

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Géssica Eleandra Floriano Pereira

**Saúde Mental e Família: Os impactos da Responsabilização no
provimento dos cuidados.**

SÃO BORJA
DEZEMBRO /2019

GÉSSICA ELEANDRA FLORIANO PEREIRA

Saúde Mental e Família: Os impactos da Responsabilização no provimento dos cuidados.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador: Solange Emilene Berwig

SÃO BORJA

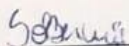
2019

GÉSSICA ELEANDRA FLORIANO PEREIRA

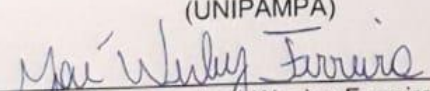
Saúde Mental e Família: Os impactos da Responsabilização no provimento dos cuidados.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharela em Serviço Social.

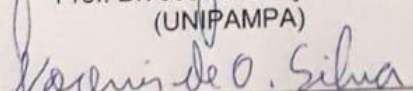
Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 05 / 12 / 2019
Banca examinadora:



Prof.^a. Dra. Solange Emilene Berwig
Orientadora
(UNIPAMPA)



Prof. Dr. José Wesley Ferreira
(UNIPAMPA)



Prof. Dr. Jocenir de Oliveira Silva
(UNIPAMPA)



Em dedicatória a minha família,
agradeço pelo nosso tripé, de amor,
confiança e cumplicidade.

AGRADECIMENTOS

Ao tecer estes agradecimentos, primeiramente agradeço a Deus pela realização de um sonho, em segundo agradeço aos meus pais *Eliane* e *Adenir*, pelo apoio, sem o qual não conseguiria concluir esta etapa. Obrigada pelos ensinamentos, pela paciência, pela nossa amizade, da leveza das nossas relações, os amo muito e dedico as minhas conquistas, em honra ao nosso tripé de amor.

Não poderia deixar de agradecer aos/as meus/minhas amigos/as: Obrigada *Geliane* pelos 18 anos de amizade, apoio e incentivo as madrugadas adentro entre estudo, músicas, séries, shows e um bom vinho. A *Lavínia* pelos 4 anos de amizade, companheirismo, trabalhos, risadas, nossos cafés no R.U, pelo compartilhamento de alegrias e tristezas da graduação, além da amizade para fora dela. A *Carol* pelas vivências compartilhadas, vitórias, frustrações, nossos lanches e conversas pós aula na praça XV.

Ao meu amigo *Filipe*, obrigada pelos doze anos de amizade, pelas ligações do outro lado do Brasil, que me traziam ânimo e leveza nos dias cansativos. Obrigada *Ricardo*, *Ana*, *Diego*, *Natiele* que acompanharam esse processo e me incentivaram. Aos demais colegas de graduação pelo convívio, pelas trocas de experiência, risadas, algumas aulas cabuladas no corredor para falar da vida e realizar seções de análise (risos).

Obrigada a banca examinadora, professores que admiro e contribuíram com seus ensinamentos para a minha graduação.

A prof. *Sol* minha orientadora, pelo ótimo trabalho em conjunto, pela excelente profissional e pessoa que és. Agradeço a leveza da tua presença, que me incentivou e me apoiou, acreditando no potencial deste trabalho. Pelas inúmeras trocas de mensagem por aplicativo segurando minha onda e me acalmando, pela nossa figurinha de whatsapp, definição do nosso trabalho em conjunto (risos), posso concluir esse agradecimento dizendo que:era sol o que me faltava.

Enfim a todos que de alguma forma se fizeram presentes durante esses quatro anos de UNIPAMPA (#gobrocólis).

*“Falar de loucos é falar de sábios
Posto que, loucos veem além da visão
Sentem nos lábios a essência da vida
E discordam, sem pedir permissão”.*

Avany Moraes

RESUMO

O estudo em questão apresenta como tema saúde mental e família, apresentando como delimitação: Os rebatimentos do adoecimento mental na vida dos/as familiares de usuários/as em acompanhamento pela política de saúde mental no município de São Borja. O objetivo geral elencado para o estudo busca analisar as implicações do adoecimento mental na vida dos familiares dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental a fim de contribuir com a efetivação da integralidade no atendimento. A pesquisa buscou responder o problema de pesquisa: Quais os rebatimentos dos processos de adoecimento mental, na vida dos/as familiares de usuários/as acompanhados/as pela política de saúde mental em São Borja? A realização da pesquisa constituiu-se mediante um estudo de campo, qualitativo de cunho exploratório, através do uso da abordagem do método materialista histórico dialético, empregando como categorias explicativas da realidade, saúde mental e família. Quanto os procedimentos de coleta de campo e documental foram adotados um conjunto de procedimentos metodológicos, usando das técnicas de entrevista semiestruturada técnica de levantamento documental, para a aplicação das técnicas foram utilizados os instrumentos: roteiro de entrevista semiestruturado e roteiro de coleta documental. Seguidamente a coleta de dados, para o desvendamento dos dados obtidos no estudo, optou-se pela realização de análise de conteúdo. O estudo encontra-se estruturado através de três capítulos, sendo o primeiro composto pela introdução e procedimentos metodológicos de pesquisa, o segundo pelo referencial teórico e o terceiro composto pelo desvelamento do objeto de estudo mediante a análise dos dados obtidos. O estudo realizado com usuários/as e as famílias acompanhadas pelos serviços de oferta em saúde mental no município de São Borja, a fim da aproximação com a realidade enquanto usuária e provedora de cuidados. Evidencia as relações de exclusão, preconceito e discriminação que ainda rondam as percepções/concepções acerca da saúde mental, apesar da instituição da reforma psiquiátrica. Assim como o caráter de responsabilização que se inscrevem as relações entre famílias e serviços de saúde mental, além da fragilização da rede de atenção em saúde mental e acolhimento as famílias.

Palavras-Chave: Saúde Mental, Família, Reforma psiquiátrica.

RESUMEN

El estudio en cuestión presenta como tema salud mental y familia, presentando como delimitación: Las repercusiones de la enfermedad mental en la vida de los familiares de los usuarios en el seguimiento de la política de salud mental en el municipio de São Borja. El objetivo general del estudio es analizar las implicaciones de la enfermedad mental en la vida de los familiares de los usuarios acompañados de la política de salud mental para contribuir a la eficacia de la atención integral. La investigación buscó dar respuesta al problema de la investigación: ¿Cuáles son las repercusiones de los procesos de enfermedad mental en la vida de los familiares de los usuarios acompañados por la política de salud mental de São Borja? La investigación se realizó a través de un estudio cualitativo de campo de carácter exploratorio, mediante el uso del método materialista dialéctico histórico, utilizando como categorías explicativas de la realidad, la salud mental y la familia. Cuando se adoptaron los procedimientos de campo y de cobranza documental se utilizaron una serie de procedimientos metodológicos, utilizando las técnicas de entrevista semiestructurada de encuesta documental, para la aplicación de las técnicas se utilizaron los instrumentos: guión de entrevista semiestructurado y guión de cobranza documental. Después de la recolección de datos, para la revelación de los datos obtenidos en el estudio, se decidió realizar un análisis de contenido. El estudio se estructura en tres capítulos, el primero de los cuales está compuesto por la introducción y los procedimientos metodológicos de la investigación, el segundo por el marco teórico y el tercero por la revelación del objeto de estudio a través del análisis de los datos obtenidos. El estudio se realizó con usuarios y familias acompañadas de servicios de salud mental en el municipio de São Borja, con el objetivo de acercarse a la realidad como usuario y proveedor de atención. Destaca las relaciones de exclusión, prejuicio y discriminación que todavía rodean las percepciones/conceptos sobre la salud mental, a pesar de la institución de la reforma psiquiátrica. Así como el carácter de rendición de cuentas de las relaciones entre las familias y los servicios de salud mental, además del debilitamiento de la red de atención de la salud mental y la acogida de las familias.

Palabras Clave: Salud Mental, Familia, Reforma psiquiátrica.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1– Quadro metodológico de pesquisa.....	15
Quadro 02 – Modalidades de Centros de Atenção Psicossocial.....	52
Quadro 03 – Composição das instituições da rede de Saúde Mental em São Borja, identificadas pela pesquisa, segundo níveis de atenção.....	55
Quadro 04 – Identificação das expressões da questão social manifestas na vida das famílias usuárias da política de saúde mental do município de São Borja.....	81
Quadro 05 – Caracterização da população de usuários/as famílias de usuários/as dos serviços em saúde mental do município de São Borja.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAE- ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD III- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CF- Constituição Federal

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social

CRAISM- Centro Regional de Atenção Integral A Saúde Mental

ESF- Estratégia Saúde da Família

LBHM- Liga Brasileira de Higiene Mental

MTSM- Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

PISAM- Programa Integrado de Saúde Mental

PNS- Política Nacional de Saúde

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Estrutura da pesquisa: apresentando o método e metodologia.....	14
1.2. Aspectos éticos, universo, amostra, coleta e análise de dados.	20
1.3. Estrutura do Trabalho de Conclusão de Curso	25
2. SAÚDE MENTAL – REFLEXÕES NECESSÁRIAS	27
2.1. Saúde mental no contexto social histórico brasileiro	32
2.2. O lugar que a família ocupa, antes e pós reforma psiquiátrica	42
3. ANÁLISE DE DADOS: PERCEPÇÕES ACERCA DA REALIDADE DOS/AS USUÁRIO/AS E SUAS FAMÍLIAS ACOMPANHADOS/AS PELA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA	50
3.1. A oferta de serviços em saúde mental no município de São Borja.....	50
3.2. Relações de convívio entre usuários/as e familiares acompanhados pela política de saúde mental do município de São Borja.....	63
3.3. As expressões da questão social que se manifestam na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados/as pela política de saúde mental do município de São Borja.....	70
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	87
APÊNDICES	94

1. INTRODUÇÃO

Este estudo é fruto das inquietações adquiridas ao longo do processo de formação acadêmica que resultaram na formulação do trabalho de conclusão de curso, denominado: *Saúde Mental e Família: Os impactos da Responsabilização no provimento dos cuidados*.

