[...] porque o CAPSi ele não ajuda só o meu filho que tá lá, ele ajuda a mim também. A cada 15 dias a gente tem reunião com a X. e essas reuniões são muito esclarecedoras, sem contar que tem a Y. lá, a Z. que qualquer hora que às vezes acontece alguma coisa que eu não consigo resolver sozinha eu ligo lá, marco horário, vou lá, converso, eu sei que lá tenho amigas que pode tá me ajudando de uma forma diferente, eles vê o que eu não consigo ver. Como elas já lidam com as doenças, elas sabem até onde vai a doença do meu filho e até onde começa a adolescência do meu filho, por que ele tá [...] ele tem 15 anos [...] ele tá na adolescência, é a fase mais difícil que tem, aí junto com a doença, muitas vezes eu não sei até onde que vai uma coisa e aonde começa a outra. E lá eu tenho, eu sei que eu tenho alguém que eu posso contar, não só porque o meu filho tá lá, por que a partir do momento que eu conheci elas, e, eu sempre liguei, eu sempre conversei com elas, e elas estão sempre prontas pra tá tentando resolver da melhor maneira possível as dificuldades que a gente tem com os filhos”. b

“Eu acho que eu tenho que saber dela o medicamento que a menina tá tomando e ela tem que saber de nós o

acompanhamento dela aqui em casa, por que ela fica aqui 24 horas com nós. Então eu acho que ela devia de saber o acompanhamento dela aqui com nós, como que ela é em casa, como a gente age com ela, como que ela age com nós”. c

“Então se tivesse um [...] eu acho que também faz parte uma [...]. como que eu vou dizer a palavra assim [...] um acompanhamento da família também, um atendimento [...]. A família se envolver mais, uma maneira que um órgão consiga juntar mais a família pra um tratamento mais aprofundado, um acompanhamento da família também, não só do adolescente. Mas sim que tivesse mais a família, conseguisse de repente ver o que a família poderia tá ajudando, um órgão do tipo assim, ou psicólogo talvez que consiga tirar, ver a causa disso e [...].” d

“Nesses dias eu fui a primeira vez na psicóloga e que sinceramente não gostei muito do atendimento, na segunda vez que nós fomos nós conversamos com a terapeuta ocupacional, e esse atendimento eu gostei, achei bom. E daí com a psiquiatra que daí também normal, achei normal”.e

“Um apoio psicológico para a família dentro da instituição. Por que assim [...]. Aí vai pro CASM (Centro de Atenção em Saúde Mental), daí atende todo mundo.. Tá sendo muito difícil!” f

“[...] então a gente procurou a ajuda do CAPSi para que a gente pudesse também tá aprendendo como trabalhar com ele em casa [...]. Então é bem [...] é bem dessa forma, eu acho que é muito importante o CAPSi sim, tem que [...] as mães que precisam tem que buscar. E eu acho que [...] é uma ajuda muito boa assim para nós. Quando ele falta, meu Deus”! h

“A psicóloga não passa nada para mim. As monitoras não passam nada para mim. Se eu não ficar perguntando ninguém passa nada, tipo assim, eu vou lá e levo, eu vou lá e busco e pronto. Ninguém me passa nada. Ah, só a psiquiatra, aí é legal, eu gosto das consultas com ela, por que daí ela tem assim um relatório assim tudo anotado. Também se eu não perguntar também não fala. Mas assim a única pessoa assim que eu sinto que conversa mais, que passa muita informação pra gente é a psiquiatra. Não sei se é por que ela que tem que passar tudo de todo mundo. Todo mundo anota e ela tem que passar, entendeu? Não sei, não sei te explicar. Eu acho que deveria ser assim: a psicóloga tá conversando com a gente, pelo menos uma vez por mês tá passando sobre a criança ou o monitor alguma coisa... Ninguém! Se eu não perguntar não passam nada. Mas eu acho assim que eles deviam se comprometer mais assim com os pais, principalmente estar passando mais as coisas para a gente. A minha única assim mais reclamação é essa, se você não pergunta!!! São todos gente muito boa, tem as meninas, os professores, a Y. também é muito legal, mas é assim, se você pergunta bem e se você não pergunta tá tudo bem”. i

“Eles me davam, quando eu ia lá e participava davam bastante orientação para a gente. Eu não fui lá mais assim [...]. Eu vou na reunião, vou levar no médico quando me ligam e marcam. Por causa que não posso sair [...]. j

“É [...] eles [...] Acho que sim [...] eles ligam assim às vezes. Que nem essa semana eles me ligaram me convidando pra ir lá, caso quisesse ir lá conversar, ia ter palestra, essas coisas assim [...]. Mas senão [...]. Fora isso nada”. K

Síntese da categoria concreta

Nesses depoimentos, percebo que alguns familiares relatam que o CAPSi lhes oferece apoio no sentido de atendê-los quando procuram por ajuda no serviço ou convidam para participarem de algum tipo de atividade.

Já outros familiares relatam que falta atenção a família do usuário por parte dos profissionais do CAPSi, pois gostariam de ser incluídos no tratamento ao ser questionados sobre como lidam com a doença do indivíduo em sofrimento psíquico em domicílio, além de receber apoio psicológico e orientações sobre a doença e o atendimento que está sendo oferecido ao usuário.

8 INTERPRETAÇÃO COMPREENSIVA

Nesse momento, passo a apresentar a interpretação compreensiva das oito categorias concretas, acima relatadas, remetendo as vivências e motivações dos familiares dos usuários de um CAPSi. Para tanto, utilizo o referencial da fenomenologia social e algumas considerações da literatura em saúde mental, especificamente, em saúde mental infantil.

Na categoria concreta **relatando a dificuldade de lidar com a doença**, discutem-se aspectos da relação dos familiares com a doença mental, a qual é vista como uma situação nova, assustadora, desafiadora e de constrangimento, que os leva a não saber como agir no relacionamento com o indivíduo em sofrimento psíquico, devido ao seu comportamento imprevisível.

Nesse sentido, posso compreender que a doença mental faz parte do cotidiano e da situação biográfica determinada de seus familiares, tendo em vista que a situação biográfica determinada constitui-se em todo momento da vida em que um homem se encontra, considerando-se o contexto físico e sócio-cultural no qual está inserido e as suas experiências. Portanto, trata-se de algo transitório e dinâmico, pois, com o passar do tempo, o homem acumula conhecimentos e experiências que o fazem compreender as situações vivenciadas.

No entanto, o estoque de conhecimento à mão dos familiares de usuários do CAPSi, sobre tal situação, não oferece subsídios suficientes para lidar de forma adequada com o indivíduo em sofrimento psíquico, o que dificulta o relacionamento do mesmo com a família e com a sociedade, como pude verificar em depoimentos como os que seguem:

“Ah, para mim é difícil, eu gostaria que mudasse tudo [...].” a

“É difícil, porque a gente quando tem um filho a gente não pensa que isso vai acontecer, quando alguém chega e diz pra gente: ah seu filho tá com algum problema, é complicado.” b

“Olha, pra mim no começo foi muito difícil, muito mesmo.” c

“É bem difícil porque as pessoas elas confundem é o transtorno opositor desafiador hiperatividade com má educação, você sabe que você educa o seu filho, mas as pessoas não veem assim. Bem difícil.” f

“Olha na verdade assim, é uma novidade e até certo ponto assim a gente fica um pouco preocupada”. g

“Então, confesso que não é muito legal não, não é. Não adianta eu falar assim para você que é tudo maravilhoso, mas não é. É para mim difícil também até levar ele lá, vou ser sincera com você, eu não gosto”. i

A situação biográfica determinada de um homem constitui-se em todo momento da vida em que ele se encontra, ou seja, no ambiente físico e sócio-cultural dentro do qual tem a sua posição, tanto em termos de espaço físico e tempo exterior, status e papel dentro do sistema social, como em sua posição moral e ideológica. Assim, a situação biográfica determinada relaciona-se à história da vida de um homem, sendo a sedimentação de todas as experiências anteriores organizada conforme seu estoque de conhecimento à mão, as quais são posses unicamente dele, dadas a ele e somente a ele⁽⁷⁸⁾.

Nesse sentido, “o conceito de “situação” é mais rico do que o de “pontos de vista”, pois ele envolve o lugar que alguém ocupa na sociedade, o papel que desempenha, as suas posições intelectuais, políticas, éticas e religiosas”^(81:33).

Essa situação biograficamente determinada inclui certas possibilidades de atividades práticas ou teóricas futuras, as quais, para resumir, denominam-se propósito à mão. Esse propósito é o que define aqueles elementos, entre todos os demais contidos em tal situação, que são significativos a respeito dela. O sistema de significatividades determina, por sua vez, que elementos devem ser convertidos em um substrato de tipicidade generalizadora, que características desses elementos devem ser eleitas como caracteristicamente típicas, e quais serão concebidas como exclusivas e individuais; em outras palavras, determina até que ponto devemos penetrar no horizonte da tipicidade⁽⁸⁰⁾.

Esse estoque de conhecimento à mão é formado a partir das experiências passadas e presentes, constituído de e por atividades anteriores de experiência de nossa consciência, que passa a ser posse do ator social. A partir desse estoque, o homem é capaz de interpretar suas experiências presentes e antecipar as futuras.

Dessa forma, “o estoque de conhecimento à mão serve como um código de interpretação da experiência atual em curso. Essa referência a atos já vivenciados pressupõe memória, e todas as suas funções, tais como lembrança, retenção e reconhecimento”^(78:75).

Nesse contexto, posso dizer que os familiares de usuários do CAPSi vivenciam uma situação biográfica determinada, que se caracteriza por ter um familiar em sofrimento psíquico, da qual passam a construir um estoque de conhecimento à mão abarcando tal experiência de vida e, dessa forma, realizam uma tentativa de interpretar a experiência presente.

Nessa tentativa, verbalizam as dificuldades encontradas para se relacionar com o familiar em sofrimento psíquico e entender seu comportamento. Além disso, relatam o não saber como agir nas situações que lhes são impostas pelas manifestações da doença mental do familiar.

Nesse sentido, conviver cotidianamente com indivíduos que apresentam transtornos mentais e proporcionar cuidado aos mesmos impõem uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais⁽⁵¹⁾. Isso porque o convívio com o portador de transtorno mental impõe aos seus familiares a vivência de sentimentos e emoções que, consciente ou inconscientemente, são difíceis de elaborar e entender. Tal situação evidencia a grande necessidade de intervenções que acolham o sofrimento apresentado, considerando a subjetividade das pessoas e favorecendo a dinâmica de ajuda mútua⁽¹⁰⁾.

A dificuldade trazida pela convivência é expressa por meio de gama distinta de exigências. Estas vão de ações mais operacionais, tais como acompanhar e/ou vigiar o paciente o tempo todo, auxiliar na higiene e na alimentação, administrar medicamentos, intervir em comportamentos exacerbados, que limitam o envolvimento das pessoas adoecidas com sua própria vida e restringem, inclusive, a possibilidade de vínculo empregatício, resultando em sobrecarga emocional, social e financeira para a família⁽¹⁷⁾.

Além disso, “é a perda do controle do comportamento que faz a família se desequilibrar, porque, muitas vezes, os sintomas põem em risco o funcionamento

normal do cotidiano da família. Esta situação de instabilidade gerada pela crise reflete as dificuldades em lidar com o comportamento da pessoa com transtorno mental, com os sintomas da doença. Na sua maioria, sentem-se sós para enfrentar os problemas e desinformadas quanto ao modo de agir frente a eles, ficando desamparadas, quando aparecem os primeiros sintomas da doença. Sentem-se vítimas do destino”^(11:684).

Assim, a família constitui um importante lugar para o tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico, mas o convívio com ele caracteriza-se como um problema para os familiares no sentido de desencadear desgaste, tensões e conflitos. Essas situações acontecem devido ao fato de a família estar pouco preparada para manter aquele indivíduo desinstitucionalizado⁽¹⁶⁾.

