

Micropolíticas e Processos de Subjetivação no Atendimento Psicossocial: O CAPS II de Araraquara¹.

Luiz Ricardo de Souza Prado (UNESP-FCLAr/São Paulo)

Palavras-chave: CAPS – Doença Mental – Micropolíticas

Introdução

O presente trabalho² é resultado de uma pesquisa de Mestrado em andamento que visa analisar os impactos concretos das atuais políticas públicas de saúde mental no Brasil nas formas de concepção da subjetividade e doença mental por parte dos familiares dos usuários de um serviço de atenção psicossocial. Realizamos etnografias no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II de Araraquara, em especial no grupo de familiares³ da instituição e nas reuniões da equipe técnica, no intuito de apreender como (ou se) o envolvimento nas atividades se efetiva em alguma forma de mudança. Como resultados parciais, foi observado que a presença na instituição fomenta a possibilidade de pensar relações sociais em termos médicos por parte dos familiares, que ressignificam os comportamentos socialmente indesejados dos usuários da instituição na forma de doença, traduzindo os saberes e práticas veiculados na instituição para suas realidades locais. Desta forma, aponta-se que a participação dos chamados familiares no CAPS II constitui-se em um entrecruzamento entre o projeto ético-político de cuidado veiculado pelos profissionais enquanto equipe técnica junto às formas de agenciamento das técnicas, práticas e saberes por parte dos familiares que se fazem presentes no tratamento da instituição.

¹ Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 09 e 12 de Dezembro de 2018, Brasília/DF.

² Este trabalho é derivado da atual pesquisa de Mestrado “Micropolíticas e Processos de subjetivação no atendimento psicossocial: O CAPS II de Araraquara”.

³ *Familiares, usuários e técnicos/profissionais* constituem categorias que podem não abarcar a totalidade das experiências desses sujeitos nas instituições de saúde, tanto porque a “presença” em uma categoria não impede que se possa pertence a outras, assim como a práticas e discursos presentes na instituição se fazem além e aquém destas, como abordam a Andrade e Maluf (2017) e Dias (2000). Entretanto, optamos por manter essas denominações uma vez que nosso recorte tenta analisar como os sujeitos denominados *familiares* são acionados nas práticas institucionais para que “aprendam” o que é *doença mental*.

A realização da pesquisa foi aprovada em comitê de ética da UNESP-FCLAr. Todos os nomes presentes no texto são fictícios, no intuito de preservar o anonimato de meus interlocutores.

O Centro de Atenção Psicossocial II de Araraquara: considerações iniciais

O Centro de Atenção Psicossocial II “Dr. Nelson Fernandes” é um serviço de saúde pública, ligado à prefeitura municipal de Araraquara, sob gestão da gerência de saúde mental e da secretaria municipal de saúde da cidade, voltado ao atendimento de indivíduos com transtornos mentais graves, acolhendo os diagnosticados com psicose. A partir de Setembro de 2017 começou a atender pessoas com ideação suicida (que de forma recorrente atentaram ou planejaram contra a própria vida). Funciona das 07h às 17h, de segunda-feira à sexta-feira, exceto aos feriados. É parte dos equipamentos em saúde mental de Araraquara, junto ao Centro de Referência de Saúde Mental Adulto – CRASMA -, Centro de Atenção à Criança – Espaço Crescer – ao Centro de Referência do Jovem e do Adolescente – CRJA – e ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. Além desses serviços públicos, existe uma parceria por meio do SUS com o Hospital Caibar Schutel para internações de usuários quando estão em crise – definida pelos profissionais como um surto, em não querem tomar medicação, têm comportamentos agitados e podem colocar tanto as próprias vidas como a daqueles com quem convivem em risco.

O CAPS atende tanto demanda espontânea das pessoas que procuram a instituição diretamente, como também aceita os encaminhamentos vindos dos postos de saúde, do CRASMA, da UPA e de outros serviços públicos.

Sua equipe de profissionais é composta por 4 psicólogos, 3 terapeutas ocupacionais, 5 técnicas de enfermagem, 1 assistente social, 1 farmacêutica e 1 assistente administrativo, que estão diariamente presentes na instituição, além de 1 psiquiatra.