O tema da saúde mental e família surgem como proposta para aprofundamento dos conhecimentos em relação ao lugar que a família tem ocupado nos cuidados com familiares em tratamento por alguma questão de saúde mental pós reforma psiquiátrica. A temática foi delimitada como saúde mental e família no município de São Borja, no ano de 2019, buscando desvendar as implicações do processo de cuidado para o núcleo familiar a aos próprios usuários.

A aproximação com a política de saúde mental, oportunizada pelo campo de estágio obrigatório em serviço social I e II, expressa através da observação e análise da oferta de serviços, bem como o reconhecimento das demandas, junto às vivências de cunho particular do/a pesquisador/a engendraram em inquietações a respeito da oferta de serviços no campo da saúde mental, no que se refere o acolhimento das famílias acompanhadas pela política de saúde mental.

Sendo assim a relevância deste estudo evidencia-se através da pouca produção teórica quanto às discussões referentes, a família no cuidado às pessoas acompanhadas pelos serviços de saúde mental na área de conhecimento do serviço social. Conforme as experiências do/a pesquisador/a correspondentes a busca de produções no campo da saúde mental, percebe-se uma maior concentração em áreas de conhecimento relacionadas à enfermagem, psicologia, psiquiatria e medicina. Onde o caráter das abordagens geralmente aponta questões propensas a discussões em saúde mental, com um viés clínico centralizadas na doença.

As produções no campo social relacionadas, à família na esfera aos cuidados dos/as usuário/as em sofrimento mental, até agora trazem pouca ênfase em relação ao acolhimento de quem provê os cuidados, trazendo aspectos gerais da política de saúde mental em si. A família como referência acerca do provimento dos cuidados a pessoas em sofrimento mental traz

diversas expressões da questão social, que se manifestam a partir do adoecimento mental, sendo este desencadeado pelos processos de exploração do capital, no qual como ser social em movimento, torna-se inerentes a essas determinações. Portanto, faz-se pertinente a realização deste estudo, como contribuição social, pois possibilita aos sujeitos envolvidos, a possibilidade de espaço de fala e protagonismo, bem como entender os papéis desempenhados e construídos no contexto das relações entre a família e o adoecimento mental.

Ainda no que concerne a relevância deste estudo enquanto a identificação dos rebatimentos dos processos de adoecimento mental, na vida dos/as familiares de usuários/as acompanhados/as pela política de saúde mental no município de São Borja, tem-se a possibilidade de identificar o lugar da família nos serviços de saúde mental, bem como formular estratégias de prevenção, acolhimento, acompanhamento, destas reconhecidas enquanto usuárias dos serviços, buscando romper com a oferta direcionada unicamente a pessoa em sofrimento mental, entendendo que a legislação Lei nº 10.216/2001 aponta a família como participante fundamental da política de saúde mental pós reforma psiquiátrica.

Partindo da delimitação da temática deste estudo, considerando a busca do/a pesquisador/a em desvelar a realidade mediante o adoecimento mental e os impactos produzidos na vida dos familiares acompanhados pela política de saúde mental, através da formulação de um problema de pesquisa. Elegeu-se deste modo o problema: *Quais os rebatimentos dos processos de adoecimento mental, na vida dos/as familiares de usuários/as acompanhados/as pela política de saúde mental em São Borja?* De acordo com Marconi (2003, p.220) “a formulação do problema prende-se ao tema proposto ela esclarece a dificuldade específica com a qual se defronta e que se pretende resolver por intermédio da pesquisa”, isto é através da elaboração de um problema de pesquisa, busca obter o esclarecimento de uma determinada realidade sobre a qual não se compreende.

Com o propósito de responder o problema de pesquisa, mencionado anteriormente foram desenvolvidas as seguintes questões orientadoras:

a) Quais expressões da questão social se expressam a partir dos rebatimentos na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental?

b) Como se caracteriza a oferta de serviços pela política de saúde mental no município de São Borja?

c) Como se dá às relações de convívio entre usuários (às) e familiares acompanhados pela política de saúde mental?

Com base no problema de pesquisa elaborou-se também a direção da proposta de estudo através do objetivo geral que se propõe a *analisar as implicações do adoecimento mental na vida dos familiares dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental a fim de contribuir com a efetivação da integralidade no atendimento.*

Do mesmo modo em que se definiu o objetivo geral, foram estabelecidos objetivos específicos tendo como base as questões que norteiam o estudo:

a) Identificar as expressões da questão social que se manifestam na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental.

b) Identificar como se dá a oferta de serviços às famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental.

c) Conhecer como se estabelecem às relações de convivência entre usuários/às e familiares acompanhados pela política de saúde mental.

O percurso metodológico adotado para o desenvolvimento deste estudo apresenta a seguir as opções pelo método, tipo de pesquisa, universo e amostra, coleta de dados, aspectos éticos e a análise dos dados que compõem este trabalho.

1.1. Estrutura da pesquisa: apresentando o método e metodologia

A ação investigativa para o Serviço Social é uma das formas do fazer profissional, capaz de dimensionar o olhar técnico profissional sobre as demandas da realidade social a fim de consubstanciar ações comprometidas com a transformação. A pesquisa no Serviço Social constitui-se das dimensões técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política, por se tratar de uma ação profissional dotada de sentido e função, amparada por um arcabouço teórico, visando conhecer os elementos da realidade social para nela intervir e transformá-la. Para isso, utiliza-se da pesquisa como meio para o desvendamento da realidade social.

Considerando a importância da formulação de uma metodologia que seja capaz de responder aos objetivos propostos pela pesquisa, a estrutura metodológica deste estudo é apresentada de maneira sintética no quadro metodológico – quadro 01, a seguir.

Quadro 01 - Quadro metodológico de pesquisa.

Delimitação de tema	
Os rebatimentos do adoecimento mental na vida dos/as familiares de usuários/as em acompanhamento pela política de saúde mental em São Borja.	
Problema	Objetivo Geral
Quais os rebatimentos dos processos de adoecimento mental, na vida dos/as familiares de usuários/as acompanhados/as pela política de saúde mental em São Borja.	Analisar as implicações do adoecimento mental na vida dos familiares dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental a fim de contribuir com a efetivação da integralidade no atendimento.
Questões norteadoras	Objetivos específicos
<p>a) Quais expressões da questão social se expressam a partir dos rebatimentos na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental?</p> <p>b) Como se caracteriza a oferta de serviços pela política de saúde mental no município de São Borja?</p> <p>c) Como se dão às relações de convívio entre usuários /às e familiares acompanhados pela política de saúde mental?</p>	<p>a) Identificar as expressões da questão social que se manifestam na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental.</p> <p>b) Identificar como se dá a oferta de serviços às famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental.</p> <p>c) Conhecer como se estabelecem às relações de convivência entre usuários/às e familiares acompanhados pela política de saúde mental?</p>
Tipo de Pesquisa: qualitativa, exploratória e de campo.	
Técnicas e Instrumentos para coleta de dados	
Técnicas: Entrevista Semiestruturada Instrumento: Roteiro de entrevista semiestruturada (anotação, gravação).	Técnicas: Levantamento Documental das instituições e serviços de saúde mental no município Instrumento: Roteiro de coleta documental.
Universo e Amostra	
Universo: Usuários/as dos serviços de saúde mental e seus familiares Amostra: 8 sujeitos, sendo 5 usuários/as da política de saúde mental, e 3 familiares de pessoas atendidas nestes serviços.	Universo: documentos de domínio público dos serviços de saúde no município. Amostra: documentos de domínio público dos serviços de saúde mental de São Borja.

Fonte: Sistematizado pela autora (2019).

Conforme a elaboração do quadro metodológico delimitou-se neste estudo apreender os *rebatimentos do adoecimento mental na vida dos/as familiares de usuários/as em acompanhamento pela política de saúde mental em São Borja*.

Um dos objetivos da ação investigativa no Serviço Social é a apreensão da realidade social na qual se engendram as demandas mais particulares que chegam ao conhecimento profissional para intervenção. Nesse sentido o trabalho de pesquisa tem sido crucial para apreensão da realidade concreta. Entende-se por pesquisa a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade, da qual alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo, a pesquisa vincula pensamento e ação, nesse caso, e neste estudo contribuiu para a apreensão sobre a realidade concreta da questão que envolve o percurso histórico do cuidado as pessoas em tratamento de saúde mental e as repercussões no âmbito familiar, especialmente sobre as condições objetivas no município de São Borja (MINAYO, 2008).

Para desenvolvimento do trabalho de investigação desenhou-se a metodologia observando a capacidade desta de dar respostas ao problema de pesquisa. Conforme Minayo (2008, p. 14) a metodologia concebe o “[...] caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”, isto é, a articulação entre dimensões teórico-metodológicas e caminho percorrido as percepções resultantes da investigação de uma determinada realidade.