A dificuldade de lidar com a doença mental se relaciona à impossibilidade de, em um primeiro momento, agir de forma adequada ao comportamento do familiar em sofrimento psíquico. Isto é o que relatam os depoimentos a seguir:

“Pra mim foi um pouco assustador, porque receber de repente uma notícia que tem alguém com um distúrbio, não sei o que dizer [...] mental ou como explicar [...] É bem difícil, porque você tem que cuidar tudo o que você fala com ele, qualquer coisa deixa ele assim [...] você vê que ele não consegue digerir o que você fala, ele não consegue de interpretar o que você tenta passar pra ele, ele sempre leva pro lado ofensivo. É bem complicado isso. A gente tá vivendo há pouco tempo isso com ele, em torno de uns 40 dias e é bem [...] bem difícil, principalmente pra gente que como é irmão e cunhada a gente tá tendo bastante dificuldade”. d

“Ah, é difícil porque a gente se depara com uma situação onde você não sabe... como agir com o comportamento dele dentro de casa assim [...]” h

Dessa forma, os familiares podem ter um vago estoque de conhecimento à mão sobre tal situação, que decorre de uma relação indireta com a doença mental, ou seja, eles têm consciência de que há outros indivíduos em sofrimento psíquico,

bem como familiares contemporâneos que vivenciam a mesma situação, mas não tiveram experiências passadas que pudessem subsidiar sua ação.

Isso ocorre porque “meu mero contemporâneo (ou “contemporâneo”) é alguém que sei que coexiste comigo no tempo, mas que não vivencio imediatamente. Esse tipo de conhecimento é, por conseguinte, sempre indireto e impessoal. Não posso chamar o meu contemporâneo de “Tu” no mesmo sentido rico que esse termo tem dentro do relacionamento do Nós. É claro que o meu contemporâneo pode já ter sido meu consócio ou ainda pode vir a ser, mas isso não altera em nada o seu *status* presente. E no seu *status* presente o contemporâneo só pode ser acessível de forma indireta de maneira que suas experiências subjetivas só podem ser conhecidas na forma de tipos gerais de experiência subjetiva”^(78:217).

Meus contemporâneos são aqueles indivíduos com quem posso estabelecer um intercâmbio de ação e reação, pois existem no meu momento biográfico atual, na dimensão de tempo em relação a mim. Também posso dizer que há um mundo de meus contemporâneos, com quem não participo biograficamente em uma relação face a face, mas com quem compartilho um setor do tempo que me permite atuar sobre eles e eles sobre mim, dentro de um ambiente comunicativo de ação mútua⁽⁸⁰⁾.

Além disso, a experiência indireta do mundo social caracteriza-se como experiência de meus contemporâneos e, embora não possa ter uma evidência direta de seus processos de consciência, posso atribuir-lhes motivos típicos, posso manter com eles relações típicas⁽⁸¹⁾.

Isso acontece porque a relação social entre os contemporâneos se dá de forma que cada um dos participantes apreende o outro por meio de um tipo ideal e se dá conta dessa apreensão mútua. Além disso, cada um espera que o esquema interpretativo do outro seja congruente com o seu⁽¹⁰¹⁾.

Com essa categoria concreta, pude compreender que os familiares de usuários de um CAPSi têm uma vaga compreensão sobre os sinais e sintomas da doença mental, o que impossibilita um relacionamento satisfatório entre eles e os indivíduos em sofrimento psíquico e leva à dificuldade de lidar com a doença. Tal situação acontece porque o conhecimento que os familiares possuem em relação à doença mental provém de relações indiretas com indivíduos acometidos por esse tipo de agravo, o que gera interpretações diferenciadas sobre as manifestações da loucura. Além disso, a situação a ser enfrentada se mostra nova e desafiadora.

Na categoria concreta **vivenciando o preconceito em relação à doença**, evidenciam-se situações preconceituosas provenientes dos atores que fazem parte do cotidiano dos familiares dos indivíduos em sofrimento psíquico atendidos no CAPSi.

Nesse sentido, considero que “o mundo da vida cotidiana é o mundo intersubjetivo que existia muito antes do nosso nascimento, vivenciado e interpretado por outros, nossos predecessores, como um mundo organizado. Ele agora se dá a nossa experiência e interpretação. [...] o mundo é, desde o início, não o mundo privado do indivíduo, mas um mundo intersubjetivo, comum a todos nós, no qual não temos um interesse teórico, mas um interesse eminentemente prático. O mundo da vida cotidiana é a cena e também o objeto de nossas ações e interações”^(78:71-2).

O mundo cotidiano também pode ser entendido como o lugar em que não somente atuamos dentro dele, mas sobre ele. Assim, é a cena da ação social na qual os homens entram em relação mútua e se entendem uns com os outros, assim como consigo mesmos⁽⁸⁰⁾.

Nesse sentido, o mundo da vida social é o mundo circundante, onde os tipos de relações por ele descritas permitem aceder à esfera transcendental. O mundo da vida é fonte de “pressuposições” e é igualmente mundo social e histórico⁽⁸¹⁾.

Dessa forma, posso entender que a sociedade, os colegas de escola, os amigos, as pessoas que compartilham o transporte coletivo com os usuários do CAPSi, os demais membros da família e até mesmo os sujeitos da pesquisa apresentam preconceito em relação à doença, o que pode ser notado tanto nas relações face a face quanto nas relações indiretas dos usuários do CAPSi, conforme os depoimentos que seguem:

“[...] é tão bom ter uma família bem unida, tudo junto, que não tem nada de coisa errada. É isso aí o que eu tenho para dizer, não sei muito bem falar, mas o que eu sei falar é isso aí”. a

“A gente é mais esclarecido, mas as pessoas é [...] na minha família mesmo, meus irmãos, pai, mãe sempre acharam que psicólogo tem que ficar lá na área psiquiátrica, trabalhar com gente que tem problema de cabeça, com doido, com

esquizofrênico [...] a gente ainda tem o preconceito das outras pessoas o que é mais complicado, que quando você diz o meu filho é atendido no CAPSi, primeira coisa que as pessoas dizem: ah ele é louco, tem problema de cabeça?” b

“[...] quem teria mais preconceito seria os avós, talvez alguns tios, mas o pessoal não sabe, não comentei com todos”. e

“É [...] eles são [...] agora não sei a palavra certa [...] rejeitados. Tanto colegas da escola, como pais de alunos [...]. Que um dia a professora falou assim para mim: que já oito pais tinham tirado os alunos da escola por causa do [...] Falei: problema deles, o meu filho tem direito e vai ficar aí! Então é o preconceito, a rejeição, ele com os coleguinhas pra brincar também existe muito [...]”. f

“[...] até a gente fica um pouco que inseguro, porque, queira ou não queira, o CAPSi tanto ele trabalha com hiperativos como ele trabalha com crianças com distúrbios comportamentais. Então é que nem eu falo: no início eu tinha medo realmente, eu também tinha esse preconceito, e até hoje eu tenho um pouco ainda de receio em relação a isso, por que eu sei que ali dentro tem todo tipo de criança, que inclusive já comentaram com ele que já foram pro juiz já quantas vezes, então a gente fica com um certo receio, quem que tá convivendo com o teu filho lá dentro? [...] E se você fala realmente pra pessoas que é [...] eu diria é uma instituição mantida pelo município, onde vão crianças com distúrbios e tal, então todo mundo já fica meio assim: você vai colocar o teu filho num lugar desse? Na minha família eu ouvi isso, os amigos, a escola, muita gente tem preconceito [...]”. g

“Não sei se é preconceito meu ou o que é, mas também não gosto que o meu filho se relacione com as crianças de lá.

Porque, tem crianças que é igual ele, tem crianças que [...] vou usar logo a palavra correta, não vou ficar amenizando não, tem crianças piores que ele, ali tem crianças muito agressivas, tem de tudo quanto é jeito. A gente tem que ser sincera. Uma vez [...] eu passava ali [...] é uma coisa assim, diz que a gente paga com a língua, eu não aceitava, eu sempre falava assim que aquilo lá era um lugar assim para pessoas doidas, drogadas. Olha só a situação que eu estou hoje eu acabo frequentando aquilo ali, meu filho vai ali, e o que eu tenho que fazer, eu tenho que aceitar e pronto. [...] Então eu vou ser sincera, há preconceito sim. Quem conhece o ambiente, quem conhece o lugar, aí fala assim que o [...] frequenta o CAPSi ou que faz officininha, meu Deus!! Acha que ele é [...] tem problema de cabeça mesmo. Então é difícil, não adianta eu falar [...]”. i

“Todas mães reclamam que entram nos ônibus já começam: ó os loucos do CAPSi!! os loucos do CAPSi!! Isso aí não podiam entrar nos ônibus assim [...] Ele mesmo não vai de ônibus, ele foi acho uma vez ou duas e nunca mais foi. Vai de bicicleta, vai de a pé, às vezes tá chovendo empresta dinheiro. Eles dão carteirinha lá, nunca mais renovei a carteirinha. Se ele não vai não adiante renovar! [...] Ah, porque aqui no bairro assim, ele não conta para ninguém e não gosta que conte. Eu não conto pros amigos e não quer que conte que ele se trata. Então aqui ninguém assim [...] muitas poucas pessoas [...] alguns amigos [...] amigos meus que sabem [...] Mas os amigos dele, ele não quer que conte. Quando vêm aqui é pra dizer que saiu fazer alguma coisa e não falar que foi lá. Sempre tem preconceito em toda parte”. j

No encontro face a face, o relacionamento do Nós é vivenciado em um mesmo ambiente pelos atores, e é nessa situação que o mundo intersubjetivo é constituído. Isso porque, “no relacionamento face a face literalmente vejo o meu parceiro diante de mim. Enquanto olho seu rosto e seus gestos e ouço o tom de sua

voz, torno-me consciente de muito mais do que aquilo que ele deliberadamente está tentando me comunicar. Minhas observações acompanham cada momento de sua corrente de consciência conforme ele transpira. Como resultado, estou incomparavelmente melhor sintonizado com ele do que comigo mesmo. [...] Para esse encontro com a outra pessoa, trago todo um estoque de conhecimento previamente constituído. Isso inclui tanto o conhecimento geral do que outra pessoa é, em geral, quanto qualquer conhecimento específico que eu possa ter sobre a pessoa em questão. Inclui códigos de interpretação de outras pessoas, seus hábitos e sua linguagem. [...] E quando estou face a face com alguém meu conhecimento dessa pessoa aumenta a cada momento”^(78:186-87).

Na relação face a face, cada co-participante tem igual alcance a um certo setor do mundo externo e contém objetos de interesse e significância que lhe são comuns. Para cada um, o corpo do outro, seus gestos, seus porte e suas expressões faciais são imediatamente observáveis, não só sua significação fisionômica, mas como sintomas dos pensamentos do outro. Compartilhar uma comunidade do tempo implica que cada um dos participantes intervém na vida em curso do outro, pode captar em um presente vivido os pensamentos do outro tal como ele os constrói. Assim, os indivíduos envelhecem juntos e vivem uma pura relação do nós⁽⁸⁰⁾.

O preconceito em relação à doença mental também se faz presente nas relações sociais indiretas, em que os atores sociais reconhecem o indivíduo em sofrimento psíquico como um contemporâneo, um sujeito caracterizado por ações típicas. Isso se evidencia nas seguintes falas:

“[...] a gente ainda tem o preconceito das outras pessoas o que é mais complicado, que quando você diz o meu filho é atendido no CAPSi, primeira coisa que as pessoas dizem: ah ele é louco, tem problema de cabeça?” b

“E se você fala realmente pra pessoas que é [...] eu diria é uma instituição mantida pelo município, onde vão crianças com distúrbios e tal, então todo mundo já fica meio assim: você vai colocar o teu filho num lugar desse? Na minha família eu ouvi isso, os amigos, a escola, muita gente tem preconceito [...]”. g

“Quem conhece o ambiente, quem conhece o lugar, aí fala assim que o [...] frequenta o CAPSi ou que faz officininha, meu Deus!! Acha que ele é [...] tem problema de cabeça mesmo. Então é difícil, não adianta eu falar [...]”. i

“Todas mães reclamam que entram nos ônibus já começam: ó os loucos do CAPSi!! os loucos do CAPSi!! Isso aí não podiam entrar nos ônibus assim [...]”. j

No relacionamento indireto do Nós, em uma experiência mediata de contemporâneos, o outro é vivenciado de forma que não é dado de maneira pré-predicativa, sendo que o eu não apreende diretamente a existência do outro. Todo o conhecimento do outro é mediato e descritivo e suas características são estabelecidas por inferência⁽⁷⁸⁾.