A entrada de um novo usuário no serviço dá-se pela chamada *triagem*⁴, processo em que o possível novo paciente, junto de um familiar ou responsável, é acolhido no serviço, escutam-se suas queixas, história de vida e os motivos de terem procurado o

⁴ Uso o itálico para destacar as expressões e categorias nativas. Para melhor organização do texto, uso o itálico quando aparecem uma primeira vez e quando procuro dar ênfase ao seu sentido contextual. Em outros momentos, deixo na formatação corrente.

CAPS II. Concluída a triagem, informa-se na reunião de equipe – realizada diariamente – a inserção do novo usuário no serviço. Por vezes, os técnicos consideram que a condição do possível novo usuário não seja grave a ponto de ser inserido no atendimento da unidade. Nestas situações, levam até a reunião de equipe e discutem os melhores encaminhamentos para cada caso, seja para incluir definitivamente no serviço ou direcionar para o CRASMA ou aos postos de saúde.

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

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

A partir disso, verifica-se a chamada *adesão* ao serviço, ou seja, o quanto o usuário e seu familiar efetivamente participam das atividades em que foram incluídos. Para que sejam atendidos na consulta psiquiátrica, é necessário que tenham o que é chamada de elevada adesão ao serviço, participando das atividades conforme o previamente combinado e justificando as faltas previamente em caso de necessidade.

Caso entenda-se que o usuário e seu familiar não estão comparecendo ao serviço como previamente acordado, a consulta psiquiátrica não é realizada.

A instituição oferece uma diversidade de atividades terapêuticas, que incluem acolhimento, grupos de entrada, oficina jornal, oficina de artes, grupo de fortalecimento emocional, oficina de estimulação cognitiva, medicação assistida, oficina lúdica. Oferece também café da manhã às 09h e café da tarde às 15h aos usuários, assim como oferece almoço àqueles que ficam mais de um período na instituição.

Os grupos de familiares

Pretendo descrever nesta subseção como são organizados os chamados grupos de apoio familiar, como funcionam, quem participa e quais são seus intuitos.

Os chamados *familiares* – como são denominados pelos técnicos da instituição - são pessoas que, de modo geral, têm alguma relação de parentesco com os usuários do serviço. Podendo⁵ vir a ser mães, pais, irmãos, filhos, primos, maridos, esposas, sobrinhos e demais pessoas que convivam com aqueles que estão sob tratamento, espera-se deles que participem das atividades da instituição, cumpram com o que foi proposto no projeto terapêutico dos usuários e ajudem em suas atividades diárias quando necessário, como quando se faz uso de remédios durante o período da noite. Como os técnicos entendem que os familiares são importantes – assim como responsáveis – pelas terapêuticas desenvolvidas no CAPS II, se realizam grupos na instituição no intuito de sensibilizá-los ao tratamento dado aos usuários.

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

⁵ Foi me relatado durante o trabalho de campo que vizinhos e cuidadores profissionais já participaram da instituição enquanto *familiares* dos usuários. Nos períodos em que realizei as etnografias, não soube de nenhum caso desse tipo.

sendo os grupos de entrada, os grupos quinzenais e mensais e o chamado grupo de familiares especial.

O grupo de entrada direciona-se especialmente para os familiares dos usuários que estão há pouco tempo no serviço. Geralmente após alguns meses, com a estabilização do quadro do paciente, entendida pela equipe como uma diminuição dos sintomas de transtorno mental, e maior tempo de presença nos grupos e nas atividades da instituição, os familiares dos usuários são passados para os grupos quinzenais e mensais. Já o chamado grupo de familiares especial surge da necessidade do serviço – segundo os profissionais - de particularizar o atendimento para os familiares dos usuários que apresentam conduta ou ideação suicida, de modo que dos grupos que etnografei, este é o mais recente, tendo iniciado suas atividades a partir de Abril de 2018.

Quando um novo familiar – devido à entrada de um novo usuário no serviço, e por isso, do atendimento também à sua família – aparecia, os técnicos que coordenavam a reunião – em especial os de nível superior – apresentavam o grupo, diziam qual era sua finalidade e objetivos, muitas vezes pedindo para familiares de usuários que estavam há mais tempo no serviço explicarem para quem servia ou dizerem em quem a participação no grupo lhes agregava. Nesse tipo de situação, eu também aproveitava para me identificar, falar porque estava ali e pedir permissão aos presentes para participar da reunião e de demais outras em que estivessem presentes.