A metodologia utilizada para realização da pesquisa se deu através de um estudo de campo, com procedimento de coleta documental, qualitativo de cunho exploratório com base na perspectiva teórica do método materialista histórico dialético. O estudo de campo desenvolvido com base em Minayo (2008, p. 61):

Permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os “atores” que conformam a realidade e, assim constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social.

A pesquisa de campo se caracterizou pela interação entre sujeitos e pesquisador/a, tornando-se um lócus privilegiado no que se refere à construção de conhecimentos a respeito da realidade a qual se investigou. O estudo de

campo de acordo com Minayo (2008, p. 63) “revela preocupações científicas dos pesquisadores que selecionam tanto os fatos a serem observados, coletados e compreendidos como o modo como vai recolhê-los”, assim optou-se pela pesquisa de campo, pois ela traz em si um espaço de protagonismo dos sujeitos envolvidos.

A pesquisa documental consiste na análise de documentos que ainda não passaram por um processo de análise de outro/as pesquisadores/as. Sendo considerada uma fonte importante para análise de dados que podem ser observados de diferentes formas de acordo com a metodologia utilizada, ou ainda, com o objetivo da pesquisa.

A “[...] pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 2007, p. 66).

Desta forma a pesquisa de cunho qualitativa no campo social possibilita a capacidade de atribuir sentido não só ao estudo do/a pesquisador/a, quanto aos atores sociais envolvidos, pois ela trabalha com a subjetividade, com o dinamismo das relações que se estabelecem. A pesquisa qualitativa traz a noção de sujeito coletivo conforme Martinelli (1999, p. 24) “no sentido de que aquela pessoa que está sendo convidada para participar da pesquisa tem uma referência grupal, expressando de forma típica o conjunto de vivências de seu grupo”.

Nessa perspectiva a pesquisa qualitativa neste estudo buscou através da aproximação com as famílias acompanhadas pela política de saúde mental do município de São Borja, conhecer como se constituem as relações familiares que se estabelecem a partir do adoecimento mental, suas implicações, seu modo de vida e sua forma de conferir significado as suas vivências. Bem como o uso da abordagem exploratória que em consonância com Gil (2007) tem como finalidade possibilitar uma visão geral, e maior aproximação com temáticas pouco exploradas. Logo a escolha da abordagem qualitativa deste estudo junto

ao caráter exploratório se constituiu com vistas a trazer esclarecimento, acerca das relações que se estabelecem a família, como provedora de cuidados.

O uso da abordagem do método materialista histórico dialético proporcionou a compreensão das bases materiais e históricas que configuram o objeto de estudo, dando fundamentação para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade social (GIL, 2007). Para a realização deste estudo, foram eleitas quatro categorias do método, sendo estas: historicidade, totalidade, contradição e mediação.

É importante recuperar que “trabalhar na perspectiva dialética impõe a compreensão do real pelo prisma da totalidade social, negando pseudoconcreticidade dos fatos emergentes e reconstruindo histórica e teoricamente o campo de tensões oculto [...]” (PONTES, 2016, p. 184). Isso implica compreender a realidade de modo reflexivo, através das sucessivas aproximações por meio da apropriação das categorias que emanaram da própria realidade concreta e histórica a fim de desvendar as relações familiares a partir do adoecimento mental.

As categorias do método no desvendamento da realidade referentes ao objeto de estudo, partiram dos processos de construção do significado histórico dos sujeitos, desse modo neste estudo buscou o entendimento dos impactos do adoecimento mental nas famílias usuárias¹ da política de saúde mental no contexto de provimento dos cuidados e como se estabelecem entre a família e política de saúde mental.

A categoria historicidade em conformidade com Prates; Carrano (2017, p. 163) “é reconhecer o movimento e a provisoriedade dos fenômenos”. A realidade e as relações sociais que se estabelecem, estão em constante movimento, ao mesmo tempo conservam aspectos culturais, morais, ideológicos, significados etc. A historicidade “significa identificar as transformações, os novos movimentos que surgem e analisar os processos e relações constitutivas dos sujeitos e fenômenos

¹Para fins de esclarecimentos, entende-se que são usuários/as dos serviços de saúde mental tanto as pessoas acometidas pelos transtornos/patologias ali atendidos quanto suas famílias e/ou responsáveis legais, já que no contexto da atenção em saúde todos devem ser atendidos por estes serviços. Contudo, como forma de organização da redação optou-se por utilizar a descrição usuários – sempre que estiver referenciado a pessoa em tratamento, e família - para os sujeitos que acompanham o tratamento e são responsáveis pelos cuidados.

sociais, ainda para ter elementos que possam ser ferramentas para neles intervir” (PRATES; CARRARO, 2017, p. 163).

Tais transformações refletem na forma em que o ser social produz e reproduz suas relações sociais e o seu modo de vida. Nesse sentido emerge a totalidade que “não é um todo dado, mas um movimento de autocriação permanente, o que implica a historização dos fenômenos que a compõem” (PRATES, 2003, p. 87). Deste modo a categoria totalidade, permite reconhecer que o adoecimento mental, não é um fato isolado a um único sujeito, mas sim um processo desencadeado por toda a sociedade.

A negação do aparente por meio da categoria contradição, descrita nas obras de Marx, traz a discussão sobre o modo de produção capitalista, a produção de riqueza ao mesmo tempo em que produz a pobreza, luta de classes, exploração. A contradição também está na base da constituição da questão social, cujas expressões são objeto e matéria-prima do trabalho do/a Assistente Social. Em relação às categorias pertinentes ao objeto de pesquisa a contradição permite o/a pesquisador/a reconhecer, aprofundar-se como se apresentam as expressões da questão social nas relações, família, usuário/a e sociedade, assim como os processos de exclusão e preconceito gerados pelo modo de produção capitalista em relação aos/as usuários/as da política de saúde mental (PRATES; CARRARO, 2017, p. 164).

A mediação categoria reflexiva e ontológica faz a relação entre a razão (pensamento) e a manifestação do real. Conforme Pontes (2016) as mediações que estruturam (ontológicas) devem ser reconstruídas pela razão (reflexivas) para que seja possível uma compreensão do movimento e constituição do objeto para orientar a intervenção. Portanto a mediação como instrumento de investigação e intervenção, torna-se a categoria central, pois a partir dela que pensamos o movimento histórico e social na construção e reconstrução do objeto que compõem a totalidade.

A fim de dar subsídios às reflexões e apontamentos tecidos ao longo deste estudo, elencaram-se como categorias explicativas da realidade: Saúde Mental e Família. Nesse sentido o emprego destas imbrica na problematização a respeito sobre o lugar de pertencimento das famílias usuárias da política de saúde mental no que concerne a responsabilização do provimento de cuidados.

O estudo sobre a categoria saúde mental através do resgate de seu contexto sócio-histórico, bem como o seu processo de desenvolvimento, modificações e determinações ao longo do tempo se fazem presentes neste estudo com vistas a entender o decurso da produção de conhecimentos que reverberaram um novo paradigma a concepção de saúde mental. Assim a escolha desta categoria problematiza a criação de novas demandas como é o caso da família provedora dos cuidados a partir do movimento denominado reforma psiquiátrica, junto à política de saúde mental que culminou na desinstitucionalização de pessoas em sofrimento mental. Nessa direção à escolha da categoria família² busca compreender o seu lugar de pertencimento como parte integrante da política de saúde mental. Assim como as relações estabelecidas no que antecede a reforma psiquiátrica, bem como as suas modificações diante da quebra com os moldes asilares e sua responsabilização pelo provimento de cuidados.

1.2. Aspectos éticos, universo, amostra, coleta e análise de dados.

Conforme os critérios para a elaboração da pesquisa de caráter exploratório com procedimentos de coleta em campo e documental foram adotados um conjunto de procedimentos metodológicos, usando das técnicas de entrevista semiestruturada técnica de levantamento documental. Para aplicação das técnicas foram utilizados os instrumentos: roteiro de entrevista semiestruturado e roteiro de coleta documental.

A técnica de entrevista semiestruturada foi norteadada através do instrumento roteiro de entrevista (Apêndices A e B), constituído de perguntas abertas e fechadas. A entrevista semiestruturada tem certo grau de estruturação, pois guia-se em uma combinação de perguntas abertas e fechadas, onde aborda determinada temática de forma flexível (Gil, 2007).

Para isso, neste estudo de campo, a escolha da entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro, teve como intuito a aproximação com o

²A escolha da nomenclatura família apresentada ao longo deste estudo, busca incluir toda e qualquer pessoa, responsável pelo provimento de cuidados, essas relações perdem o rigor de ligação consanguínea, nesse sentido a categoria família abrange aqui simbolicamente famílias, compreendendo a *diversidade* de arranjos em que se expressam.

objeto de estudo, de forma que possibilitou maior apreensão sobre a realidade investigada, já que permitiu ao/a pesquisador/a a interação com os sujeitos envolvidos, trazendo aspectos que não são corroboradas pelo uso de outras técnicas.

Para o levantamento documental, utilizou-se o instrumento de roteiro de análise documental (Apêndice C). O roteiro elaborado com base em Marconi e Lakatos (2003) visou conhecer detalhadamente os elementos importantes das obras e documentos relacionados à temática de estudo, que aqui referiu-se a realizar um processo de levantamento através de documentos públicos, sites de serviços públicos de saúde, com vistas a identificar a rede de serviços de saúde mental em São Borja.