Nessa relação, estabelecem-se tipos ideais de pessoas, como são vistos os indivíduos em sofrimento psíquico usuários do CAPSi pelos seus semelhantes e contemporâneos. Entendo como semelhantes os indivíduos que fazem parte do mundo cotidiano e desenvolvem entre si um relacionamento face a face, e como contemporâneos, aqueles que fazem parte do mundo intersubjetivo e desenvolvem entre si relações sociais indiretas, o que conduz à tipificação.

Na tipificação, a síntese de reconhecimento não apreende a pessoa única conforme ela existe dentro do seu presente vivo. Ao contrário, figura-a como sempre a mesma e homogênea, sem considerar todas as mudanças e os contornos definidos que fazem parte da individualidade. Assim, não importa quantas pessoas são categorizadas sob o tipo ideal, ele não corresponde a nenhuma delas em particular⁽⁷⁸⁾.

Dessa forma, espero sempre que os outros se comportem de uma maneira definida e eles sempre parecem para mim como entidades anônimas definidas de forma exaustiva por suas ações. Assim, são definidos como tipos⁽⁸⁰⁾.

Além disso, posso compreender que o preconceito apresentado pela sociedade em relação à doença mental provém de um estoque de conhecimento à mão que os atores sociais possuem acerca da loucura e das formas de tratamento de que os indivíduos em sofrimento psíquico dispõem – no caso, o atendimento em um CAPSi.

Isso porque o relacionamento da sociedade com os usuários do CAPSi é pautado no estoque de conhecimento disponível sobre aqueles indivíduos e o tipo social construído acerca deles. Assim, a sociedade vê quem é atendido no CAPSi como pertencente ao “grupo dos loucos”, sem considerar as diferentes patologias e necessidades apresentadas pelos usuários.

Nesse sentido, “a família percebe o seu doente como um indivíduo que jamais retornará ao seu estado anterior, em tempo algum se comportará mais como antes, devendo ser tratado de maneira diferente dos outros com quem convive, e dessa forma o estigmatiza”^(14:25).

Nesse contexto, “a loucura é um ‘mistério’ desde os primórdios tempos, o louco já era estereotipado e taxado como demônio, visto como um incômodo para a sociedade vigente, pois era um indivíduo sujo, estranho, que agia diferente das pessoas normais, então, excluído. Desse modo, o padrão de comportamento estabelece aquele que é adequado ou não, e daí surgem todos os preconceitos e estigmas. Assim, é muito forte no meio social o rótulo dado ao louco, sendo ainda necessário, trabalhos de esclarecimentos e divulgação sobre a doença mental para a população”^(13:126-7).

Dessa forma, “é necessário mudar conceitos e preconceitos arraigados há anos, é preciso haver uma mudança na forma de pensar das pessoas que cuidam do portador de transtorno mental, para que este possa ser realmente visto como um ser humano digno de respeito e que merece viver livre na sociedade, dentro das suas limitações, sendo estas respeitadas pelos seus semelhantes”^(15:344).

Assim, há a necessidade de lutar contra os sintomas e incapacidades que resultam da doença e, por outro lado, enfrentar os desafios oriundos dos estereótipos e preconceitos que resultam das interpretações errôneas sobre a doença mental. Nas sociedades modernas, histórica e tradicionalmente, estas têm sido as marcas impressas de forma mais intensa à pessoa que vivencia a experiência da doença mental⁽¹⁰²⁾.

Essa categoria permitiu-me compreender que há preconceito social e familiar em relação aos usuários do CAPSi. Essa situação leva os familiares a, muitas vezes, omitirem a participação de um de seus membros naquele serviço, como forma de preservá-lo de constrangimentos, embora os próprios familiares também relatarem que têm preconceito em relação a ter um indivíduo em sofrimento psíquico que recebe atendimento em um CAPSi e, até mesmo, acerca dos demais usuários.

Na categoria concreta **relatando o desconhecimento da sintomatologia da doença**, os familiares relatam a falta de informação sobre o curso da doença mental; sendo assim, acreditam que não há necessidade de tratamento, até mesmo devido à confusão que apresentam acerca do diagnóstico de doença mental.

Dessa forma, penso que os familiares, muitas vezes, acreditam que o usuário do CAPSi não apresenta um sofrimento psíquico, apenas apresenta um comportamento normal do desenvolvimento infantil e púbere. Além disso, desconhecem os sinais e sintomas que podem ser manifestos pelos indivíduos em sofrimento psíquico, como mostram nos seguintes depoimentos:

“[...] a gente não conhece as coisas, a gente não sabe, a gente pensa que é uma coisa e é outra”. c

“[...] a princípio a gente via ele como um adolescente normal, na vivência já que a gente tem com ele, é [...] o dia-a-dia a gente não tinha prestado atenção [...]”. d

“Quando eu descobri que, a princípio pelo laudo médico, ele era hiperativo eu procurei me informar sobre o que era hiperatividade porque hoje até tá bem em auge, todo mundo fala em hiperatividade e até a gente como pai fica meio que em dúvida, será que é hiperativo? Será que é só uma criança é meio levada? Então você sempre tem dúvida, será que realmente o laudo é mesmo? Será que é verdade que ele é hiperativo? Então, às vezes, até hoje ainda a gente se questiona em relação a isso. Se realmente ele é hiperativo? Ah, pelo o que a gente vê tem vários tipos de hiperatividade então aí que te deixa mais em dúvida ainda, porque uns hiperativos são muito inquietos, outros hiperativos já têm outro tipo de reação [...] então a gente sempre fica [...]. Então na verdade até hoje eu ainda tenho dúvidas sobre isso, se realmente ele é hiperativo ou não. Mas o que a gente faz? Então praticamente assim: você fica meio que sozinha, você não tem amparo, você não tem orientação, não tem um lugar

onde vai e diga pra você: ó se tem que fazer isso aqui ou não. Você que tem que correr atrás e descobrir o que você tem que fazer”. g

“E quando foi pra mim [...] Na verdade quando eu descobri que ele era hiperativo eu levei um choque muito grande, eu não esperava. Claro que não é um problemão, mas não deixa de ser um problema, que precisa de cuidados, medicamentos, consulta com psiquiatra [...]. Era outra coisa assim que demorou assim pra mim aceitar, por que eu tenho um filho de 17 anos, nossa meu filho é totalmente diferente, aí agora [...] descobri [...] vai fazer dois anos que ele é hiperativo, eu levei um choque, eu não aceitava”. i

“Eu no meu modo de pensar não carecia ir lá sabe. Mas a escola falou que ele tinha que ir lá no CAPSi, tá sendo bem atendido. Só que eu acho que não tá resolvendo nada, pra mim não sabe, continua agitado do mesmo jeito, continua teimoso do mesmo jeito. Então não sei se tá dando resultado ele ir lá”. k

Posso compreender, assim, que os familiares dos usuários do CAPSi possuem pouca informação a respeito da sintomatologia da doença mental, o que quer dizer que vivenciam uma situação biográfica determinada em que o estoque de conhecimento à mão é insuficiente para que possam interpretar o que está acontecendo com seu ente, conforme expressam os seguintes depoimentos:

“E depressão não é um problema de cabeça [...] eu penso assim que depressão é uma doença da alma, ela precisa de remédio pra controlar a parte humana, mas é a parte da alma que tá doente”. b

“Então acho assim que o problema dele é mais carência do que outra coisa mesmo, ele é nervoso, às vezes, por falta de carência pra chamar atenção”. e

A situação biográfica se caracteriza fundamentalmente por aquilo de que o indivíduo dispõe, em qualquer momento de sua vida, um estoque de conhecimento à mão, integrado por tipificações do mundo do senso comum. E a acumulação de tipificações é endêmica na vida do senso comum, pois desde a infância o indivíduo agrega uma grande quantidade de receitas que logo utiliza como técnicas para compreender ou, ao menos, controlar aspectos de sua experiência⁽⁸⁰⁾.

No entanto, os familiares dos usuários do CAPSi não possuem um estoque de conhecimento à mão que possibilite a compreensão da situação vivenciada ao lidar com um indivíduo em sofrimento psíquico. Esse conhecimento está sendo construído a partir das experiências que estão vivenciando no seu cotidiano, ao conviver com a doença mental.

Sobre isso, posso dizer que, para determinados problemas, o estoque de conhecimento à mão é mais que suficiente, mas, frente a outras situações, pode ser necessário improvisar embasado em delineamentos tipicamente possíveis, sendo que a improvisação também depende das possibilidades imaginativas do sujeito e da situação exclusiva que este ocupa no mundo social⁽⁸⁰⁾.

A família busca explicar a doença mental como de origem orgânica ou biológica, a fim de entender o processo saúde-doença mental. Além disso, muitos a definem a partir de conceitos culturais e de valores, reafirmando a obscuridade de uma causa real, não a associam a fatores psicossociais e também fazem menção à hereditariedade e à cultura. Nesse sentido, o que falta à família é mais um esclarecimento sobre a doença que seu ente querido desenvolveu e orientações para manejo com este indivíduo⁽¹³⁾.

Além disso, os familiares buscam compreender a doença mental e entender que esta faz parte de suas vidas. No entanto, se deparam com um fenômeno psicossocial pouco compreendido e aceito e, de certa maneira, temido. Estas experiências singulares de convívio com o indivíduo em adoecimento psíquico são percebidas como difíceis e impedem que consigam se sentir tranquilos⁽¹⁷⁾.

Com essa categoria concreta, compreendi que o desconhecimento acerca da patologia leva os familiares a fantasiar a respeito da mesma, em uma tentativa de interpretar o que está acontecendo com o indivíduo em sofrimento psíquico. Isso faz com que busquem explicações diversas sobre a doença mental, o que, muitas vezes, gera dúvida em relação à necessidade de tratamento.

As próximas duas categorias concretas tratam da interpretação compreensiva dos *motivos porque*.

Na categoria concreta **vivenciando o comportamento do usuário**, a mudança na forma de comportar-se do usuário do CAPSi passou a interferir no relacionamento intrafamiliar e nas relações com outros indivíduos da sociedade, o que caracterizou-se como um dos motivos porque os familiares procuraram o atendimento do CAPSi para aquele indivíduo. Como exemplos, têm-se os seguintes depoimentos:

“[...] no final do ano passado, de outubro, ele começou a fugir da escola, ele não queria mais estudar, dizia que a escola era muito chata, que ele... que as professoras eram muito chatas e ele fugia da escola e ia pra casa de um amiguinho jogar joguinho de computador [...]”. b

“É porque a gente viu que o comportamento dela não era normal mais, ela foi uma menina normal, estudiosa até os 12 pra 13 anos, de repente mudou totalmente, não queria estudar, nem comer ela queria comer, emagreceu, e [...] começou a ficar agitada, começou brigar, começou inventar coisas que não existia, foi aonde a gente levou ela pra passar com psicóloga”. c

“É ele a principio falou pra gente que tava sem motivo pra vida, que não tinha razão pra viver mais, que tinha às vezes vontade de se matar, aonde inclusive especificou alguns casos [...] psiquiatra que deixou a gente um pouco assustado, que pensou em se matar, se cortar com uma faca, se enforçar, é até um pouco arrepiante pra gente”. d

“É [...] num desses nervosismos dele, ele comentou de suicídio, queria se matar [...]”. e

“Quando foi pra escola, o primeiro ano a gente conseguiu, quando entrou no segundo ano aí vieram as maiores dificuldades, de relacionamento entre colegas, aquela coisa assim mais [...] eles vão ficando maiores, colegas não vão mais aceitando, ele quer ser aceito”. f

“[...] ele passou um ano assim, ano passado inteirinho, só com dificuldade de nota, dificuldade de comportamento, a professora tirava pra fora da sala de aula, ele ficava zanzando lá fora, então a gente não tinha assim é ajuda de ninguém. Aí até que eu procurei [...] fui atrás [...]”. g