Apesar disso, as reuniões não tinham um protocolo definido, variando conforme o técnico que estava responsável pelo grupo. Alguns destes davam ênfase maior nas experiências cotidianas com os usuários; outro se empenhava em trabalhar questões sobre as formas de funcionamento da subjetividade, explicando-a a partir de sua formação psicanalítica; as vezes se falava de eventos que iriam ocorrer, como assembleias ou as chamadas olimpíadas⁶. Também variava conforme os familiares presentes, já que as questões colocadas por um membro do grupo mediante o relato do outro fazia com que surgissem assuntos que eram entendidos como problema comum entre eles.

Geralmente quando era a primeira vez que um familiar falava no grupo o mesmo contava o itinerário que tivera até chegar ao CAPS. Às vezes remetendo à infância, falava desde quando observou um problema, como – enquanto família, o que muitas vezes incluía mais pessoas do que aquele que falava - buscaram ajuda, com quem

⁶ Jogos esportivos realizados em Araraquara-SP com usuários de serviços de saúde mental da região.

falaram, e o que já haviam tentado para resolver a situação. No que pude observar, em maior parte os familiares chegavam até o CAPS durante o que é chamado de surto, que é quando o usuário começava a apresentar um comportamento que não compreendiam ou não conseguiam lidar. Percebi casos em que foi uma fala desconexa em relação ao contexto da casa que levou os familiares a procurarem ajuda médico; em outros, foi uma recusa a se alimentar; também ocorre de perceberem como comportamento problemático conforme o atual usuário começou a sair de casa e ficar por dias ou até semanas nas ruas.

Durante a minha participação nos grupos de familiares, procurei apreender se haveria alguma homogeneidade entre as famílias dos usuários, e percebi que na verdade eram muito diversos. Algumas famílias eram compostas por pais e mães separados, outras por pais e mães casados, mas em que apenas um membro aparecia; ocupações profissionais das mães mais diversas, como faxineiras, donas de casas, profissionais autônomos, professores, entre outras; assim como de famílias que sempre moraram na região, como recém-chegados à Araraquara. Neste sentido, as conversas sobre saúde mental também se dava entre os familiares de usuários, não apenas entre estes e os técnicos.

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

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

As reuniões de equipe

Tendo início por volta das 11h e indo até às 12h, a reunião de equipe acontecia diariamente no CAPS II. Era realizada com o intuito de informar a todos da equipe sobre o estado de alguns dos usuários ou de informar a entrada de um novo após *triagem*, assim como era também o momento em que comunicavam faltas a serem abonadas, discutiam sobre a organização das atividades do serviço, sobre a realização dos eventos da instituição, como passeios ou festas.

Geralmente a reunião começava com um dos técnicos falando sobre alguma triagem que havia realizado, e sobre a *inclusão* do novo usuário no serviço. Caso existissem dúvidas sobre qual seria a instituição mais adequada para o possível usuário – na visão daquele profissional que realizou a triagem – discutem em equipe se o usuário ficará no CAPS ou para onde encaminharão.

Muitas vezes, presenciei que falas que acabaram de ser proferidas no grupo de familiares eram trazidas pelo profissional que esteve presente e levava as informações ao técnico de referência do caso. Assim, se discutia as possíveis providências que tomariam, como inclusão em uma ou mais atividades ou por mais dias, discussão do *caso* com a médica psiquiatra da instituição ou se precisariam acionar algum familiar para que algo fosse realizada em suas casas.

A reunião também era um espaço de organização das atividades dos técnicos. Assim, discutiam como iriam cobrir as atividades na falta de um membro que escolheu determinado dia para faltar; alternar períodos entre técnicos de mesma profissão durante um dia ou outro; organizar quais funcionários irão cumprir horas extras; e passar comunicados da secretaria de saúde e da gerência de saúde mental.

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

O atendimento psicossocial como política de saúde mental

Discorro neste tópico sobre como os profissionais do CAPS II veem suas práticas e como isso se reflete em suas relações com os familiares dos usuários.

Durante minha participação nas reuniões de equipe, percebi que a maior parte dos técnicos da instituição retratavam suas funções não como apenas um trabalho, mas

como uma forma de produção de cidadania, que envolvia determinado modo de ação e pensamento em relação à saúde mental, assim como certa “pedagogia” para os familiares de usuários.