Dentre a escolha do universo e amostra do estudo aqui expresso, definiu-se o universo composto por pessoas atendidas pelos serviços de saúde mental em São Borja (usuários/as e seus familiares) e pelos documentos públicos e sites que contém informações sobre os serviços. E amostragem constituída de sujeitos entrevistados totalizando uma amostra de oito pessoas, sendo cinco usuários da política de saúde mental no município de São Borja e três familiares de pessoas atendidas pelos serviços. Constitui amostra ainda, para o levantamento documental as informações disponíveis nos documentos e sites oficiais sobre os serviços de saúde mental do referido município.

Quanto ao procedimento de coleta dos dados, delineou-se em dois momentos, primeiramente através dos documentos públicos e sites relacionados à política de saúde mental do município de São Borja. E posteriormente o processo de coleta foi realizado através da aproximação com usuários/as e famílias dos/as usuários/as que acessam os serviços de saúde mental ofertados no município de São Borja.

Para a realização do processo de coleta de informações, determinou-se o período do mês de agosto de 2019, o qual, não se cumpriu devido à dificuldade de acesso aos/as usuárias e famílias de usuários/as dos serviços do município. A articulação do/a pesquisador/a com o campo da saúde mental a fim de identificar possíveis entrevistados/as, ocorreu a partir de sucessivas aproximações com os serviços, havendo a necessidade de busca por contato através de visitas as instituições, ligações, mensagens por aplicativo, articulação

com estagiários/as do curso de serviço social e em última instância a participação de grupo direcionado as famílias e usuários/as dos serviços do CAPS I³, CAPS AD III⁴, CRAISM⁵ e Fazenda Terapêutica Chico Xavier.

As sucessivas tentativas de aproximação com os serviços de saúde mental do município e posteriormente o contato com usuários/as e famílias de usuários/as acabou determinando o encerramento do prazo final de coleta, ao fim mês de setembro. Entendendo que a pesquisa de campo constitui-se como um processo interativo e dinâmico, a sua execução decorre conforme os atores envolvidos, entrevistados/as e pesquisador/a, neste caso, houve um grande empenho para o encontro dos envolvidos/as no estudo, devido à dificuldade de encontrar e solucionar a divergência de horários, necessitando ir ao encontro de um/a entrevistado/a até cinco vezes para a realização da coleta de entrevista.

Desta forma na pesquisa qualitativa a interação do pesquisador/ajunto aos/as usuários/as e famílias de usuários/as acompanhadas pelos serviços do município, torna-se essencial “ela é condição de aprofundamento da investigação e da própria objetividade” (MINAYO, 2008, p.67-68). Logo, toda a experiência da coleta foi intensa e de muito aprendizado sobre o processo de pesquisa, contribuindo para o acúmulo sobre o exercício de pesquisar a realidade social na dinâmica da vida da população usuária. As aproximações sucessivas com as famílias e usuários/as demonstrou a pesquisa no seu tempo real de execução, ela não acontece no tempo acadêmico, ou no tempo desejado, mas no tempo determinado pelas relações sociais e suas possibilidades concretas.

Seguidamente a coleta de dados, para análise dos dados obtidos no estudo, optou-se por seguir na perspectiva de análise qualitativa que em consonância com Moraes (1999, p. 02) “parte de uma série de pressupostos, os quais, no exame de um texto, servem de suporte para captar seu sentido simbólico”, esse tipo de análise corresponde à capacidade de fazer inferências reconhecendo as significações por trás do objeto, ultrapassando a aparência.

³Centro de Atenção Integral à Saúde Mental Dr. Caio Escobar.

⁴Centro de Atenção Integral em Saúde Mental Álcool e outras Drogas.

⁵Centro Regional De Atenção Integral a Saúde.

O tipo de análise utilizada consiste na análise de conteúdo descritiva embasada nas orientações de Moraes (1999, p. 12) a descrição é “de extrema importância na análise de conteúdo. É o momento de expressar os significados captados e intuídos nas mensagens analisadas” dentro deste processo de análise, as categorias escolhidas para constituir o procedimento de análise foram à categorização e interpretação. A categorização conforme Moraes (1999, p. 06) consiste em:

Uma operação de classificação dos elementos de uma mensagem seguindo determinados critérios. Ela facilita a análise da informação, mas deve fundamentar-se numa definição precisa do problema, dos objetivos e dos elementos utilizados na análise de conteúdo.

Que permitiram o/a pesquisador/a o estabelecimento de critérios, quanto à seleção de informações obtidas em pesquisa, tornando a organização da análise um processo mais acessível quanto ao agrupamento desses elementos, nesse sentido utilizou-se como critério a tabulação de dados a fim de estabelecer a organização dos dados e análise mais detalhada. A interpretação como procedimento de análise “liga-se ao movimento de procura de compreensão” (Moraes, 1999, p. 09). Assim a análise buscou a compreensão sobre os rebatimentos diante a realidade vivenciada pelas famílias de usuários/as e usuários/as da política de saúde mental de do município de São Borja.

No processo de análise deste estudo, a descrição, categorização e a interpretação, permitiram o/a pesquisador/a constituir a leitura da realidade a qual se propôs o projeto de pesquisa, de modo que se possibilitou dar respostas aos objetivos determinados – geral e específicos. Destaca-se que Considerando os pressupostos éticos que permeiam a realização desta pesquisa, (Minayo, 2008, p. 55) “tem em sua redação compromissos em não ferir a ética da elaboração de textos científicos”, expressas através do não cometimento do plágio. Outro aspecto no que diz respeito aos pressupostos da pesquisa, em conformidade com Minayo (2008) foi respeitado questões como o comprometimento como à dignidade dos sujeitos envolvidos, bem como a sua permissão quanto à participação e divulgação das informações referentes ao estudo.

No que diz respeito à pesquisa realizada com humanos, conforme a Resolução nº 466⁶, de 12 de dezembro de 2012:

Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades.

Os sujeitos envolvidos na pesquisa devem ter consciência acerca do conteúdo da pesquisa, bem como o/a pesquisador/a deve advertir todos os aspectos que compõem a pesquisa, dentre os possíveis riscos no que tange a investigação de aspectos particulares da dos/as entrevistados/as.

Deste modo os/as participantes da pesquisa em questão, manifestaram a autorização quanto a sua participação, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice D), documento que assegura o respeito aos direitos do sujeito da pesquisa regulado pela Resolução nº 466/12. A partir da análise dos termos de participação e mediante a autorização por meio da assinatura do TCLE pelos/as envolvidos/as, foi confiada uma cópia do documento a cada participante e ao/a pesquisador/a.

Conforme previsto no projeto de pesquisa sobre o retorno da pesquisa, uma das formas de divulgação e devolução está expressa na construção deste documento, no Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, que será apresentado e examinado por uma banca pública. Ainda, tem-se como proposição de retorno aos/as participantes um encontro para discussão dos resultados nos serviços que atendem à demanda da saúde mental.

⁶ Este trabalho não foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Unipampa. Observando as orientações sobre pesquisa na realização de Trabalho de Conclusão de Curso, pactuada no Colegiado de Curso de Serviço Social, sob ciência da professora orientadora. Contudo, vale ressaltar que foram observados os princípios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre os cuidados éticos na pesquisa, em especial o processo de contato com as instituições, apresentação formal do projeto com carta de apresentação, apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE, coleta de dados com autorização prévia da instituição e entrevistados, rigor no sigilo da identidade e cuidados no processo de trabalho com os dados.

1.3. Estrutura do Trabalho de Conclusão de Curso

O presente estudo encontra-se estruturado em três capítulos: capítulo introdutório, mais dois capítulos sendo o referencial teórico e análise de dados, além de sua conclusão disposto na seguinte ordem: o primeiro capítulo é composto por esta introdução que apresenta a proposta de pesquisa que foi realizada, as motivações que determinaram a sua escolha, sua relevância acadêmica e social, possíveis contribuições, bem como o método e percurso metodológico utilizado.

Já o segundo capítulo apresenta o referencial teórico do estudo, no qual foi realizado de forma breve um resgate histórico quanto às concepções/percepções elaboradas no campo da saúde mental, assim como a discussão acerca do lugar de pertencimento da família na política de saúde mental.

O terceiro capítulo compreende no desvendamento do objeto de estudo através da análise dos dados coletados, disposto em três subitens que buscam responder as questões norteadoras. A primeira questão norteadora corresponde à identificação de como se caracteriza a oferta em saúde mental no município de São Borja, através de levantamento documental (Plano Plurianual São Borja - PPA 2018-2021, Análise institucional CRAISM- elaborado em estágio supervisionado I em Serviço Social, Análise institucional CAPS I Dr. Caio Escobar- elaborado em estágio supervisionado I em Serviço Social, Documento Institucional CAPS AD3, Folder informativo elaborado pela secretária municipal de saúde de São Borja: CAPS I e CAPS AD3), além disso foram discutidos/problematizados outros aspectos relevantes encontrados nos documentos e relatos dos/as usuários/as e famílias entrevistados/as.

No segundo subitem buscou-se responder como se dão as relações de convívio entre usuários/as e famílias acompanhadas pelos serviços de saúde mental do município de São Borja. Já o terceiro subitem corresponde à identificação das expressões da questão que permeiam a realidade das famílias acompanhadas pelos serviços de saúde mental do município.