“[...] o motivo da gente ter levado ele no CAPSi é pela educação dele em sala de aula, tipo, não tava conseguindo acompanhar os alunos, então foi por isso que a gente conseguiu tratamento no CAPSi [...] Então, por que ele tinha dificuldade na aprendizagem e a gente não conseguiu assim uma psicopedagoga. Na época a gente até tentou pagar mas não teve condições para estar pagando e a gente conseguiu esse tratamento lá. Por que assim como ele tem deficiência na aprendizagem, ele não consegue acompanhar e os outros amigos daí tiravam sarro dele em sala de aula, daí começou atrapalhar o social, por que aí ele de alguma forma queria se defender, daí começou a ficar meio agressivo e violento, mas assim nada que [...] muito grave, respondia com palavras e tudo. Mas em casa ele é um filho bem bom assim, se não mexer com ele [...] ele tinha dificuldade, muito assim, na verdade desde o terceiro ano, ele já reprovou, teve uma reprovação do terceiro ano, do ensino fundamental, e aí o que acontece, ele não conseguiu acompanhar e até hoje ele tá numa sétima série, ele copia os textos todos emendados, as palavras ou às vezes deixa sem fazer uma pergunta, por exemplo um texto bem fácil ele não interpreta, coloca não sei. Então eu procurei ajuda”. h

“Foi assim: ele estudava lá nas irmãs, na M.A. no Cancelli, aí ele brigava, batia nas outras crianças, não sossegava, aí a psicóloga de lá ela falou que ele tinha problemas, tinha que levar, tá levando no neuro. Eu levei no Dr. X. O Dr. X. constatou que diz que ele era hiperativo, aí começou com a ritalina, só que a ritalina ela não melhora 100%, a gente sabe que não adiante, ela só ajuda. Aí, e também era bem complicado, por que ele era só pegar a receita e pronto, ele não olhava a criança, não fazia nada. Aí eu mudei, fui para a Dra. Y.[...] Aí ela falou: não, mãe, é 50% medicamento e 50% a psicóloga”. i

“Por causa dos nervosismos dele. Daí ele tinha ido numa neura, daí tentou tomar os remédios, se matar com os remédios, foi para o PAC II (Pronto Atendimento Continuado), de lá encaminharam [...]” j

“Daí um dia ele foi pra escola e fugiu da escola, sabe, não chegou a entrar. Daí por modo desse episódio que eles colocaram ele lá. Daí a professora falou também que ele não consegue se concentrar sabe, ele é muito agitado, uma pessoa muito [...] Por modo disso que eles levaram ele pra lá, pro CAPSi sabe”. k

Os *motivos porque* se relacionam a experiências passadas que determinaram que o indivíduo agisse como agiu, sendo caracterizado como o projeto de uma ação que já foi concluída. Dessa forma, o *motivo porque* se refere a uma categoria objetiva, ou seja, a experiências de um tempo perfeito que poderá ser olhado pelo indivíduo de forma retrospectiva⁽⁷⁸⁾.

Dessa forma, os *motivos porque* são aqueles que se explicam a partir dos antecedentes, ambiente ou predisposição psíquica do ator, sendo determinados pelo tempo passado, formando uma categoria objetiva⁽⁸⁰⁾.

O *motivo porque* consiste naquelas vivências passadas do ator, às quais ele presta atenção depois de ter sido realizado o ato (ou, pelo menos, em suas fases

iniciais). O ator representa, então, essas vivências no tempo mais que perfeito e em um contexto de significado que ele pode contemplar monoteticamente. Assim, pode visualizar uma síntese de fases que compõem tanto as vivências motivadoras quanto as motivadas⁽⁸⁰⁾.

As avaliações individual e grupal realizadas em crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, auxiliadas por informações provenientes de relatos de familiares, demonstram que o comportamento dos referidos indivíduos geralmente apresenta irritação, desobediência, nervosismo, impulsividade, inquietação, agitação, timidez, aborrecimento, dentre outras atitudes que são consideradas critérios de diagnóstico da doença mental⁽¹⁰³⁾.

Nesse sentido, a psicopatologia envolve alterações da consciência, da atenção, da sensopercepção (sensações e percepção), alterações quantitativas e qualitativas da memória, da inteligência, do pensamento (quanto à forma ou ao curso e ao conteúdo) e da linguagem (falada e escrita), da orientação, dos impulsos, da vontade e da agressividade, da afetividade (hipertimia, hipotimia, tenacidade afetiva, instabilidade afetiva, indiferença afetiva, sensação de falta de sentimento, sentimento de insuficiência, sentimento de presença, irritabilidade patológica, incontinência emocional, ambivalência afetiva, ansiedade ou angústia), fobia, alterações da psicomotricidade, do Eu e da personalidade⁽¹⁰⁴⁾.

Dessa forma, entendo que a mudança de comportamento, em âmbito social e intrafamiliar, caracterizou-se como um dos motivos porque se buscou o atendimento dos usuários no CAPSi. E a percepção dessa transformação comportamental se deu tanto pelos familiares quanto pelos atores sociais que fazem parte do cotidiano daqueles usuários, tais como professores, colegas de escola, amigos, entre outros.

Na categoria concreta **referindo o encaminhamento de outros serviços**, discutem-se aspectos que levaram à busca por um atendimento especializado para o indivíduo em sofrimento psíquico. Assim, os familiares relatam que diversas instituições com as quais o usuário do CAPSi teve contato, tais como a escola, o Conselho Tutelar, a Unidade Básica de Saúde, entre outras, proporcionaram seu encaminhamento ao serviço substitutivo em saúde mental. Esse também se caracterizou como um dos *motivos porque* de buscar o atendimento do CAPSi.

Os depoimentos que seguem demonstram o acima referido:

“[...] o Conselho Tutelar por uma liminar da justiça que encaminhou ele pro CAPSi, porque ele já fazia quatro anos que ele tava na lista de espera pra atendimento, então através do Conselho que eu consegui encaminhar ele, porque a conselheira achou que ele estava se viciando em jogo de computador [...]”.b

“O atendimento dela no CAPSi foi encaminhado pelo colégio, ela estudava, aí começou a dar problema no colégio, daí o colégio chamou nós e encaminhou ela pro posto e o posto de saúde encaminhou pra lá, daí consultei ela no posto, o médico falou que ela tava entrando em depressão, aí que eles encaminharam ela pra lá. Faz quatro anos que trato ela lá.” c

“[...] a gente foi encaminhado pelo posto de saúde, que encaminhou devido ao distúrbio que ele tem , é encaminharam que a gente levasse lá pra passar por psiquiatra e psicólogos e ter um acompanhamento que realmente que ele precisa”. d

“[...] eu conversei com o pediatra e o pediatra achou por bem encaminhar ele pro CAPSi. Daí foi feita a avaliação dele lá e eles ponharam ele no programa”. e

“A escola que encaminhou. [...] um dia deu uma briga lá séria com ele e outro coleguinha daí pediram pra ser encaminhado pra atendimento especial e um acompanhamento. Então faz [...] março fez um ano já que ele tá indo, quase dois anos que ele vai”. f

“Até uma professora dentro da escola me informou do CAPSi [...] Então aí foi que essa professora comentou que também tinha o filho dela lá no CAPSi e aí eu procurei me informar como que era o trabalho deles? O que que eles faziam? Pra mim poder ajudar ele melhor, levar ele para um lugar que

realmente me orientasse e ajudasse ele também. Então na verdade eu fui em busca de ajuda porque eu não sabia o que fazer, e ele realmente tava tendo muita dificuldade, dificuldade maior era na escola. Aí foi que então eu fui até orientada pelo pessoal do CAPSi e troquei ele de colégio também”.g

“[...] eu voltei ali no posto de saúde, conversei com a pediatra, daí ela encaminhou para a psicóloga, e daí o psicólogo atendia no CAPSi, e daí uma coisa assim foi levando à outra, daí ele tinha [...] a psicóloga passou para a X., que acho que é assistente social”. i

“A assistente social de lá encaminhou para o posto daqui, daí do posto da Cancelli encaminhou para lá”. j

“[...] a escola que encaminhou ele pra lá daí. Então isso aí [...] tipo assim ele um dia ele foi na escola e não chegou a entrar na escola entendeu. Ele foi e ficou fora da escola. Daí a minha mãe pegou e levou ele no médico pra ver [...]. Porque ele não falava porque que ele tinha feito, até então nunca tinha feito é. Daí a própria médica lá que atendeu ele falou: não, o caso dele é...ele não tem nada! A minha mãe até pensou: ah ele deve ter alguma coisa na cabeça, alguma coisa! Daí a mulher pegou e falou: não, eu vou encaminhar ele então lá pro CAPSi . Daí encaminhou”. k

Os *motivos porque* remetem a experiências passadas, as quais determinaram que o ator agisse como agiu. Nesse sentido, posso dizer que os *motivos porque* de uma ação são acessíveis somente quando ela se torna um ato, ou seja, quando ela já foi realizada. Nesse momento, o ator pode voltar-se para a sua ação passada, como um observador de si próprio, e investigar em que circunstâncias foi determinado que fizesse o que fez⁽⁷⁸⁾.

Dessa forma, os familiares de usuários de um CAPSi remetem-se àquilo que os levou a procurar o atendimento naquele serviço substitutivo em saúde mental e

voltam-se para o encaminhamento realizado por outros serviços. Isso ocorre porque a ação foi realizada em um tempo passado e pode ser observada e explicada por aqueles indivíduos, além de ser interpretada pelo investigador social.

Assim, o *motivo porque* genuíno se refere a experiências que aconteceram em um tempo perfeito no passado. E, devido a sua estrutura temporal, revela-se apenas ao olhar retrospectivo, pois se refere à gênese do projetar, caracterizando-se como uma categoria objetiva, acessível ao observador⁽⁷⁸⁾.

Dessa forma, enquanto a ação está em curso, o ator só tem em vista o *motivo para*. Os motivos deste tipo são eminentemente subjetivos, ao passo que os que pertencem à categoria *motivos porque* são acessíveis ao observador, por meio de reconstrução a partir da ação já realizada. Esta categoria pode ser dita objetiva e se prende ao passado sedimentado, ou seja, à situação acerca da qual o agente já possui sua bagagem de conhecimentos disponíveis (gostos, inclinações, preferências, preconceitos), que irão determinar o projeto⁽⁸¹⁾.

A respeito do encaminhamento dos usuários ao serviço, posso dizer que os CAPS estão articulados a uma rede de atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico e suas famílias, amigos e pessoas interessadas pelo cuidado em saúde mental. Essa rede é constituída por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF), diferentes tipos de CAPS (que se classificam e são estruturados de acordo com o número de habitantes de cada município), residências terapêuticas, centros comunitários, instituições de defesa dos direitos do usuário, pronto-socorros gerais, hospitais gerais, associações de bairro e associações de usuários.

Na rede, também estão incluídas outras instituições que fazem parte do cotidiano e das relações do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade, tais como família, vizinhos, escola, trabalho e esportes.

Nesse sentido, “as redes possuem muitos centros, muitos nós que as compõem e as tornam complexas e resistentes. O fundamental é que não se perca a dimensão de que o eixo organizador dessas redes são as pessoas, sua existência, seu sofrimento. Os CAPS deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em

outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc.”⁽³⁷⁾.

Sendo assim, o encaminhamento dos usuários para o CAPSi, realizado a partir de instituições como a escola, o Conselho Tutelar, a Unidade Básica de Saúde, entre outras, caracteriza a operacionalização da rede de saúde mental, incluindo o trabalho da equipe multiprofissional dos serviços substitutivos em saúde mental e de atores sociais que fazem parte do cotidiano dos usuários do CAPSi.