Por exemplo, presenciei o seguinte episódio durante a reunião de equipe, no dia 12 de Março de 2018:

Estava presente em uma das reuniões diárias que os técnicos fazem, e um destes falava sobre um usuário que estava nervoso, havia ido ao alto custo⁷ – farmácia da prefeitura onde se conseguem os remédios mais caros mediante apresentação de receita – e não conseguiram ler a receita, e por isso, não havia conseguido seu remédio. Uma das médicas psiquiatras ficou encarregada de fazê-la. A técnica de referência do usuário disse que durante a consulta psiquiátrica o usuário havia se exaltado, e deu uma repreenda nele.

Uma das psicólogas, respondeu:

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

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

Dizem que ele está com a ex-esposa que não aceita o tratamento, que o chama de vagabundo.

[Técnica de enfermagem]: Ele é analfabeto, mesmo tendo passado 12 anos pela escola. Imagina: você dá um monte de papel para uma pessoa analfabeta, ela vai acreditar em você.

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

[Técnica de enfermagem]: É a gente que está falando “não” para ele. Você vai no postinho e, para não ter problema, o médico dá a receita. (Outra das técnicas de enfermagem que estava presente diz que não concorda).

[Psicóloga]: Eu ficaria brava. Você chega [na farmácia] com três hipóteses diagnósticas, não sabe o que é isso de hipótese diagnóstica e ainda não te dão o medicamento.

⁷ Farmácia do Componente especializado: é a farmácia do SUS que entrega medicamento para doenças crônicas. Como as doenças mentais são consideradas crônicas e exigem medicação constante, a maior parte dos usuários do CAPS II pega a medicação em uma farmácia da rede estadual, com as receitas das psiquiatras da instituição.

Após os profissionais discutirem sobre o CID e se poderia ser apenas um único – que uma das técnicas de enfermagem disse que não, pois como é transtorno não precisaria de um diagnóstico fechado -, a psicóloga terminou dizendo:

[Psicóloga]: Eu acho que esse paciente, da forma como pede, é só a gente que vai entender.

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

Este é um dos episódios que me levaram a refletir que os profissionais ali presentes levavam seu trabalho de acordo com ética específica, conforme Foucault (1984), ou seja, uma forma de se fazer sujeito, que nesse caso, era uma forma de se fazer sujeito do cuidado em saúde mental. Neste sentido, mais do que o cumprimento de uma obrigação laboral ou o exercício de uma função burocrática, o trabalho no CAPS era levado como uma forma de promoção de saúde para a população ali atendida, e por isso, a oferta do serviço não era um mero cumprimento de uma obrigação do Estado, mas uma possibilidade efetiva de constituição e garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais graves e acolhimento de suas necessidades.

No CAPS II também percebi a presença de política que se dava em relação ao cuidado, tanto nos modos de tratamento dos usuários, mas também – o que é especial para meu interesse de pesquisa – nas formas de direcionar os cuidados dos familiares dos usuários para aquilo que viam como correto. Durante a reunião de grupo de familiares, os técnicos presentes, por diversas vezes, tentavam inculcar algumas ideias sobre como cuidar dos usuários do serviço enquanto os mesmos estivessem em suas casas. Essas ideias giravam em torno, principalmente, de: como definir o que é doença e o que era comportamento “próprio” do usuário – sua *personalidade*; as formas de medicar, respeitando quantidades, horários e modos prescritos pelas médicas; os incentivos necessários para que o usuário voltasse a desenvolver uma vida ativa, em especial baseada no conceito de “autonomia”; e principalmente, sobre qual seria o funcionamento da doença mental.

Em primeiro, sobre as divisões entre personalidade e doença, quando os familiares dos usuários falavam nas reuniões sobre comportamentos indesejados dos usuários, de modo que os técnicos responsáveis – mas em especial, os psicólogos –

perguntavam ao familiar se ele achava que aquilo era próprio da doença ou da personalidade, como nessa passagem de meu diário de campo:

[Familiar de usuário]: Emerson está bem, dormindo bem, mas anda quieto.

[Psicóloga]: E como andam os estímulos?

[Familiar de usuário]: Ele está quieto, sem estímulo.

[Psicóloga]: Ele já era quieto antes?

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

[Técnica de enfermagem]: se é da personalidade não muda. Doutora pode tratar o sintoma, não a personalidade.

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

A aplicação da medicação também era um dos temas recorrentes nos grupos, em especial se os pacientes estavam tomando corretamente a medicação: na dose e horários recomendados. Muitas vezes os familiares ligavam a medicação a determinados comportamentos dos usuários, presente em falas do tipo “percebi que ele ficou diferente após a mudança na medicação”, “o remédio está fazendo efeito”. Em outros momentos, familiares diziam que a falta ou o excesso de medicação estaria fazendo mal ao usuário, e quando um episódio desse tipo era relatado era comum os técnicos recomendarem que os familiares viessem ao plantão para conversar sobre a situação e ver o que era possível de ser feito, não modificando-a por conta própria.