Por fim o estudo traz suas conclusões, bem como responder o objetivo

geral, o qual busca analisar as implicações do adoecimento mental na vida dos/as usuários/as e suas famílias acompanhadas pelos serviços de saúde mental a fim de contribuir com a efetivação da integralidade no atendimento.

2. SAÚDE MENTAL – REFLEXÕES NECESSÁRIAS

Este capítulo tem o objetivo realizar um resgate em relação à constituição do cuidado em saúde mental, bem como, discutir o lugar de pertencimento da família na política de saúde mental⁷a partir da realidade social brasileira. Para tanto, antes de adentrar no contexto sócio histórico brasileiro, observam-se alguns elementos do debate histórico concreto que perpassa o tema, ou, o campo da saúde mental. O movimento dialético da realidade concreta institui em cada tempo histórico totalizações provisórias, logo, esse movimento leva a reformulações no contexto das relações sociais, provocando alterações e ressignificações sobre o tecido social. Pensar a saúde mental sob a ótica da dialética requer resgatar as (re)significações sócio históricas desse tema, e as condições concretas que engendram a temática no modo de produção capitalista.

Observar a temática da saúde mental requer atentar para os processos históricos, compreendendo que “cada época histórica e cada sociedade cria um procedimento específico de abordar o fenômeno da loucura” (ROSA, 2011, p. 39). Ao abordar a temática saúde mental faz-se relevante resgataras concepções elaboradas, explanando aspectos gerais de sua trajetória histórico concreta. A aproximação com a temática e com a produção do conhecimento sobre saúde mental no Serviço Social destaca-se a ampla produção sobre o processo histórico mais recente, em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira, e do campo da saúde mental enquanto política pública.

Na construção de resgate histórico concreto sobre saúde mental, Amarante (2010), destaca a obra de Foucault⁸, em especial o livro – *A história da Loucura*, enquanto obra que aborda o tema da ‘loucura’, saúde mental como prática do saber.

⁷ Entende-se saúde mental aqui, como categoria teórica que abarca os processos de saúde/adoecimento que levam a tomada de ações de cuidado e instituição de processos de tratamento, cuidado, e proteção envolvendo família, estado e sociedade.

⁸ Cabe aqui evidenciar que a perspectiva teórica deste estudo fundamenta-se no método dialético crítico em Marx. No qual Michael Foucault (perspectiva teórica pós-moderna) é referido aqui unicamente com intento de resgatar a história do sofrimento mental, por meio da obra *A história da loucura* que conforme (AMARANTE, 2010, p. 23) torna-se, obra importante, ou nas palavras no autor “obra fundamental para o estudo do nascimento da psiquiatria e das práticas médicas de intervenção sobre a loucura”.

A loucura assim conhecida anteriormente, e sua subsunção enquanto sofrimento mental percorreu um caminho extenso, de ressignificações, e modificações através dos espaços e práticas concebidas até o seu reconhecimento como campo do saber. No que tange o campo da construção do saber em saúde mental, nem sempre a loucura foi concebida como algo negativo, na Grécia antiga a chamada 'loucura' era entendida, assimilada pela sociedade por uma espécie de fascínio, um dom, privilégio onde o/a louco/a era considerado/a um/a sábio/a que possuía conexão com o desconhecido, algo divino, poético inclusive erótico (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Já no período da idade média⁹, a 'loucura' é concebida, como “uma idéia de alteridade pura, o homem mais verdadeiro e integral” (AMARANTE, 2010, p. 23). Nesse contexto ainda não há o interesse sobre a construção de saberes em torno do adoecimento mental, mas há uma percepção socialmente construída sobre a 'loucura' como fenômeno que é “representada pela ética de internamento, não se cruza com a elaboração de conhecimento sobre a loucura” (AMARANTE, 2010, p. 23).

No período da renascença, em meados dos séculos XIV e XVI a “Nau dos Loucos¹⁰” conforme Foucault (1978, p. 13) tratava-se de uma representação de uma embarcação imaginária retratada através da literatura e a arte, na qual seus tripulantes embarcavam em uma viagem de sentido figurativo, em busca das suas verdades, seus destinos. “As cidades escorraçavam-nos de seus muros, deixava-se que corressem pelos campos distantes, quando não eram confinados a grupo de mercadores peregrinos” (FOUCAULT, 1978, p. 09).

O processo que se observa com o movimento da Nau, é um processo de segregação dos sujeitos não socialmente adaptados à ordem hegemônica vigente. No período posterior, a partir da metade do século VXII, a loucura e a percepção social sobre esta esteve “ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural” (FOUCAULT, 1978,

⁹A idade média compreende o período no qual há o domínio [...] da aristocracia sobre o campesinato, por meio da força das armas e com o apoio do clero que, manipulando medos de fundamentação religiosa, garantiam o controle ideológico e a submissão da sociedade (ALMEIDA, 2010, p. 51).

¹⁰No período em questão, meados dos séculos XIV e XVI a Nau dos Loucos foi implantada na Alemanha em Nuremberg, de modo geral supõe-se que os loucos, criminosos, eram escorraçados para fora dos limites das cidades.

p. 55). É relevante destacar que neste período histórico, as casas de misericórdia e hospitais eram direcionadas aos pobres que não necessariamente tinham alguma doença, sendo assim espaços ocupados por um conjunto de sujeitos e variadas situações de vulnerabilidade e risco, como: doentes, não doentes, mulheres, homens, chegados por sua vontade ou através de ordem real ou judicial.

Nas diferentes percepções sobre a 'loucura', observa-se a ressignificação sobre o tema em distintos tempos históricos, saindo de uma "visão trágica da loucura para uma visão crítica" (AMARANTE, 2010, p. 23). O movimento de construção mais crítica sobre o debate em torno do adoecimento mental se dá a partir da metade do século XVII, Amarante (2010, p. 24) aponta que "a desrazão gradativamente, vai perdendo espaço a alienação ocupa, agora, o lugar como critério de distinção do louco ante a ordem social". À medida que avançam os estudos e debates sobre o campo dos processos de saúde/adoecimento ocorre de maneira gradativa a valorização do pensamento científico, e vai sendo instituída uma nova ordem em termos de cuidado, "é em meio a esse contexto que ocorre o surgimento do hospital como espaço terapêutico" (SILVEIRA. BRAGA, 2005, p. 593).

Com o surgimento do espaço clínico no final século XVIII o conhecimento científico passa a exercer influência sobre a constituição de saberes sobre o fenômeno da loucura e tem-se instituída a concepção de doença mental. Diante o processo de valorização da razão, junto à introdução e desenvolvimento da ciência no campo da saúde mental contribui para desenvolvimento de um novo saber numa perspectiva de atenção aos sujeitos adoecidos, contudo, a centralidade na sociedade está pautada no indivíduo, não reconhecendo os processos de adoecimento como algo coletivo, construído, ou, gerado socialmente. Essa visão é ainda, carregada de estigmas e de conceitos pré-estabelecidos socialmente, e as práticas de atenção são pautadas pelo ajustamento de conduta daqueles que não se enquadram nos padrões aceitos, embora superada a Nau dos Loucos, não está superada a percepção de segregação dos sujeitos adoecidos.

Embora haja avanços sob a percepção da 'loucura', enquanto processo de adoecimento, as pessoas acometidas por algum tipo de transtorno não são

reconhecidas socialmente enquanto sujeitos de direito. Castel (1978, p. 19) chama a atenção para o entendimento sobre as pessoas identificadas/diagnosticadas com algum transtorno, ou, os reconhecidos como loucos, “o louco não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de “servir”, não entra no circuito regulado das trocas [...]”. A percepção da invalidez das pessoas com algum tipo de transtorno/doença mental ainda é uma realidade.

No que tange os valores vigentes na sociedade burguesa, balizados pela razão e indivíduo provido de direitos e deveres a loucura e o/a louco/a, tornam-se assim improdutivos. Posto que dentro das relações de troca, o/a louco/a não tinha/tem valor, torna-se um obstáculo à nova ordem, assim dentro da ordem social burguesa, há a instituição da medicalização e do asilamento como forma de intervenção, há a “organização de o espaço asilar e imposição de uma relação terapêutica” (AMARANTE, 2010, p. 26).

Ainda no século XVII o conhecimento sobre a saúde mental, abarca a discussão da família como partícipe do processo de organização do cuidado, ou da gerência sobre seus familiares adoecidos. Para Rosa (2011, p. 50) “o saber alienista, que tinha um projeto para a sociedade mais ampla, vai penetrar nos meandros familiares e influenciar sua organização interna a partir da abordagem do louco”, a família dentro do processo de cuidado em sofrimento mental passa a ser problematizada nas discussões a partir do ‘alienismo’ termo originado a partir do médico Phillippe Pinel¹¹, no transcurso do século XVIII para o XIX. O alienismo estabelece

[...] a doença como problema de ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma adjetivando, ordenando o espaço valendo-se das diversas “espécies” de alienados existentes, Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observa a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando desta forma o espaço asilar, a divisão objetiva a loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas, libertando as vítimas e denunciando suspeitos. (CASTEL, 1978 *apud* AMARANTE, 2010, p. 25).

¹¹Philip Pinel médico francês do século XVIII estabelece os princípios do ‘tratamento moral’, prática postulada na disciplina, desenvolvida através de cárcere, isolamento, camisas de força, como forma de normatizar os doentes a fim de dominar as paixões e recuperar a razão dos internos no interior do asilo psiquiátrico (CAPONI, 2012 *apud* BARBOSA, 2016).