Nesse contexto, posso dizer que um trabalho clínico-institucional não pode deixar de ampliar-se também no entorno do serviço, de seus portões para fora, para a rede que inclui outros serviços de natureza clínica (outros CAPSis e CAPS, ambulatorios, hospitais, Programa Saúde da Família – PSF), bem como outras agências sociais não clínicas que, por atravessarem a vida das crianças e dos jovens, constituem-se como linhas que costuram seu território: escola, igreja, órgãos da Justiça da Infância e Adolescência, como Conselho Tutelar, Vara da Infância, Ministério Público, instituições de esporte e lazer, dentre outras⁽¹⁰⁵⁾.

Isso porque a rede em saúde mental constitui-se de 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; além dos programas de saúde da família, os prontos socorros gerais, as Unidades Básicas de Saúde, os serviços substitutivos em saúde mental, como os CAPS, as residências terapêuticas, os hospitais-dia, os ambulatorios e as unidades psiquiátricas em hospitais gerais, que estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial⁽³⁷⁾.

Essa categoria concreta possibilitou-me a compreensão de que os familiares procuraram atendimento no CAPSi, para os indivíduos em sofrimento psíquico, principalmente, por meio do encaminhamento de outras instituições, nas quais os profissionais responsáveis identificaram um comportamento que justificou a necessidade de acompanhamento do usuário naquele serviço substitutivo em saúde mental.

As três categorias concretas que seguem se referem aos *motivos para* dos familiares de usuários de um CAPSi, ou seja, respondem ao questionamento “o que você espera do atendimento que o seu familiar recebe no CAPSi?”.

Nesse contexto, “os motivos que implicam fins a alcançar, objetivos que se buscam atingir, são denominados motivos para, se referem ao tempo futuro e formam uma categoria subjetiva uma vez que o ator comprometido em sua ação, compreendida como uma parte do processo em andamento do projetar, define e interpreta o sentido de sua ação em termos de motivos para. Nesse sentido, a categoria subjetiva se refere a relação que ação tem com a consciência do ator, não se relacionando a noções de introspecção, condições psicológicas ou atitudes privadas”^(80:26).

Assim, ao interpretar o motivo do ator considerando-o como suas expectativas, podemos dizer que o contexto motivacional é, por definição, o contexto de significado dentro do qual se encontra uma determinada ação em virtude de seus status, como projeto ou ato de um determinado ator. Em outras palavras, o ato assim projetado no tempo futuro perfeito e em função do qual a ação recebe sua orientação é o *motivo para* do ator⁽⁸⁰⁾.

Nesse sentido, o motivo quer dizer o estado de coisas, o fim, em função do qual a ação foi levada a cabo, ou seja, o *motivo a fim de*. Do ponto de vista do ator, essa classe de motivos refere-se ao seu futuro. Dessa forma, podemos dizer que o ato projetado, isto é, o estado de coisas pré-imaginado, que será acarretado pela ação futura, constitui o *motivo a fim de* desta última. Tal motivo tem um significado subjetivo, ou seja, refere-se à experiência do ator que vive o processo de atividade em curso. Para ele, motivo quer dizer o que ele realmente tem em vista como atribuidor de significado a sua ação em curso, e isso é sempre o *motivo a fim de*, a intenção de realizar um estado de coisas projetado, atingir um objetivo preconcebido⁽⁷⁸⁾.

Na categoria concreta **esperando por tratamento do usuário**, evidenciam-se alguns aspectos dos *motivos para*, ou seja, do que os familiares esperam em relação ao atendimento recebido pelo usuário do CAPSi. Notei que eles esperam pela recuperação ou pela adaptação do indivíduo em sofrimento psíquico à doença.

Percebi também que alguns esperam que ele volte a ser normal. Isso acontece porque o desconhecimento dos sintomas da doença mental e de seu curso leva os familiares a rejeitar inconscientemente a ideia de que seu ente não terá cura⁽¹⁷⁾.

Os depoimentos que seguem demonstram tais *motivos para* dos familiares de usuários do CAPSi:

“Olha eu tô [...] a gente tá tratando por que a gente tem que tratar e a gente trabalha na área da saúde e a gente sabe que precisa aquilo, mas se fosse outra pessoa que não entendesse a saúde já tinha até abandonado. Pouco resultado tô vendo, pouco!” c

“[...] pra ele se tratar e se recuperar disso, pra voltar a ser uma criança normal que antes era.” d

“Então ali pelo menos ele tá indo ali, tá tendo esse atendimento e tem apoio psicológico, psiquiátrico, terapêutico, as oficinas [...].” f

“Tenta fazer todo o tratamento pra que se caso realmente ele for, ele consiga se adaptar, ele consiga controlar essa hiperatividade.” g

Os *motivos para* se referem ao estado de coisas a ser estabelecido, ao fim a atingir, ao projeto a realizar e à vontade de fazê-lo, ao *fiat* (o impulso) que desencadeia a ação⁽⁸¹⁾. Sendo assim, o tratamento da doença mental de seus membros se caracteriza como um objetivo, uma meta a ser alcançada, segundo os familiares dos usuários de um CAPSi, ou seja, um *motivo para* dos familiares no que diz respeito a buscar o atendimento no CAPSi.

Em relação ao atendimento do CAPS, os usuários e familiares podem esperar um tratamento fornecido por uma equipe multiprofissional, baseado num projeto terapêutico individual construído a partir das necessidades apresentadas pelo usuário e sua família.

Os CAPS foram planejados para atender prioritariamente às demandas de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, empregando alternativas de tratamento apoiadas em uma proposta terapêutica individualizada, articulada com diferentes serviços extra-hospitalares, além disso, são de natureza jurídica pública, identificando o hospital geral ou pediátrico do território onde se inserem como local de acolhimento perante a necessidade de internação⁽³⁷⁾.

Os CAPS podem ser considerados como mecanismos para o atendimento em saúde mental, os quais são regulamentados pela Portaria nº 336/2002⁽³⁶⁾. Esses centros se caracterizam por serviços ambulatoriais que oferecem atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, com o apoio de uma equipe multiprofissional articulada, cujo objetivo é possibilitar a reabilitação psicossocial dos usuários⁽³⁶⁾. Nesses serviços, os usuários recebem, dentre outros cuidados, atendimentos individuais e grupais; oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atividades culturais e esportivas.

Dessa forma, na rede de serviços substitutivos de assistência à saúde mental, a terapia é contínua, sendo que todas as manifestações do indivíduo com sofrimento psíquico são observadas e incorporadas ao processo terapêutico. No CAPS, os canais de comunicação entre usuários, familiares e equipe multiprofissional estão sempre permeáveis⁽³⁸⁾.

Sendo assim, “cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. Além disso, cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional”^(37:16).

Com essa categoria, pode compreender que os familiares de usuários de um CAPSi esperam que eles recebam tratamento para a doença mental e, muitas vezes, desejam que alcancem a cura e tenham um desenvolvimento normal, como apresentavam antes do surgimento dos sinais e sintomas do sofrimento psíquico.

Na categoria concreta **desejando a melhora do quadro clínico do usuário**, também estão presentes ideias a respeito dos *motivos para* em relação ao atendimento do CAPSi aos usuários. Nesse sentido, os familiares desejam que o indivíduo em sofrimento psíquico possa melhorar, aprender a lidar com a doença e comportar-se de forma adequada em diferentes situações sociais, o que se coloca como uma categoria subjetiva da experiência que estão vivenciando. Isso é o que se pode constatar nos depoimentos que seguem:

“Eu espero melhora, que tudo o que ele tem de errado que melhore”. a

“A cura [...] não tem, porque depressão não tem cura, tem altos e baixos, mas pelo menos que ele aprenda a lidar com a doença que ele tem, e que a gente também consiga lidar, consiga entender os problemas que ele passa pra ajudar ele”.b

“Que esse tratamento tanto medicamento que foi indicado por médico pra ele, tanto a terapia ocupacional que ele tá tendo lá e o acompanhamento com os psicólogos, que realmente isso ajuda com que ele se ocupe com alguma coisa que ele goste [...]”. d

“Eu espero que ele consiga trabalhar melhor esses momentos dele de nervosismo, porque eu não consigo fazer ele mudar, tipo assim entender que nem tudo na vida é fácil , pelo contrário, tudo é difícil. Que eles consigam fazer ele entender a lidar com essas coisas assim, do lado difícil da vida, e saber que precisa fazer isso e nem sempre vai gostar mas que ele precisa fazer. Não é tudo o que a gente gosta a gente faz, muitas coisas que a gente faz não faz porque gosta, faz porque é necessário. Então que ajude ele assim a trabalhar isso na cabecinha dele pra não ficar tão explosivo nos momentos de dificuldades”. e

“Então ele vai se relacionar com outras crianças com as mesmas dificuldades, o que talvez tire um pouco essa rejeição que ele tem, que ele sente das outras crianças”. f

“[...] eu posso te dizer que desse tempo que ele tá lá ajudou bastante ele, é que nem eu digo, não sei se foi só o CAPSi, se foi realmente o crescimento dele, então ele vai [...] eu acredito que conforme a idade vai chegando ele vai entendendo também, entendendo mais as coisas e mudando, mas eu vi

uma mudança muito grande pra ele nesse período todo que ele tá lá no CAPSi”. g

“Olha, eu espero que o X aprenda também a lidar com certas situações, como ele é diferente, a tá lidando com as amizades, tipo assim, ignorar certos tipos de brincadeiras que às vezes podem fazer com ele, justamente por ele não estar conseguindo acompanhar às vezes chamam de burro e tal essas coisas assim, então a gente espera assim, que ele consiga dominar até esse tipo de constrangimento da parte dos amigos com ele e tá vivendo bem assim”. h

[...] eu espero que realmente ele melhore. Eu espero que melhore, mas eu fico na dúvida porque você conversa com as outras mães [...]. Só que eu não sei o problema das outras crianças, porque ali a gente sabe que não tem só criança hiperativa, tem crianças com vários problemas psíquicos, e daí? Então, como diz o meu marido: cada caso é um caso. O meu filho de 17 anos acha que ele mudou bastante, porque uma vez a gente saía com ele e ele não sossegava, se fosse numa igreja ele não ficava quieto, se saísse numa loja não parava quieto, mas de jeito nenhum. Hoje não, hoje ele consegue sentar e ficar, para mim já é uma grande coisa, porque uma vez não sentava, ele ficava o tempo todo tatata, tatata, tatata [...]. Tipo assim, a cabeça da gente, assim, sabe, cansa de ouvir e ele não cansava de falar. Mas o meu filho de 17 anos acha que ele melhorou bastante”. i

“Ah é muito bom, espero a cada dia [...] melhorou bastante a cada dia, espero que ele fique bom”. j

“Eu, tipo assim, eu esperava que ele melhorasse entendeu”. k

Os familiares têm a expectativa de melhora do quadro clínico do usuário, como resultado do tratamento da doença mental na faceta biológica da situação vivenciada e na psicossocial, quando comentam acerca da adaptação aos obstáculos da doença e da interação com os outros. Por isso, muitos relatam esperar pela cura do indivíduo em sofrimento psíquico, esperam que ele se adapte a sua condição ou volte a ser como era antes do aparecimento dos sinais e sintomas.

Dessa forma, fica pouco evidente a busca pela inserção dos princípios do modelo psicossocial, como a inserção da família no cuidado e a reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico.

Assim, “o sentido atribuído pelos familiares aos resultados do trabalho da equipe é caracterizado pela estabilização dos sintomas psíquicos do seu familiar-usuário, mesmo quando se referem a esta estabilização com os termos *curada e controlada*”^(16:398).

Sobre a possibilidade de que o usuário do CAPSi alcance a cura e volte a se comportar como antes, posso dizer que, muitas vezes, “a idéia de aceitar que seu familiar não terá cura é inconscientemente rejeitada e temida pela família”^(17:55).

Com essa categoria concreta, compreendi que os familiares de usuários de um CAPSi desejam a melhora do quadro clínico de seu membro no sentido de que possa adaptar-se à nova realidade e compreender o que está acontecendo com ele. No entanto, não descartam a possibilidade de que o usuário possa curar-se da doença mental.

Essa possibilidade se mostra como um *motivo para*⁽⁷⁸⁾, ou seja, uma das expectativas que os familiares têm em relação à melhora do quadro clínico do usuário do CAPSi.