O grupo de familiares no Caps II e seus impactos nas práticas e discursos sobre doença mental

Pretendo realizar nesse tópico uma análise especificamente do grupo de familiares enquanto um local de troca de experiências e saberes em saúde mental, e nos efeitos que a participação no grupo traz em suas práticas e discursos.

Percebi que os familiares constroem um forte senso de identificação a partir de seu sofrimento como a sensação de impotência e a sobrecarga trazida pelo cuidado de alguém que é portador de transtorno mental grave. Por diversas vezes, expressões como “meu problema não é tão grande perto do dele(a)” aparecem na fala dos presentes nos grupos. Alguns comparam a própria situação familiar com a de outros, dizendo que ao participarem do grupo perceberam que aquilo que levavam como um sofrimento por demasiado solitário e único, é algo em certa medida compartilhado, mais grave em

outros casos. Por exemplo, um dos familiares presentes, cuja esposa tem episódios de ideação suicida recorrente e apresentava, segundo ele, grandes oscilações de humor, disse que ao ouvir a história de vida de outra familiar que estava ali – a qual tinha um filho esquizofrênico e alcoólatra, que tentava sair durante a noite para conseguir bebida – passou a pensar que seu sofrimento não seria tão grande quanto o dela.

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

Durante a minha estadia no grupo, percebi que os técnicos além de fazerem o processo de mediação entre com as representações religiosas envolvidas no processo de saúde e doença e os saberes médico-científicos, como havia apontando em meu trabalho anterior (Prado, L.R.S. 2017, p. 40), trabalhavam sobre uma dimensão pertinente para a passagem pela instituição: o que significa cuidar. Nesse sentido, por diversas vezes a intenção dos técnicos da instituição consistia em certa instrumentalização das práticas cotidianas dos familiares para inculcar-lhes modos de agir que estivessem de acordo com as normas éticas do CAPS II e do processo de desinstitucionalização.

Por exemplo, durante uma das reuniões que participei, percebi que a psicóloga que usou o termo “cabeça” para falar da subjetividade de um dos usuários que não queria tomar o remédio psiquiátrico, termo esse que é constantemente utilizado pelos familiares para se referir ao funcionamento intelectual e moral dos indivíduos. Registrei esse episódio da seguinte forma em meu caderno de campo:

A familiar diz durante o grupo que deu um sal de frutas para o filho, que estava mal do estômago, ele respondeu que não iria tomar o remédio [psiquiátrico].

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

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

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

Neste contexto, o uso do termo “cabeça” para se referir a fala da mãe pela técnica é uma das formas de mediar às representações sobre o que seria o espaço da interioridade pelos familiares e as formas que os técnicos o viam.

Dessa forma, muito do que os técnicos falavam consistia em uma tentativa de fazer com que os cuidados que os familiares direcionavam a seus entes ocorresse de uma forma específica, com aplicação regular da medicação, participação das atividades do CAPS II, presença nas consultas e demais recomendações que a instituição faz aos usuários e familiares.

Percebi que os técnicos tentavam constantemente traduzir os discursos dos familiares sobre o que era doença mental para seus repertórios técnicos, ao mesmo tempo em que tentavam diminuir a importância da experiência religiosa sobre a doença mental; por outro lado, os familiares traziam suas experiências cotidianas com os usuários, perguntavam sobre como poderia se entender determinado comportamento, também conversando entre eles.

Outro ponto importante que os técnicos fomentam nesse espaço é a de uma postura moralmente neutra, mas eticamente comprometida para com a doença mental. Assim, por diversas vezes surgiam alguns debates entre os familiares se os comportamentos que os usuários apresentavam seria resultado de alguma “sem-vergonhice” ou se seria doença. Nesse momento, os técnicos tentavam intervir, explicando que aquilo que parecia uma falha moral dos usuários – desatenção quanto a regras domésticas, xingos, etc. – era na verdade sintoma de uma doença, e por isso algo que se deveria ter uma postura moralmente neutra, como se faria com doenças crônicas fisiológicas, como a diabetes ou pressão alta. Ainda assim, exigia-se uma postura eticamente compromissada com a terapêutica oferecida na instituição, o que consistia em relatar os todos os sintomas e demais informações do usuário que fossem entendidas

como relevantes à equipe; oferecer a medicação regularmente para a prevenção do surto; comparecer a instituição de modo regular, conforme previamente acordado; ter uma postura paciente para com o usuário; além de oferecer constantes *estímulos* para que os usuários do CAPS II voltem à vida ativa.