Esse olhar sobre o adoecimento mental é um avanço, ainda que com suas limitações, do ponto de vista da concepção da 'loucura' como processo de adoecimento considerando os múltiplos fatores que incidem sobre. Para Amarante (2010, p. 25) “não interessa localizar a sede da doença no organismo, mas atentar para sinais e sintomas, a fim de agrupá-los segundo a sua ordem natural, com base nas manifestações aparentes da doença”. Dentro desta percepção Pinel realoca a loucura e a classifica em doença mental.

A loucura torna-se verdade médica. Cria-se uma clínica das enfermidades mentais e uma concepção terapêutica: o louco, como qualquer doente, necessita de cuidados, de apoio e de remédios. Cria-se um corpo de conceitos, a teoria psiquiátrica, que instrumentalizariam a prática clínica (BIRMAN, 1978, p. 02).

A 'loucura' passa a ter sua percepção em alguma medida ressignificada, Satin e Kaflek (2011, p. 143) alertam para a visão da “loucura como anormalidade e o aparato manicomial como objeto da razão permaneceram por quase dois séculos” inalterada. Essa é uma realidade com modificações construídas socialmente a passos muito lentos, a não evolução nos mecanismos relacionados à loucura no campo dos saberes e práticas, irá manter-se até por volta de até o século XX. Contudo, não é possível não observar os avanços em termos da concepção da 'loucura', doença mental, adoecimento, e saúde mental. Estas percepções e construções são fruto das vivências concretas na sociedade, marcado historicamente por traços conservadores.

Ao observar as condições sócio históricas em torno da saúde mental qualquer que seja o nome atribuído historicamente para as questões que envolvem saúde/doença mental, é possível destacar que as práticas são marcadas por processos excludentes e de segregação dos sujeitos adoecidos. Velhos processos e procedimento na atenção aos casos de adoecimento mental não raramente são reiterados no contexto mais contemporâneo da sociedade. Refletir sobre o campo da saúde mental requer observar os fatores múltiplos que o cercam, o processo histórico de constituição do lugar das pessoas adoecidas, as formas como essas pessoas foram tratadas e acolhidas pela sociedade, à construção social em torno do adoecimento mental, o papel do Estado e da família no cuidado.

Sob a ótica sócio histórica ao lugar da 'loucura' na sociedade, observa-se um processo gradativo e lento em torno da construção de saberes científicos capazes de refletir sob a perspectiva do cuidado e da proteção no campo da saúde mental. Desvenda-se na leitura do percurso formativo desse campo do conhecimento a desmistificação sobre a 'loucura' compreendendo esta como uma demanda do campo da saúde, que carece de mais aportes teóricos que apenas definições metafísicas. Não há a pretensão aqui de aprofundar os aspectos históricos em trono da história da loucura, mas apontar elementos iniciais para o debate que se segue. Apontando a constituição da saúde mental no contexto sócio histórico brasileiro e a interface com o lugar que a família tem ocupado nos processos de cuidado, conforme se desdobra o texto a seguir.

2.1. Saúde mental no contexto social histórico brasileiro

Pensadas notas introdutórias sobre o campo da saúde mental num contexto mais abrangente, dedica-se o olhar agora sobre a realidade social brasileira. Refletir sobre a saúde mental no contexto sócio histórico brasileiro convoca a resgatar aspectos do processo de cuidados e como este se configurou no País, adensando sobre a realidade social mais atual, pós Reforma Psiquiátrica.

A loucura terminologia empregue nos processos de saúde/doença mental anteriormente à reforma psiquiátrica, passa a ser objeto de intervenção no Brasil somente a partir do século XIX, “mesmo as Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade, já existentes desde os séculos XVI e XVII, e que abrigavam doentes e pobres, velhos, órfãos e mendigos, não contavam com loucos em sua variada clientela” (RESENDE, 2011, p. 31).

Quanto à realidade do Brasil à instituição do asilo, em suas práticas antecedem “a própria emergência da psiquiatria” (ROSA, 2011, p. 86), na qual em seus primeiros moldes de assistência a loucura, é destinada às Santas Casas de Misericórdia, administradas e orientadas em preceitos religiosos. O primeiro modelo designado à assistência psiquiátrica tem sua implantação no início do século XIX no ano de 1852, através do estabelecimento do hospício Pedro II, onde

dispunha quanto as suas práticas de intervenção, o caráter de tratamento moral, prática baseada nos preceitos franceses de tratamento a loucura.

Pode-se estabelecer grosseiramente o período imediatamente posterior à proclamação da república como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiátrica científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara a si as atribuições da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental tal como a gravidade da situação exigia (RESENDE, 2001, p. 43).

Esse marco de transição entre práticas empiristas a psiquiátricas demarca o seu início através de pressões da categoria médica, a qual desde o surgimento do hospício Pedro II, reivindicava o reconhecimento dos seus saberes, a incorporação da medicalização, exercendo severas críticas quanto à modelo assistencial regida pela igreja junto as Santas Casas de Misericórdia.

No ano de 1890, deu-se a desvinculação do hospício São Pedro II da Santa Casa de Misericórdia agora delegado ao domínio dos alienistas, assim o hospício São Pedro II, torna-se Hospício Nacional de Alienados, junto à criação da assistência médico-legal sugere e o “conjunto de medidas de colônias na assistência aos doentes mentais”(AMARANTE, 1994, p. 76).

Com a melhora do setor exportador e o crescimento das lavouras cafeeiras no fim do século XIX, ocorre à necessidade de mão de obra, a qual se constituiu pela imigração estrangeira, maior parte européia, há uma expansão quanto à concentração urbana ocorrendo à incidência de doenças que se alastravam e geravam altos índices de mortalidade. (ROSA, 2011).

Junto ao processo de expansão das cidades veio o agravamento das questões de saúde, o que demandou do Estado uma intervenção mais efetiva, iniciam-se campanhas de saneamento, junto à reorganização dos segmentos onde representantes da psiquiatria unem-se, a fim de estabelecer a ordem por meio de um processo de saneamento que previa o asilamento como conduta para manutenção e estabelecimento da ordem.

Em contraste com o período anterior, no qual o binômio ordem - desordem era o equivalente social da equação saúde-doença mental e a contribuição para a restauração da ordem podia ser cumprida pela

psiquiatria empírica, no emergente capitalismo comercial e à reprodução da força de trabalho e, em última análise, ao próprio processo de reprodução do capitalismo (RESENDE, 2001, p. 42).

Os alienistas importaram práticas de tratamento da 'loucura' da Europa no século, o modelo asilar, nomeado de "colônias agrícolas de alienados", se constituíam como princípio terapêutico através do trabalho. Conforme esta concepção, o alienado fortalecia a sua mente por meio da atividade laboral, em um processo de cura (AMARANTE, 2011).

Nesse sentido a implantação das colônias estendeu-se por grande parte do território, sendo que em seu significado, para mais do que o ato da terapia por meio do trabalho, continha o fundamento da emergência da valorização do sistema agrário. O trabalho antes negligenciado posto como atividade indigna converte-se em favor a cidadania da época, essa somente alcançada pelo valor trabalho.

O movimento de implantação das colônias se estendeu rapidamente por todo o país, contando com a prática do asilamento em grande parte dos estados brasileiros, contudo as experiências obtidas decorrentes do modelo asilar das colônias ocorriam de modo heterogêneo.

Ao passo que através da implantação das colônias se supunha dar "[...] contado resíduo de crônicos que as instituições urbanas produziam em quantidades crescentes"(RESENDE, 2001, p. 50), a realidade que se apresentava era outra, o alto índice da massa de crônicos, produzia nas instituições o caráter de depósito. Em contrapartida a experiência realizada no hospital colônia de Juqueri em São Paulo, buscava a recuperação do seu louco, através da prática agrícola com vistas de devolvê-lo ao convívio social (RESENDE, 2001).

Essa prática abarcava a adoção de asilados por famílias da redondeza, das quais auferiam de gratificação por parte do Estado além da prestação de serviços do regresso. Desta forma o que se explicita é o caráter de exploração, contido nas práticas de trabalho na colônia, direcionados aos asilados e ao regresso que se tornava, subordinado a família a qual era adotado.

Dentre as características das colônias destaca-se o seu isolamento do meio social, situadas geograficamente distantes das cidades além da inexistência de critérios quanto ao asilamento.

De fato, quem se dispuser a examinar a população das nossas colônias de alienados vai encontrar amalgamada a massa de crônicos, tornada indiferenciada pela cultura mesma do asilo, desde pessoas que lá chegaram após uma passagem por um hospital psiquiátrico até indivíduos em cuja história de vida consta, como determinante da internação <<doenças>> como a de moças namoradeiras que foram desvirginadas e desonradas, crianças que se tornaram órfãs, mendigos ou arruaceiros que, pela intermediação de um chefe político local ou delegado de polícia, encontraram no encaminhamento ao hospício a solução definitiva (RESENDE, 2011, p. 52).

O público encontrado no modelo de asilamento das colônias, não tinham diagnóstico de doença mental, cerca de 70% “eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder”. (ARBEX, 2013, p. 15-16). Essa caracterização das pessoas que eram asiladas denota um forte valor moral, em torno daqueles que revelassem risco a ordem societária. O modelo em si coadunava com as práticas de exclusão, que mediante a internação realizava uma espécie de limpeza nas ruas da cidade, escondendo aqueles considerados incômodos.