Na categoria concreta **vivenciando o apoio do serviço aos familiares**, os *motivos para* estão relacionados ao apoio da equipe multiprofissional aos familiares, o que acontece, segundo alguns familiares, somente quando há procura por ajuda ou convite do serviço para participar de alguma atividade. No entanto, alguns familiares apresentam os seguintes relatos:

“[...] porque o CAPSi ele não ajuda só o meu filho que tá lá, ele ajuda a mim também. A cada 15 dias a gente tem reunião com a X. e essas reuniões são muito esclarecedoras, sem contar que tem a Y. lá, a Z. que qualquer hora que às vezes acontece alguma coisa que eu não consiga resolver sozinha eu ligo lá,

marco horário, vou lá, converso, eu sei que lá tenho amigas que pode tá me ajudando de uma forma diferente, eles vê o que eu não consigo ver. Como elas já lidam com as doenças, elas sabem até onde vai a doença do meu filho e até onde começa a adolescência do meu filho, por que ele tá [...] ele tem 15 anos [...] ele tá na adolescência, é a fase mais difícil que tem, aí junto com a doença, muitas vezes eu não sei até onde que vai uma coisa e aonde começa a outra. E lá eu tenho, eu sei que eu tenho alguém que eu posso contar, não só porque o meu filho tá lá, por que a partir do momento que eu conheci elas, e, eu sempre liguei, eu sempre conversei com elas, e elas estão sempre prontas pra tá tentando resolver da melhor maneira possível as dificuldades que a gente tem com os filhos”.b

“Nesses dias eu fui a primeira vez na psicóloga e que sinceramente não gostei muito do atendimento, na segunda vez que nós fomos nós conversamos com a terapeuta ocupacional, e esse atendimento eu gostei, achei bom. E daí com a psiquiatra que daí também normal, achei normal”.e

“[...] então a gente procurou a ajuda do CAPSi para que a gente pudesse também tá aprendendo como trabalhar com ele em casa [...]. Então é bem [...] é bem dessa forma, eu acho que é muito importante o CAPSi sim, tem que [...] as mães que precisam tem que buscar. E eu acho que [...] é uma ajuda muito boa assim para nós. Quando ele falta, meu Deus!” h

“Eles me davam, quando eu ia lá e participava davam bastante orientação para a gente. Eu não fui lá mais assim [...]. Eu vou na reunião, vou levar no médico quando me ligam e marcam. Por causa que não posso sair [...]”. j

“É [...] eles [...] Acho que sim [...] eles ligam assim às vezes. Que nem essa semana eles me ligaram me convidando pra ir lá, caso quisesse ir lá conversar, ia ter palestra, essas coisas assim [...]. Mas senão [...]. Fora isso nada”. K

Já outros familiares comentam que é evidente a falta de atenção aos mesmos, no sentido de saber sobre o tratamento do usuário, receber apoio psicológico e orientações sobre a doença. Eles relatam que gostariam de ter mais proximidade com a equipe multiprofissional, a fim de esclarecer como se dão as relações intrafamiliares e o comportamento do usuário em domicílio, o que acreditam que auxiliaria em seu atendimento individualizado e na promoção da convivência mais harmônica na família.

“Eu acho que eu tenho que saber dela o medicamento que a menina tá tomando e ela tem que saber de nós o acompanhamento dela aqui em casa, por que ela fica aqui 24 horas com nós. Então eu acho que ela devia de saber o acompanhamento dela aqui com nós, como que ela é em casa, como a gente age com ela, como que ela age com nós”. c

“Então se tivesse um [...] eu acho que também faz parte uma [...]. como que eu vou dizer a palavra assim [...] um acompanhamento da família também, um atendimento [...]. A família se envolver mais, uma maneira que um órgão consiga juntar mais a família pra um tratamento mais aprofundado, um acompanhamento da família também, não só do adolescente. Mas sim que tivesse mais a família, conseguisse de repente ver o que a família poderia tá ajudando, um órgão do tipo assim, ou psicólogo talvez que consiga tirar, ver a causa disso e [...].”d

“Um apoio psicológico para a família dentro da instituição. Por que assim [...]. Ai vai pro CASM, daí atende todo mundo. Tá sendo muito difícil!” f

“A psicóloga não passa nada para mim. As monitoras não passam nada para mim. Se eu não ficar perguntando ninguém passa nada, tipo assim, eu vou lá e levo, eu vou lá e busco e pronto. Ninguém me passa nada. Ah, só a psiquiatra, aí é legal, eu gosto das consultas com ela, por que daí ela tem assim um relatório assim tudo anotado. Também se eu não perguntar também não fala. Mas assim a única pessoa assim que eu sinto que conversa mais, que passa muita informação pra gente é a psiquiatra. Não sei se é por que ela que tem que passar tudo de todo mundo. Todo mundo anota e ela tem que passar, entendeu? Não sei, não sei te explicar. Eu acho que deveria ser assim: a psicóloga tá conversando com a gente, pelo menos uma vez por mês tá passando sobre a criança ou o monitor alguma coisa... Ninguém! Se eu não perguntar não passam nada. Mas eu acho assim que eles deviam se comprometer mais assim com os pais, principalmente estar passando mais as coisas para a gente. A minha única assim mais reclamação é essa, se você não pergunta!!! São todos gente muito boa, tem as meninas, os professores, a Y. também é muito legal, mas é assim, se você pergunta bem e se você não pergunta tá tudo bem”. i

Um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos profissionais do CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. E a

presença no atendimento oferecido aos familiares e nas reuniões e assembleias, trazendo dúvidas e sugestões, também é uma forma de os familiares participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e passarem a se envolver de forma ativa no processo terapêutico. Os familiares também têm criado associações, com outros familiares e/ou usuários, que podem ser um importante instrumento de promoção da saúde e da cidadania de todos os envolvidos⁽³⁷⁾.

Nesse modelo de atenção psicossocial, é necessário considerar que “um atendimento na comunidade, sem uma estrutura institucional que propicie esta separação, exige que estes dois atores – família e agentes (equipe multiprofissional do serviço substitutivo) – estabeleçam uma espécie de acordo com vistas a um trabalho conjunto. [...] A presença do familiar passa, desta forma, de importante a necessária, e essa necessidade determina o próprio âmbito de ação da instituição”⁽⁹⁾.

Nesse contexto, os familiares estão sendo convidados a participar dos serviços substitutivos ao modelo manicomial, a fim de que se estabeleça uma relação entre família, usuário e serviço, relação esta que pode proporcionar o atendimento integral ao indivíduo em sofrimento psíquico e à família, enquanto ser de cuidado. Essa estratégia de inclusão da família no cuidado possibilita um conhecimento mais aprofundado das necessidades do usuário e de seus familiares.

Dessa forma, a família é concebida como uma instituição de cuidado aos seus membros; as expectativas sociais sobre a presença de pessoas cuidadoras nos grupos familiares é fruto da forma de conceber a família em um determinado contexto sociocultural e econômico e a forma de entender a família determinará a maneira de compreender o cuidado como atribuição dentro do grupo familiar. No caso do cuidado a pessoas dependentes, entende-se que o cuidado cotidiano se dá no contexto da família⁽⁶⁶⁾.

Com esse atendimento os membros da família geralmente se beneficiam de orientações dadas sobre a doença e seu tratamento, bem como do aconselhamento familiar, que proporciona apoio emocional e dicas práticas sobre como interagir com o indivíduo em sofrimento psíquico. As reuniões com o paciente e com a família também podem contribuir para orientações e são especialmente úteis no aperfeiçoamento das habilidades de comunicação e para o aprendizado de estratégias que permitam enfrentar a doença⁽¹¹⁾.

Nesse sentido, “[...] a experiência da família com a enfermidade de um dos seus é única e singular, bem como suas respostas as demandas frente ao

adoecimento. É preciso entendê-la na sua diversidade de comportamento a partir das adversidades que enfrenta, pois este grupo familiar contribui com o processo terapêutico, devendo assim ser considerado sujeito da ação, e não, um simples receptáculo de informações, passivo e inerte”^(12:138).

No entanto, a fala de alguns familiares a respeito da falta de apoio da equipe multiprofissional à família dos usuários corrobora com os resultados de pesquisas que demonstram a incoerência do trabalho em saúde mental em relação aos preceitos da reforma psiquiátrica. Esses estudos revelam que as práticas em saúde mental nos serviços substitutivos ao modelo manicomial estão pautadas, muitas vezes, no saber de senso comum e no conhecimento teórico subsidiado pelo modelo hospitalocêntrico⁽¹⁰⁶⁾.

Além disso, “o familiar, ainda, apresenta-se aos serviços simplesmente como ‘informante’ das alterações apresentadas pelo doente mental, e deve, por conseguinte, seguir passivamente as prescrições dadas pelo tratamento oferecido. Portanto, acolher suas demandas, considerando as vivências inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continuam a ser o maior projeto de superação. [...] A assistência prestada aos portadores nos mostra que os familiares que procuram a ajuda e suporte dos serviços de saúde mental e de seus profissionais, apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas, a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos, algumas dentre tantas outras insatisfações”^(18:198).

Isso impossibilita, por exemplo, um trabalho multiprofissional que inclua a família como unidade primária cuidadora de seus membros e, portanto, fonte de informações importantes para o projeto terapêutico individual do usuário, além de ser também objeto de cuidado em saúde mental, pois necessita de orientações acerca do processo de saúde e doença mental, além do tratamento oferecido aos usuários do serviço.

Nesta categoria, pude perceber que os familiares sentem a necessidade de um relacionamento face a face⁽⁷⁸⁾, ou seja, uma relação direta, com a equipe de

profissionais de saúde do CAPSi, para que suas experiências vividas possam ser reconhecidas de maneira mais íntima, e assim, estejam aptos a apoiar de fato as necessidades expressas e vivenciadas pelos usuários.

9 O TIPO VIVIDO DOS FAMILIARES DE USUÁRIOS DO CAPSi

A compreensão das referidas categorias concretas do vivido permitiu-me construir o tipo vivido do grupo social dos familiares de usuários de um CAPSi. O tipo vivido pode ser compreendido como um conjunto de características que se impõe a um determinado grupo social.

Nesse sentido, o tipo vivido é obtido a partir da descrição do comportamento social que permite encontrar algo que tipifica, ou seja, encontrar convergências nas intenções dos sujeitos, como uma estrutura vivenciada única, uniforme e contínua⁽⁹⁵⁾.

Essa tipificação é passível a partir dos *motivos para* e dos *motivos porque* da ação dos indivíduos que pertencem a determinado grupo social. Esses tipos ideais e, portanto, tipificados possuem um estoque de conhecimento a mão semelhante sobre determinadas experiências vivenciadas, agem de maneira tipificada, ou seja, padronizada, em situações semelhantes.

Assim, o tipo vivido dos familiares de usuários de um CAPSi foi construído a partir de 05 categorias concretas que emergiram dos *motivos para* e dos *motivos porque* evidenciados nos depoimentos e, mostrou-se como sendo: aquele que vivencia o comportamento do usuário; refere o encaminhamento de outros serviços; espera por tratamento; deseja a melhora do quadro clínico e vivencia o apoio do serviço aos familiares.

A busca de atendimento no CAPSi, pelos familiares de crianças e adolescentes, ocorre devido a vivências desses familiares com situações envolvendo o comportamento alterado dos usuários no âmbito social do qual fazem parte e devido ao encaminhamento realizado por profissionais, instituições e serviços diversificados, tais como escola, Conselho Tutelar e UBS.