Geralmente quando esta postura moralmente neutra era colocada em questão pela família, os técnicos interviam diretamente, contestando ou problematizando, ou então, pediam a algum dos presentes para que falassem de suas experiências pessoais no cuidado. Por exemplo, durante o trabalho de campo presenciei uma situação onde um dos familiares presentes dizia que o problema era “uma mistura de loucura com sem-vergonhice” por parte do usuário da instituição, já que ele sabia que se caso não cumprisse suas obrigações com a casa – como limpar a sujeira que fez -, alguém faria. Além disso, disse que seria estranho, ele, enquanto irmão mais novo do usuário, dar “remédio na boca de um velho” que era o irmão mais velho. A seguir, relato o episódio:

Participei de uma das reuniões do grupo de familiares mensal. Nesta reunião em específico eu havia chego atrasado devido ao ônibus que peguei para ir até o CAPS II. Quando cheguei, estavam conversando sobre a importância da família no tratamento oferecido pela instituição. Alguns familiares estavam dizendo que os parentes “atrapalhavam” muitas vezes, principalmente quando não buscavam “aprender” e nem se “informar”. As fala a seguir se inserem nesse contexto.

Uma das presentes diz que achava que ia internar e dar remédio para o usuário, e então ele não ouviria mais vozes. O psicólogo pergunta aos presentes o que acham dessa fala.

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

[Psicólogo]: em uma instituição de saúde mental especializada, para um paciente que vem há um certo tempo, a gente não pode ser inocente, falar que vai ter remissão total dos sintomas. Tem família que se conscientiza e deixa de lado. Oferece um cuidado que não é cuidado, mas acha que está cuidando. Por isso tem que vir aqui se instrumentalizar.

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

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

O psicólogo intervém e pergunta aos outros presentes o que eles acham. Helena, que estava presente, diz que concorda em partes.

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

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

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

[Marcos]: Seu caso é um, o meu é outro. Eu vou dar remédio na boca de um velho? Eu também tenho família. - Diz que cuida da mãe, e tem outra família também. - Eu vou ficar preso as minhas raízes velhas?

[Psicólogo]: Dá tempo de ver outras estratégias de cuidado.

Marcos relata dificuldade de controlar o uso de bebida pelo usuário. O psicólogo pergunta para Heitor o que ele faria se tivesse um pai de 60 anos para cuidar. Alguém sugere internar.

[Psicólogo]: internar não resolve.

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

Helena pergunta se ele tem doença mental. Marcos responde que sim.

[Marcos]: ele gasta o dinheiro dele com bebida.

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

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

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

Alguém pergunta o que é rede de apoio para o psicólogo

[Psicólogo]: rede de apoio é: se eu tenho uma pessoa que é idosa, precisa de remédio, e eu trabalho e não consigo cuidar, eu deixo em uma casa de repouso. – Usa como exemplo que se pode deixar seis meses em casa de repouso para cuidarem, que não estaria abandonando fazendo isso.

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

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

Marcos diz que já conhece os limites de seu irmão. Sabe se ele já foi preso, se ele saiu. Aparecida conta que a filha está achando que tem gente chamando. Conta uma história pessoal que ouvia a mãe chamar e via vultos.

[Aparecida]: Era o inimigo atentando – Diz que ler a bíblia ajudava esses chamados irem embora.

Margarida conta a história de uma amiga que cuidou de uma pessoa com Alzheimer e ficou um tempo “fora”, não conseguia fazer exercício.

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

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

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

[Marcos]: é, eu, o irmão mais novo, vou falar para o mais velho?

[Helena]: era pra eu ter um AVC, infarto, mas eu fico brava, depois vou no asilo [para fazer companhia aos moradores, o que lhe traria alegria]. – conta que fala assim consigo mesma: “Deus, ó, é o seguinte: tem tudo seu tempo certo. Vai se curar, e você nem vai ver”.

[Psicólogo]: a gente dá risada, vai se fechando, mas é uma pessoa assim que tem saúde mental. Ela põe pra fora.

O psicólogo encerra a reunião, dizendo que a próxima ocorrerá daqui a um mês.

Terminado o grupo, acompanhei o psicólogo para fazer a *evolução* dos prontuários. Ele pediu para que seu colega fizesse o relatório sobre o irmão de Marcos. Me disse que este usuário foi pedir dinheiro portando um canivete, o que fez com que a polícia o pegasse e fosse preso. A justiça decidiu que o evento foi decorrência de problemas de saúde mental e por isso exige que o técnico responsável – que nesse caso, era este psicólogo – faça relatórios para comprovar que usuário está se tratando no CAPS II. Ele me falava que estava preocupado, pois considera a situação como séria e a família aparenta não ter consciência da gravidade, pois os familiares considerariam que em maior parte os problemas que o usuário lhe causa são devido à “sem-vergonhice”, e não um problema de saúde mental.

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

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

Vejo que neste caso, o conceito de mediação intercultural de Montero (2005) seja pertinente para analisar este processo. Montero, para pensar estatuto contemporâneo da diferença – no sentido antropológico do termo -, irá partir daquilo que denomina como interpenetração de civilizações (Montero, 2005, p. 25), ou seja, o processo de convergência entre horizontes simbólicos de dois grupos que coexistem em um mesmo universo de relações. Para isso, a autora escolhe como objeto de estudo as missões jesuítas, dado que, por sua própria condição de operacionalização, revela um momento histórico em que houve contato efetivo entre dois coletivos sociais diferentes, os jesuítas e as populações indígenas no Brasil. Segundo Montero, nota-se que neste encontro foram produzidas estratégias de demarcação simbólica das formas de pertença e de construção da alteridade, tanto pelos missionários que procuram incorporar às populações nativas às relações coloniais, quanto por parte dos indígenas, que também

tentavam incorporar a situação de contato para seus repertórios locais. Pois assim, para dar conta das lógicas práticas investidas na construção de sentido compartilhado entre esses grupos, Montero irá referir-se ao conceito de mediação intercultural.

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

Deste modo, a mediação intercultural – enquanto práticas de mediação realizadas por agentes sociais oriundos de universos simbólicos distintos - no CAPS II de Araraquara insere-se nas estratégias da instituição para aproximar do projeto terapêutico os familiares dos usuários, sem que os mesmos descumpram com o que foi acordado. Assim, por exemplo, as concepções religiosas que são relatadas pelos técnicos como um dos maiores entraves à terapêutica do CAPS é incorporada, na prática do grupo de familiares, enquanto elemento pertinente ao tratamento, mas que não pode adquirir centralidade mediante os aspectos médicos e psicossociais. Logo, não raro se via os técnicos dizerem durante os grupos que o problema não estaria na existência de práticas religiosas para cuidado da doença, mas sim, quando estas assumiam um papel central no tratamento, o que frequentemente envolvia não usar mais as medicações recomendadas.

Percebe-se que a instituição espera que os familiares dos usuários cooperem com informações sobre os usuários e suas histórias de vida. Se como apontou (Sartori, 2010, p.56) sobre o CAPS III em Campinas, neste tipo de serviço psicossocial constantemente se produz um saber sobre o usuário, que circula entre os técnicos, no CAPS II de Araraquara os familiares são chamados a participar deste processo mediante os contatos com a instituição, enquanto atores necessários para a construção e atualização de seus saberes sobre aqueles que se utilizam de seus serviços. Desta forma, espera-se que tudo aquilo que envolver a saúde do usuário seja repassado à instituição para que possam

reavaliar suas ações ou mantê-las, refinando o saber produzido sobre o usuário. Neste sentido, a incorporação dos familiares ao projeto terapêutico permite que a instituição mantenha determinado controle de como o usuário é e age fora dela, em especial sobre o que o mesmo faz em relação ao projeto terapêutico desenvolvido no CAPS quando não está sob sua tutela.

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

Considerações Finais

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

Entretanto, enquanto *familiares*, aqueles que têm relações de parentesco para com os usuários da instituição formam um grupo um tanto heterogêneo, seja quanto a práticas mobilizadas para cuidar do usuário assim como as teorias próprias que elaboram para tentar entender o que seus parentes têm. Mesmo que frequentemente se observasse que muitas das famílias ali presentes eram originárias dos estratos economicamente carentes da cidade, isso não resultava em concepções iguais ou similares sobre o que é a doença mental ou qual a sua causa e melhor tratamento, como se pode perceber nos diálogos entre os presentes do grupo.