Quando os familiares buscam atendimento no CAPSi, esperam oportunizar tratamento ao seu familiar usuário, tendo em vista a melhora do seu quadro clínico com remissão de sintomas e melhorias na interação social. Além disso, visam a obter apoio aos familiares, a fim de que possam compreender a situação vivenciada a partir do acontecimento da doença mental, bem como contribuir para o tratamento do usuário, no sentido de esclarecer sobre o seu comportamento e relacionamento com os demais membros da família.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Meu interesse pela realização desse estudo partiu das vivências que tive em relação à saúde mental e, principalmente, acerca das relações entre saúde mental, infância, adolescência e família. Essas vivências foram elencadas a partir do desenvolvimento de atividades acadêmicas e profissionais, enquanto docente das disciplinas de Saúde Mental e Psiquiátrica e Processo de Cuidar da Criança e do Adolescente. Assim, emergiram questionamentos acerca do tipo vivido de familiares de crianças e adolescentes usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

Dessa forma, o desenvolvimento dessa pesquisa possibilitou-me compreender o tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil; identificar as expectativas dos familiares em relação ao atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil e; descrever o contexto dos significados vivenciados pelos familiares em relação ao atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil a fim de contribuir para a formação profissional e para a implementação de ações para o binômio usuário-família no contexto da atenção psicossocial. Para tanto, utilizei o referencial teórico filosófico e metodológico da fenomenologia social, procurando desvencilhar-me de qualquer pressuposto ou preconceito em relação aos sujeitos da pesquisa.

Minhas inquietações diziam respeito à maneira que o familiar do indivíduo atendido no CAPSi percebia o fato de ter alguém da família em sofrimento psíquico, aos motivos que levaram o familiar a procurar atendimento para o indivíduo no CAPSi e àquilo que o familiar espera do tratamento que o referido indivíduo recebe no CAPSi. Nesse sentido, busquei compreender o tipo vivido dos familiares de usuários de um CAPSi, em uma tentativa de entender as motivações daqueles sujeitos.

Isso porque, com a Reforma Psiquiátrica, o familiar passa a ser considerado como um sujeito de cuidado que necessita de atenção e concomitantemente oferece à equipe multiprofissional dos serviços substitutivos em saúde mental informações importantes a respeito do usuário, as quais subsidiam, muitas vezes, a elaboração do plano terapêutico individual a ser implementado para o tratamento do indivíduo em sofrimento psíquico.

As informações relatadas, nesta pesquisa, pelos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, mostraram que há dificuldade em lidar com a doença mental no sentido de ser vista como uma situação assustadora, desafiadora e nova, na qual os familiares não conseguem estabelecer uma relação satisfatória com o usuário devido à imprevisibilidade de seu comportamento.

Isso acontece porque, apesar de a doença mental fazer parte da situação biográfica determinada dos familiares sujeitos deste estudo, eles não possuem um estoque de conhecimento à mão suficiente sobre o curso do processo de saúde e doença mental, o que lhes impossibilita manejar as diferentes situações que se colocam no relacionamento face a face com os usuários do CAPSi e com a sociedade. De certa forma, os familiares têm um conhecimento vago sobre a loucura, muitas vezes proveniente de relações sociais indiretas com contemporâneos que sofrem daquela doença. Assim, apresentam uma diversidade de interpretações sobre a doença mental.

Outro aspecto evidenciado nesse estudo é que os familiares vivenciam o preconceito em relação à doença mental. Esse preconceito se mostra tanto nas relações face a face, como, por exemplo, no relacionamento dos usuários com os colegas de escola, amigos, vizinhos e familiares, quanto nas relações sociais indiretas, como acontece quando os usuários utilizam o transporte coletivo.

Isso ocorre porque o conhecimento que se tem em relação à loucura é construído a partir de vivências do tipo social louco, constituído pelas ações típicas deste indivíduo e dos tratamentos oferecidos à doença mental, e não considera as diferentes patologias atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial Infantil. Dessa forma, os familiares procuram omitir a participação de seus membros naquele serviço, a fim de preservá-los de possíveis constrangimentos.

Com essa pesquisa, também pude perceber o desconhecimento dos familiares em relação à doença mental. Nesse contexto, eles relatam desconhecer o curso da doença mental e muitas vezes acreditam que o usuário não apresenta o diagnóstico referido pelo psiquiatra, mas apenas uma condição normal do desenvolvimento infantil e púbere, e, portanto, não necessitaria de tratamento.

Dessa forma, os familiares passam a buscar interpretações sobre o que acontece com o indivíduo em sofrimento. Isso porque o estoque de conhecimento à mão que eles possuem acerca da doença mental é insuficiente para que possam compreender a situação vivenciada. Além disso, esse conhecimento está sendo

construído a partir das experiências que os familiares vivenciam no seu cotidiano, desde o momento em que um de seus membros recebe o diagnóstico de doença mental.

Quando questionados sobre por que procuraram o serviço do CAPSi, os familiares comentam que a mudança de comportamento do usuário constituiu um dos motivos da procura por atendimento naquele serviço.

Nesse sentido, os usuários passaram a apresentar comportamentos que os impediam de participar das atividades cotidianas de seu mundo particular e social. Tais comportamentos se caracterizaram desde a hiperatividade em sala de aula até ideações suicidas, e interferiram em seus relacionamentos intrafamiliares e sociais. Além disso, essa mudança de comportamento foi notada tanto pelos familiares quanto por pessoas que fazem parte do cotidiano daqueles indivíduos.

Outro fator que contribuiu para a procura do atendimento no CAPSi foi o encaminhamento de outros serviços. Isso aconteceu devido à mudança de comportamento do usuário do CAPSi, conforme relatado anteriormente.

Dessa forma, os familiares relatam que instituições como a escola, o Conselho Tutelar e a Unidade Básica de Saúde providenciaram o encaminhamento do indivíduo em sofrimento psíquico para o CAPSi, a partir de profissionais que identificaram tal necessidade.

Os fatores acima enumerados constituíram os *motivos porque* de os familiares buscarem atendimento para seus membros no CAPSi.

Em relação aos *motivos para*, ou seja, àquilo que os familiares esperam em relação ao atendimento oferecido pelo CAPSi, pude compreender que eles esperam por tratamento e pela cura, isto é, que o usuário volte a ser normal, como era antes da crise. Isso ocorre porque desconhecem o curso da doença mental e acreditam que seus membros possam apresentar uma remissão do quadro. Nesse sentido, penso que a equipe multiprofissional do CAPSi tem um papel fundamental no que se refere às orientações que os familiares necessitam receber sobre o diagnóstico e o tratamento do usuário.

A respeito dos *motivos para*, compreendi também que os familiares desejam a melhora do quadro clínico, a fim de que o usuário possa adaptar-se à nova realidade e compreender o que está acontecendo com ele.

Além disso, também acerca dos motivos para, os familiares relatam o apoio que recebem do serviço. Nesse sentido, houve depoimentos que evidenciaram o

apoio do serviço no que se refere aos esclarecimentos que os familiares procuraram em relação à doença e ao atendimento oferecido ao usuário. Outros relatos evidenciam a falta de apoio da equipe multiprofissional aos familiares, no sentido de saber sobre o tratamento do usuário e receber apoio psicológico. Além disso, os familiares que dizem existir falta de apoio afirmam que gostariam de ter contato com a equipe multiprofissional a fim de oferecer informações sobre o comportamento do usuário para auxiliar no tratamento do mesmo.

Assim, considero que atingi os objetivos que me propus com esta pesquisa, no sentido de que consegui compreender o tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil; identificar as expectativas dos familiares em relação ao atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil e; descrever o contexto dos significados vivenciados pelos familiares em relação ao atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil. Dessa forma, pude construir o tipo vivido dos sujeitos participantes da pesquisa como sendo aquele que: vivencia o comportamento do usuário; refere o encaminhamento de outros serviços; espera por tratamento; deseja a melhora do quadro clínico e vivencia o apoio do serviço aos familiares.

Espero que esse estudo possa contribuir para que as equipes de Saúde Mental, especificamente os enfermeiros, passem a refletir sobre o modo como vêm trabalhando e as possíveis reestruturações que se façam necessárias para a assistência, podendo contribuir no atendimento aos familiares e usuários dos Centros de Atenção Psicossocial Infantil.

Entendo que essa pesquisa se coloca como uma introdução a novos objetos de pesquisa, como aqueles que envolvam profissionais de enfermagem, usuários e familiares, que possam contribuir para o cuidado de enfermagem em saúde mental, enfocando os serviços substitutivos em saúde mental na perspectiva da fenomenologia social, e que tenham como objeto as expectativas dos usuários em relação ao atendimento recebido e às motivações da equipe multiprofissional em relação ao serviço.

REFERÊNCIAS

- 1 Machineski GG, Schneider JF. A depressão puerperal e a assistência de enfermagem. *Varia sci.* 2002; 2 (1): 169-180.
- 2 Machineski GG. A corporeidade da mulher no pós-parto: uma compreensão da linguagem em Maurice Merleau-Ponty [dissertação] Cascavel (PR): Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2005.
- 3 Hofmann CCL, Santos DN, Mota ELA. Caracterização dos usuários e dos serviços prestados por centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24 (3): 633-642.
- 4 Ribeiro PRM. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. *Psicol. Estud.* 2006; 11(1): 29-38.
- 5 Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na saúde pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(4): 390-8.
- 6 Tostes MHFS. Transtornos mentais da infância e da adolescência. In: Ribeiro MS, organizador. *Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental.* Juiz de Fora: UFJF; 2007.
- 7 Macêdo VCD, Monteiro ARM. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. *Texto Contexto Enferm.* 2004; 13 (4): 585-92.
- 8 Wetzel C. Trabalhando junto à família em um serviço comunitário de atenção à saúde mental. In: *Cadernos IPUB*, n, 19. Rio de Janeiro: Ufrj/Ipub; 2000.
- 9 Moreno V. A família do portador de sofrimento psíquico: olhares, trajetórias percorridas e possibilidades. In: Mello MCB, Costa MCS, organizador. *Saúde mental numa sociedade em mudança.* Ribeirão Preto: Legis Summa/Fierp; 2005.
- 10 Pereira MAO, Pereira Jr A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. *Rev Esc Enferm USP.* 2003; 37 (4): 92-100.
- 11 Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17 (4): 680-8.

- 12 Bieleman VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Willrich JQ, Souza AS et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(1): 131-9.
- 13 Spadini LS, Souza MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1): 123-7.
- 14 Monteiro ARM, Barroso MGT. A família e o doente mental usuário do hospital-dia – estudo de um caso. *Rev latino-am. Enferm. Ribeirão Preto*, dezembro 2000; 8(6): 20-6.
- 15 Waidman MAP, Elsen I. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto Contexto Enferm* 2005 Jul-Set; 14(3): 341-9.
- 16 Camatta M, Schneider JF. O trabalho da equipe de um centro de atenção psicossocial na perspectiva da família. *Rev Esc Enferm US*, 2009; 43(2): 393-400.
- 17 Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm*, Brasília, 2010 jan-fev; 63(1): 51-7.
- 18 Colvero LA, Ide CAC, Rolim MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Rev Esc Enferm USP*, 2004; 38(2):197-205.
- 19 Banda MMZ. Compreensão típico ideal da prática profissional do enfermeiro em hospitais públicos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- 20 Amarante PDC. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 3^a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- 21 Frayze-Pereira, J. O que é loucura? 3^a ed. São Paulo: Brasiliense; 1984.
- 22 Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. 2^a ed. Rio de Janeiro: Nau; 2003.
- 23 Nicácio F, Amarante PDC, Barros DD. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhanças e itinerários. In: Amarante PDC, organizador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* 2. Rio de Janeiro: Nau; 2005.
- 24 Oliveira FB. Construindo saberes e práticas em saúde mental. João Pessoa: Ufpb/Editora Universitária; 2002.

25 Pereira RC. Lugar de louco é no hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica. In: Venâncio AT, Leal EM, Delgado P G, Organizadores. O campo da atenção psicossocial: Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá: Instituto Franco Basaglia; 1997.

26 Cordeiro H. Descentralização, universalidade e eqüidade nas reformas de saúde. Cien Saude Colet.2001; 6 (2): 319-328.

27 Lucchese PTR. Eqüidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Cien Saude Colet. 2003; 8 (2): 439-448.

28 Ferreira G. Desinstitucionalização e integralidade: um estudo do processo da reforma psiquiátrica no Brasil. In: Pinheiro R, organizador. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/ Lappis: Abrasco; 2007.

29 Amarante PDC, organizador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2ª ed. Rio de Janeiro: Nau; 2005.

30 Moraes M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. Cien Saude Colet. 2008; 13 (1): 121-33.

31 Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

32 Coimbra VCC. O acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2003.

33 Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, organizador. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc: IMS/ Lappis: Abrasco; 2007.