Nervoso, cabeça ruim e mal da cabeça eram categorias que os familiares usavam de forma constante para se referir a dimensão da experiência da interioridade, algo de certo modo próximo daquilo que é conceitualizado como subjetividade. Como aponta (Cardoso, 1999, p. 205), estes conceitos não podem ser reduzidos a neuroses ou

psicoses – utilizados geralmente pelos técnicos da instituição para classificar os transtornos psíquicos dos usuários -, pois remetem a contextos socioculturais específicos, ligados a determinadas concepções de mente e saúde. Entretanto, dada a necessidade dos familiares de acesso aos recursos médicos – terapias, medicamentos, aconselhamento psicológico –, econômicos - benefícios da seguridade social, aposentadorias ou afastamentos –, sociais – passe de ônibus para quem é portador de transtorno psíquico – e políticos – possibilidade de reelaboração das forças existentes no contexto familiar e da vizinhança – faziam com que existisse um esforço de mediar os saberes e a experiência pessoal para com os transtornos psíquicos com os saberes e práticas fomentadas pela instituição.

Ainda assim, também se mostra necessário considerar que é parte importante desta participação a possibilidade, em uma instituição de saúde, de reelaboração da vivência do processo de adoecimento familiar onde se pode entrar em contato com histórias de vida próximas às suas, discutir sobre suas emoções e como o adoecimento mudou suas condições de existência.

Portanto, aponta-se que as populações atendidas pelo CAPS II de Araraquara enquanto *familiares* dos usuários constituem uma população heterogênea, o que resulta em apropriações diversas dos repertórios ético-políticos fomentados pelos profissionais. Deste modo, enquanto processo de mediação intercultural, as práticas, discursos e representações veiculadas na instituição são constituídas na forma de consensos circunstanciais sobre o que é doença mental e os modos de funcionamento da subjetividade, apropriados conforme as particularidades de cada grupo social que é atendido pela instituição. Entretanto, como os chamados *familiares* constituem um grupo heterogêneo, a apropriação do que é construído na instituição se dá de modo diferenciado, conforme as possibilidades de cada uma dessas famílias. Nesse sentido, replicar o que é transmitido no CAPS II envolve desejos, condições sociais, familiares e econômicas. Este ponto torna-se mais claro quando se nota que existem famílias que prontamente incorporam o que é exigido pela instituição – presença nas atividades, aplicação estrita da medicação, oferta dos chamados *estímulos* – e outras que não, muitas vezes as chamadas “família que não cuidam”. Deste ponto, a coexistência de *cuidados* diferentes entre os diversos familiares fazia com que alguns apontassem a necessidade de seguir as regras da instituição ou sugerissem uma mudança de conduta em relação ao usuário, durante a realização dos grupos.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sônia Weidner. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100273&lng=en&nrm=iso>. acessado em 04 Novembro de 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 14 de maio 2015.
- CARDOSO, Marina Denise. Médicos e Clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade. São Carlos: Editora UFSCar, 1999.
- DIAS, Marcelo Kimati. Centros de Atenção Psicossocial: Do modelo institucional à experiência social da doença. 2007. Tese. (Doutorado em Ciências Sociais). 177 f. – Universidade Estadual de Campinas.
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras Urbanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal 2000.
- FOUCAULT, Michel. Introdução. IN: História da Sexualidade. Vol.2: O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984. p.7-32.
- LOYOLA, Maria Andréa. Médicos e Curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.
- MATEUS, Mário Dinis (Org.). Políticas de Saúde Mental. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da Antropologia para pensar e fazer saúde. IN: CAMPOS, G. W. D. S. et al. Tratado de saúde coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MONTERO, Paula. Da Doença à Desordem. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.
- MONTERO, Paula. Introdução – Missionários, Índios e Mediação Cultural; Capítulo 1 – Índios e Missionários no Brasil: para uma teoria da mediação cultural. Deus na aldeia: missionários, índios e mediação cultural. São Paulo: Globo, 2006, p.9-66.
- PRADO, Luiz Ricardo de Souza. Se for karma vai pagar com remédio: representações de doença mental nos centros de atenção psicossocial em Araraquara. UNESP – Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, 2017. (Monografia)
- SARTORY, Leczy. O Manejo da Cidadania em um Centro de Atenção Psicossocial. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). 177 f. – Universidade Federal de São Carlos