34 Costa-rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante PDC, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003.

35 Amarante PDC. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

36 Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 336/GM. Dispõe sobre a nova sistemática de classificação dos Centros de Atenção Psicossocial: CAPS I, CAPS II e CAPS III,

definidos por ordem recente de porte, complexidade e abrangência populacional. Brasília (DF); 2002.

37 Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.

38 Peixoto G. No meio do caminho tinha uma pedra. In: Pitta A, organizador. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2^a ed. São Paulo: Hucitec; 2001.

39 Portal do Município de Cascavel. Secretaria de Saúde. [Internet]. 2009 [citado 2009 nov 30]; Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=139>.

40 Mello SA. Infância e humanização: algumas considerações na perspectiva histórico-cultural. *Perspectiva*. 2007; 25(1): 83-104.

41 Silva RP. Medicina, educação e psiquiatria para a infância: o Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.* 2009; 12(1): 195-208.

42 Ministério da Saúde (BR), Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília (DF); 2005.

43 Ministério da Saúde (BR), Estatuto da criança e do adolescente. 3^a ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.

44 Ceccim RB; Palombini AL. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. *Psicol. Soc.* 2009; 21(3): 301-312.

45 Stuart GW, Laraia MT. Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas. 6^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.

46 Johnson BS. Psychiatric-mental health nursing: adaptation and growth. 3^a ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company; 1993.

47 Osório LC. Família hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

- 48 Goode WJ. A família. São Paulo: Pioneira; 1970.
- 49 Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Trad. Leandro Conder. 15^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.
- 50 Ariès P. História social da criança e da família. Trad. Faksman. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- 51 Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora; 2006.
- 52 Ariès P. Por uma história da vida privada. In: Chartier R. História da vida privada: da renascença ao século das luzes. Trad. Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras; 1991.
- 53 Serapioni M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Cien Saude Colet. 2005, 10(sup): 243-253.
- 54 Carvalho MCB. O lugar da família na política social. In: Carvalho MCB, organizador. A família contemporânea em debate. São Paulo: Educ; 1995.
- 55 Romanelli G. Autoridade e poder na família. In: Carvalho MCB. A família contemporânea em debate. São Paulo: Educ; 1995.
- 56 Symanski H. Teorias e "teorias" de famílias. In: Carvalho MCB, organizador. A família contemporânea em debate. São Paulo: Educ/Cortez; 2003.
- 57 Fonseca C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saude Soc. 2005; 14 (2): 50-59.
- 58 Zambrano E. Parentalidades "impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. Horiz antropol. 2006; 12 (26): 123-147.
- 59 Lévi-strauss C. As estruturas elementares do parentesco. Trad. Mariano Ferreira. 2^a ed. Petrópolis: Vozes; 1982.
- 60 Sarti CA. "Deixarás pai e mãe": notas sobre Lévi-Strauss e a família. Rev. Antropológicas. 2005; 16 (1): 31-52.

- 61 Vitale MAF. Socialização e família: uma análise intergeracional. In: Carvalho MCB, organizador. A família contemporânea em debate. São Paulo: Educ; 1995.
- 62 Ramos DM, Nascimento VG. A família como instituição moderna. *Fractal Rev. Psicol.* 2008; 20 (2): 461-472.
- 63 Schneider JF. Ser-família de esquizofrênico: o que é isto? Cascavel: Edunioeste; 2001.
- 64 Elsen I, Marcon SS, Silva MR. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004.
- 65 Falcke D, Wagner A. A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos. In: Wagner, A, organizador. Como se perpetua a família?: a transmissão dos modelos familiares. Porto Alegre: Edipucrs; 2005.
- 66 Bover AB, Gastaldo D. La centralidad de la familia como recurso en lo cuidado domiciliario: perspectivas de género y generación. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58 (1): 9-16.
- 67 Zanetti ACG, Galera SAF. O impacto da esquizofrenia para a família. *Rev Gaucha Enferm.* 2007; 28 (3): 385-92.
- 68 Bressan VR, Scatena MCM. O cuidar do doente mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2002; 10 (5): 682-9.
- 69 Tateno M et al. The practice of child and adolescent psychiatry: a survey of early-career psychiatrists in Japan. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2009; 30(3): 1-6.
- 70 Goldbeck L. Supportive interventions to enhance the mental health of children - an under-researched field. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2009; 31(3): 1-2.
- 71 Neander K, Engström I. Parents' assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health.* 2009; 8(3): 1-20.
- 72 Bordin IA, Duarte CS, Peres CA, Nascimento R, Curto BM, Paula CS. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ.* 2009; 87: 336–344.

73 Rajmil L et al. Effect on Health-related Quality of Life of changes in mental health in children and adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2009; 7 (103): 1-7.

74 Giannakopoulos G et al. Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health. *Health and Quality of Life Outcome*. 2009;7(100): 1-9.

75 Assis SG, Avanci JQ, Oliveira RVC. Desigualdades socioeconômicas e saúde mental infantil. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (Supl. 1):92-100.

76 Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Wange PS. Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008; 86 (10): 757-764.

77 Rowe HJ, Fisher JRW. The contribution of Australian residential early parenting centres to comprehensive mental health care for mothers of infants: evidence from a prospective study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2010; 4(6): 1-34.

78 Schütz A. *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1979.

79 Schütz A, Luckmann T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

80 Schütz A. *El problema de la realidad social. Escritos I*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

81 Capalbo C. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz*. 2ª ed. Londrina: Editora Uel; 1998.

82 Carvalho GM. *Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.

83 Martins J. *Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis*. São Paulo: Cortez; 1992.

84 Schneider JF. *O ser esquizofrênico e a retomada do tempo: estudo fenomenológico*. Goiânia: AB; 1996.

85 Moreira DA. *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson; 2002.

86 Dartigues A. O que é fenomenologia? 3^a ed. São Paulo: Moraes; 1992.

87 Peixoto AJ. A origem e os fundamentos da fenomenologia: uma breve incursão pelo pensamento de Husserl. In: Peixoto AJ, organizador. Concepções sobre fenomenologia. Goiânia: Editora da Ufg; 2003.

88 Reali G, Amtiseri D. História da Filosofia: do romantismo até nossos dias. São Paulo: Paulus; 1991.

89 Guesser A. A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. Rev. Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. [Internet]. 2003 [citado 2009 nov 30];1 (1): 149-168. Disponível em: [http:// www.emtese.ufsc.br](http://www.emtese.ufsc.br).

90 Portal do Município de Cascavel. História. [Internet]. 2009 [citado 2009 nov 30]; Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/historia.php>.

91 Lise AMR, organizador. Atendimento em saúde mental. Governo Municipal de Cascavel. Cascavel: Secretaria Municipal de Saúde; 2001.

92 Fonseca C. Olhares antropológicos sobre a família contemporânea. In: Elsen, I, Nitschke RG, organizadores. Pesquisando a família: olhares contemporâneos. Florianópolis: Papa-Livro; 2004.

93 Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir; 1987.

94 Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes/Educ; 1989.

95 Merighi MA. Enfermeiras obstétricas egressas da escola de enfermagem de São Paulo: caracterização e trajetória profissional [livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.

96 Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

97 Fustinoni SM. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.

98 Tocantins FR. As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem na perspectiva de Alfred Schütz [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

99 Prado C. Ações e projetos de um corpo docente multiprofissional em um curso de graduação em enfermagem. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

100 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

101 Schutz A. La construcción significativa del mundo social. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1993.

102 Cavalheri SC, Merighi MAB, Jesus MCP. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 jan-fev; 60 (1):9-14.

103 Gauy FB, Guimarães SS. Triagem em saúde mental infantil. Psic.: Teor. e Pesq. Brasília, 2006; 22(1): 5-15.

104 Fontana AM. Manual de clínica em psiquiatria. São Paulo: Atheneu; 2005.

105 Elia L. A rede de atenção na saúde mental – articulação entre caps e ambulatorios. In: Ministério da Saúde (BR), Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília (DF); 2005.

106 Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. Cienc Saúde Colet, 2009; 14(1): 297-305.

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa – **O TIPO VIVIDO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL**, onde serão divulgadas gravações suas. No caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e sua participação.

TÍTULO DA PESQUISA: O tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Gicelle Galvan Machineski

ENDEREÇO: Rua Manaus, 2046

TELEFONE: (45) 9981-0684

PATROCINADOR: Não se aplica

OBJETIVOS: O presente estudo tem como objetivos conhecer as vivências de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil; compreender as motivações dos familiares em relação ao atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil e; compreender o contexto dos significados vivenciados pelos familiares em relação ao atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil.

JUSTIFICATIVA: O estudo se justifica pela importância em compreender a vivência dos familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil, tendo em vista as inúmeras possibilidades que podem se apresentar durante o acompanhamento dos usuários no processo saúde-doença mental. Isso para que se possa estabelecer um cuidado direcionado não somente aos usuários, mas ao conjunto usuário-família. Nesse sentido, torna-se relevante o questionamento acerca das dimensões do tipo vivido de familiares de usuários atendidos no referido serviço, a fim de conhecer sua motivação para o atendimento.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Se concordar em participar da pesquisa, você terá que participar de uma entrevista, na qual responderá as seguintes questões: “Como é para você ter um familiar em sofrimento psíquico?”; “O que levou você a procurar atendimento para o seu familiar no CAPSi?”; “O que você espera do atendimento que o seu familiar recebe no CAPSi?”. As entrevistas serão agendadas num horário e local que seja conveniente para os participantes, gravadas em fita cassete e após transcritas na íntegra. Os depoimentos serão identificados por letras, conforme a fala correspondente.

RISCOS E DESCONFORTOS: A pesquisa não apresenta riscos aos participantes. Porém, por se tratar de uma entrevista, o indivíduo poderá se sentir constrangido, o que poderá ser amenizado a partir da explicação da pesquisadora sobre o desenvolvimento do estudo.

BENEFÍCIOS: O desenvolvimento da pesquisa poderá contribuir para que os profissionais que atuam na área da saúde mental, principalmente a equipe de enfermagem, possam compreender as motivações dos familiares acerca do atendimento recebido pelos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil e, dessa forma, estabelecer um cuidado direcionado ao conjunto usuário-família.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação, sendo que lhe será garantida a liberdade de retirar o consentimento, sem qualquer prejuízo.

EXPOSIÇÃO PESSOAL: Os depoimentos provenientes das respostas da entrevista serão gravados e após transcritos na íntegra, sendo identificados por letras conforme a fala correspondente. Sendo assim, nenhuma informação pessoal será divulgada.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Eu, _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora –**GICELLE GALVAN MACHINESKI**– dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, exposição pessoal, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência ou tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP/FAG, com endereço na Faculdade Assis Gurgacz, Av. das Torres, 500, Cep 85807-030, Fone: (45) 3321-3871, no e-mail: comitedeetica@faq.edu.br, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

LOCAL E DATA: Cascavel, _____ de _____ de 2010.

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL (menor de 21 anos):

(Nome por extenso)

(Assinatura)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

_____ Assinatura: _____

Nome:

_____ Assinatura: _____

APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

- 1) Como é para você ter um familiar em sofrimento psíquico?**
- 2) O que levou você a procurar atendimento para o seu familiar no CAPSi?**
- 3) O que você espera do atendimento que o seu familiar recebe no CAPSi?**

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER 054/2010 – CEP/FAG

O comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz, reunido em sessão ordinária, no dia 28/04/2010, Ata003/10, **APROVA** o projeto abaixo especificado.

PROTOCOLO: 047/2010

PESQUISADOR: Gicelle Galvan Machineski

PROJETO: O tipo vivido de familiares de usuários de um centro de atenção psicossocial infantil CAPSi

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP para acompanhamento da pesquisa o relatório final e a publicação de seus resultados, até o dia 30/07/2011, bem como a comunicação de qualquer intercorrência, efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.

Cascavel, 30 de abril de 2010.



Karina Elaine de Souza Silva
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 Faculdade Assis Gurgacz

KARINA ELAINE DE SOUZA SILVA
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 FAG