Nesse propósito as colônias agrícolas brasileiras “introduziram o trabalho como meio e fim do tratamento, e seu ideário extra-asilar estendeu-se para a higiene e profilaxia mental que propagava o postulado de que a sociedade seria o novo agente de cura da doença mental [...]” (ROSA, 2011, p. 90).

No ano de 1923, Gustavo Riedel funda a Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM, movimento pautado inicialmente ao tratamento de doentes mentais, o qual sofreu modificações e transformou-se em protótipo do ideal societário. A LBHM surge com um caráter eugenista, acompanhada da pretensão de quebra com os modelos pretéritos da tradição francesa baseados no descontrolado (alienação), deslocando sua perspectiva de intervenção nos preceitos germânicos, assentados na etiologia de doenças mentais por fatores biológicos, nesse processo o alvo das ações modificou-se a fim de instruir a população através de campanhas de higiene. (ROSA, 2011). O cenário conflituoso no qual

o país se encontrava, evidenciava o agravamento dos problemas sociais vivenciados na época, como a crescente urbanização, a população de escravos libertos destituídos da condição de trabalho e a imigração que se acrescia.

Neste paradigma a psiquiatria coloca-se “definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando, para ela mesma, um maior poder de intervenção” (AMARANTE, 1994, p. 78). Em meados de 1930 há “a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsórioterapia e das lobotomias” (AMARANTE, 1994, p. 78), nesse sentido a psiquiatria torna-se cada vez mais influente e as práticas de internação, ainda mais recorrentes. Dentre as eventuais experiências de quebra com o modelo exclusivamente asilar, encontram-se casos como do hospital psiquiátrico Ulisses Pernambuco que assegurava um modelo organizado por meio de ambulatorios e atenção ao egresso e ambulatório do Engenho de Dentro que além de acompanhamento buscava a prevenção de distúrbios através de aconselhamento (RESENDE, 2011).

No mesmo período o País buscava o seu avanço econômico e social, e o campo das políticas sociais também foram alvo das reivindicações dos trabalhadores, e de respostas do Estado.

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930 têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores. A conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma Política de Saúde no Brasil orgânica e sistemática. (BRAVO, 2000, p. 03-04)

As ações em torno do setor da saúde tinham como princípio responder ao agravamento de questões de saúde, higiene, habitação etc. A política de saúde “[...] nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsectores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária” (BRAVO, 2011, p. 04), consistindo em ações direcionadas ao combate de doenças infecciosas, através de campanhas sanitárias delegadas ao setor de saúde pública e a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP's, desenvolvidas pelo setor de medicina previdenciária.

A IAP's autarquias subordinadas ao Estado consistia em a arrecadação de recursos em forma de tripartite onde Estado, empregadores e trabalhadores formais contribuem uma espécie de captação para a criação de fundos, que seriam utilizados a fim de proteger determinadas categorias profissionais. Esses fundos direcionados a assistência em saúde, acabaram contribuindo para o aumento de hospitais e ambulatórios e gastos médico-hospitalares privados, no qual há a diminuição dos investimentos em ações de saúde pública.

No que tange o campo de acontecimentos relacionados à doença mental, nos anos seguintes prosseguiram do mesmo modo, havendo a adoção e o aprofundamento dos antipsicóticos, esses usados de forma indiscriminada. Em 1950 as colônias encontram-se em um cenário de absoluto caos, a superlotação de asilados atingiu níveis alarmantes. Da mesma forma verifica-se que apesar da introdução da assistência privada, Amarante (1994, p. 78) aponta que as práticas relacionadas à assistência permanecem “[...] nos anos que se seguem, quase que exclusivamente por estruturas manicomiais”.

O período de 1950 aponta para a premência de investimentos no âmbito da saúde mental voltados ao processo de industrialização, nessa acepção surge à discussão quanto à relevância de investimentos no setor, coadunados a questão do trabalho, principalmente em países em expansão.

É sintomático que a Organização Mundial da Saúde, através de uma resolução de um comitê de peritos em saúde mental, em 1950, recomendasse às nações membros, especialmente aos países em desenvolvimento, que investissem em ações de saúde mental, usando como argumento o alto custo da doença mental para o processo produtivo (RESENDE, 2011, p. 58-59).

Nesse sentido a premência de investimentos no âmbito da saúde mental torna evidente o viés mercadológico das relações sociais da época, pois o documento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde apontava para a relevância de ações no setor pensadas a lógica de manutenção da exploração da classe trabalhadora.

Na sociedade moderna, isto é, após uma nova estrutura econômica, social e política, a loucura transforma-se em objeto de intervenção médica e estatal, o louco passa a condição de doente (ROSA, 2011). Nesse sentido a discussão

central da resolução, atentava as implicações do adoecimento mental no processo produtivo, assim as ações em saúde mental configuravam-se como uma estratégia de contenção das eventuais disfunções produzidas decorrentes inerentes ao capitalismo.

No período que se seguiu no pós-guerra, a sociedade burguesa passa por mudanças quanto a sua ordenação, essas modificações compreendem questões demográficas, econômicas e políticas. As propostas de remodelação no campo da saúde mental passam a ser iniciadas a partir da década de 1960 e 1970 nos países da Europa e América do Norte que “[...] no auge da emergência de outros movimentos sociais, e se desenvolveu de forma diferenciada em cada país” (VASCONCELOS, 2006, p. 70). A emergência em relação aos movimentos de usuário/as de saúde mental é concebida de forma díspar, obtendo variedade quanto a sua elaboração.

Na realidade brasileira, na década de 1960 e 1970, o país experimentava mudanças quanto à centralização política e financeira a nível federal e intensa privatização dos serviços, que acabam por refletir no agravamento das expressões da questão social.

O grande problema para o governo da ditadura militar nos hospícios no fim dos anos 1960 não era a loucura (esta era controlada pela psiquiatria, pelos psicotrópicos e pelo aparato asilar). Era a pobreza, o abandono, a miséria, que saltavam à vista e que geravam contestações da sociedade, principalmente após a incorporação do atendimento aos trabalhadores e seus dependentes na rede previdenciária de assistência mental. (BISNETO, 2011, p. 25).

Diante ao agravamento das tensões vivenciadas na década de 1970 no país, que atravessava um período de forte repressão de cunho político, propagavam-se diferentes movimentos sociais de resistência, buscando reivindicar direitos, sociais, políticos e trabalhistas. Dentre esses movimentos destacam-se aqui os relacionados à saúde mental, que a partir do final da década tem sua emergência.

O processo de luta em defesa da saúde mental vivencia seu fortalecimento através de uma infinidade de propostas que apontavam a quebra com os moldes asilares além da busca por novas práticas em saúde que contemplassem a cidadania dos sujeitos. Entre os processos que contribuíram

para uma nova percepção e incorporação de um conceito novo para o campo da saúde mental na realidade social brasileira, observa-se o movimento intenso de diferentes segmentos da sociedade.

Em 1978 surge o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, movimento protagonizado por trabalhadores que inspirados por Franco¹²Basaglia que exigiam o término do modelo hospitalocêntrico. Suas reivindicações abarcavam denúncias em relação à indústria da loucura e suas privatizações, mobilização pela humanização dos aparelhos públicos e privados hospitalares, além da reivindicação por espaços ambulatoriais.

Na década de 1980 são feitas ações integradas de saúde; Co-Gestão na administração de hospitais públicos é criado o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP¹³ resultando em ações que visam à regionalização da saúde e moldes sanitaristas de oferta em saúde, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, o Movimento Antimanicomial, Expansão dos serviços de redes ambulatoriais e primeiras práticas de atenção psicossocial espécie de CAPS, criados no estado de São Paulo (VASCONCELOS, 2006). Distintas experiências que impulsionaram a eminência da reforma psiquiátrica compreendem que o movimento possuía heterogeneidade, sofrendo diversos impasses e retrocessos até a sua realização.

O movimento da reforma psiquiátrica ganha corpo na década de 1980, ao mesmo momento que a sociedade brasileira vivenciava o processo de redemocratização do país, após 21 anos de ditadura militar e uma profunda crise econômica, a temática da saúde ganha a atenção da sociedade civil. A “saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada a democracia” (BRAVO, 2000, p. 95),

¹²Franco Basaglia médico psiquiatra, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana, intitulada reforma democrática, “promove uma ruptura com o paradigma clínico, psiquiátrico, ao desconstruir os aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e políticos que lhe dão sustentação” (ROSA, 2011, p. 66).

¹³Criado em 1981, o conselho realizou um diagnóstico do setor e propôs um Plano de Reorientação da assistência em saúde. Tal diagnóstico apontou: serviços inadequados à realidade; insuficiente integração dos diversos prestadores; recursos financeiros insuficientes e cálculo imprevisto; desprestígio dos serviços próprios; superprodução dos serviços contratados. O Conselho também apresentou propostas para desenvolvimento de novas ações no campo da saúde: Programa das Ações Integradas de Saúde; Programação e Ornamentação Integrada; Programa de Racionalização Ambulatorial; e Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social.

os movimentos acerca da universalização do acesso, ganharam ainda mais força com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília. Com as mudanças ocorridas na época como a aprovação da Constituição Federal em 05 de outubro de 1988, com duzentos e quarenta e cinco artigos e setenta disposições que detinham como foco os direitos sociais.

A Constituição Federal de 1988, documento que atenta para dignidade da pessoa humana, direito à liberdade, garantia de direitos, cidadania e questões como os direitos trabalhistas trazia uma nova perspectiva para o País. Análogo a esses acontecimentos há o lançamento do Projeto da Lei Paulo Delgado em 1889 que propunha a fim do modelo asilar, bem como a substituição gradativa dos serviços manicomiais.

O conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” [...] (CFESS, 2011, p. 39).

Bravo (2000, p. 96) aponta que “a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente o sistema único, mas a reforma sanitária”, que previa a criação de um sistema de saúde que atendesse os interesses da população em geral, que fosse gratuito e de qualidade. Juntamente às reivindicações referentes à oferta de serviços gratuitos e de qualidade, faz-se necessário repensar a oferta de serviços destinados a pessoas em sofrimento mental.

A reforma psiquiátrica em seu movimento alude a atenção aos direitos sociais e de modo particular volta a sua atenção aos direitos civis. Portando tem relação intrínseca aos preceitos da Constituição Federal de 1988, no artigo quinto que faz referência quanto ao direito à liberdade, no qual nenhum indivíduo deve ser privado de exercer sua liberdade, sem haver a ocorrência de um tribunal, nisso se expressa uma das premissas da reforma psiquiátrica, a quebra com o modelo de cerceamento no qual a pessoa em sofrimento mental era exposta (ROSA, 2017).

Deste modo a reforma psiquiátrica surge com a perspectiva de romper com o tratamento de forma excludente e o estereótipo preconceituoso referente ao sofrimento mental. Atualmente o modelo no qual se sustenta a oferta dos serviços em saúde mental, tem sua base legal expressa pelo Sistema Único de Saúde - SUS instituído pela Lei no 8.080/1990¹⁴ que regula as ações de saúde em território nacional. A Política de Saúde Mental foi regulamentada pela Lei nº 10.216/2002, que faz alusão a Reforma Psiquiátrica no Brasil, e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental. Essa expansão consiste em serviços substitutivos, regulados pelo SUS, e pela Rede de Atenção Psicossocial- RAPS portarias 336GM/MS de 19/02/2002 que oferece assistência em saúde mental pautado na humanização.

Saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural à medida que diz respeito de um estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada de risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social (AMARANTE, 2011, p. 19).

Cabe aqui destacar que a concepção de saúde mental pós Reforma Psiquiátrica no Brasil, acompanha a perspectiva ampliada¹⁵ de saúde mental proposta pela Organização Mundial da Saúde - OMS, que trata a saúde mental, ao bem estar em sua integralidade sendo esta composta pelo tripé, de bem estar físico, mental e social, o que constitui uma nova forma de organização dos serviços e também uma nova forma de atenção em saúde que precisou ser construída e instituída no País.

É importante observar os avanços da Reforma Psiquiátrica para o campo da saúde mental no País, cuidando para evitar reducionismos ou simplificações, já que este é um campo que envolve a complexidade da vida de cada sujeito, assim como suas condições materiais e relações sociais.

¹⁴Referente à Lei 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

¹⁵Para a Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, o conceito de saúde mental, embora esteja definido em termos genéricos, compreende que é para além da ausência do adoecimento mental.

As transformações da vida social incidem sobre a subjetividade dos indivíduos, ao afetarem profundamente as relações sociais, mas não de forma mecânica e linear. Existe um complexo emaranhado de mediações sociais, econômicas e culturais que organizam as consequências para a saúde mental e para a subjetividade humana. (GENTILLI, 2011, p. 216).

Nesse sentido a política de saúde mental que em súmula busca a promoção de direitos e a proteção à pessoa em sofrimento mental, e deve partir do entendimento de seus/suas usuários/as em sua integralidade, para além do adoecimento mental. A saúde mental enquanto sua integralidade visa um processo de prevenção, cuidado e reabilitação do ser social, que em seus determinantes encontram-se as relações com o meio, nesse sentido a família como parte integrante e fundamental na construção de vínculos, estabelecimento de relações sociais e produção de vida, deve ser reconhecida para além da responsabilização de provimento de cuidados, mas sim como uma das possibilidades de intervenção e empoderamento enquanto usuária da política de saúde mental.

2.2. O lugar que a família ocupa, antes e pós reforma psiquiátrica

Realizadas noções prévias a respeito do processo no qual se constituiu a saúde mental brasileira, propõe-se a discorrer acerca da família em face da responsabilidade de exercer o provimento dos cuidados em saúde mental. Cabe aqui ressaltar que o intento do *item 2.2* é apresentar o lugar da família no que concerne à saúde mental anterior e pós reforma psiquiátrica, de modo que é necessário realizar um resgate histórico enquanto apreensão dos papéis desempenhados e construídos, historicamente pela família em relação à saúde mental e o cuidado.

Refletir a respeito da família a objeto central deste estudo no que concerne o provimento de cuidados compreende entender o seu significado dentro do processo sócio histórico na composição da sociedade. Nesse sentido a família remete a “uma unidade de relações sociais, de vivências sócio afetivas que se estrutura em torno um sistema de códigos e categorias que estabelecem” (FAUSTO NETO, 1982, p. 22). A concepção acerca da família ao longo de sua

existência perpassa por diversas transições e modificações quanto a sua configuração, e representação.

Em relação às atribuições delegadas ao âmbito familiar “[...] essas também são históricas; foram se constituindo ao longo do tempo, e ganharam peculiaridades em cada formação socioeconômica”. Nas sociedades pré-capitalistas européias, o cuidado com o louco era remetido à família; na sua inexistência, o louco tornava-se uma questão pública, de justiça ou de deliberação do rei (CASTEL, 1978 *apud* ROSA, 2003).

Na realidade brasileira no período colonial quanto à provisão de cuidados em relação à pessoa em sofrimento mental, “as famílias mais abastadas, escondiam em casa seus doentes, em quartos próprios ou construções anexas” (RESENDE, 2011, p. 31), a época em questão meados do século XVI e XVII o modo de composição familiar “[...] funcionava como um núcleo composto pelo chefe da família (patriarca), sua mulher, filhos e netos, que eram os representantes principais; e um núcleo de membros considerados secundários [...]” (ALVES, 2009, p. 02).

Esse modelo familiar traz consigo as primeiras noções de hierarquia, moralidade, paternalismo, conservadorismo e o caráter de solidariedade entre sua parentela, às relações pautavam-se na dependência da ordem do patriarca, detentor de terras, onde o próprio estado esbarrava nos mandos do chefe da família. Aos loucos pobres sem família, quando pacíficos restava vaguear pelas cidades sem rumo, caso contrário ao se mostrarem agressivos eram detidos em cadeias públicas.

No período que compreende o século XIX, meados de 1830 “os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço de reclusão e tratamento” (AMARANTE, 1994, p. 74), de modo que a partir do reconhecimento da premência de intervenção a loucura se estabelece a criação do hospício Pedro II em 1852, conforme demonstrado no item 2.1 deste texto.

O tratamento através do modelo manicomial traz em si o isolamento e reclusão do louco, que acaba por ser destituído do convívio sócio família, nesse sentido, a família buscava a internação por inúmeras razões “a falta de recursos,

o temor da agressividade do alienado, ou mesmo a expectativa de cura parecem ter tido um papel importante para que esses indivíduos internalizassem a visão de que o hospício deveria ser o destino daqueles enfermos” (RIBEIRO, 2016, p. 1155).

Ao final século XIX com a proclamação de república, seguido de mudanças sociais, econômicas junto à emergência da urbanização e industrialização, “paulatinamente, a família patriarcal transforma-se, pela norma médica e pedagógica”, assim inaugura-se um novo código em relação à estrutura familiar, que toma o modelo conjugal. Esse período é marcado pela introdução da medicina científica acompanhada de práticas de cunho higienista através da implementação das colônias agrícolas, princípio terapêutico de profilaxia mental, realizado através do trabalho. Dentre os hospícios intitulados colônia, há o caso de Juqueri em São Paulo, que dentre os relatos contidos nos prontuários, discutia o âmbito das relações familiares junto ao seu doente, onde se expunha a insegurança referente à doença.

O alienismo, com sua postura radicalmente organicista nas primeiras décadas do século XX, criava para as famílias sentimentos contraditórios de vergonha e de alívio em relação aos seus loucos domésticos. A vergonha decorre da estigmatização da loucura — que vinha já de longa data —, aliada ao dado novo aduzido pelo organicismo: a suspeição que recaía sobre todo o grupo consanguíneo, ao qual se atribuíam processos degenerativos de natureza essencialmente hereditária, que tornava desejável o ato de escondê-la nos hospícios (CUNHA, 1986, p. 116).

Essa dualidade de sentimentos que acompanha as famílias encontra-se permeada de aspectos morais. Com o crescente processo de industrialização seguido de extensas jornadas de trabalho, além do estigma em torno do adoecimento mental, a família encontra na institucionalização do seu “louco” a resolução dos seus problemas. Nesse sentido a demanda referente ao provimento de cuidados do doente anteriormente encargo familiar é direcionada ao hospício.

[...] As novas condições impostas pela vida urbana — na qual a maior parte noviciava, e que fornece os principais contingentes de habitantes para o hospício — praticamente impossibilitam a busca de soluções alternativas, para a família, que não a do internamento: envolvidos pelo cotidiano novo e ameaçador da cidade, como cuidar e vigiar, atendendo às suas constantes necessidades de atenção é dedicação [...]. (CUNHA, 1986, p. 116).

Quando entregues ao hospício, gradativamente os vínculos entre família e doente, acabavam por romper-se, as visitas se tornavam escassas e com o passar do tempo inexistentes. Em meio isso quando a doença alcançava a condição de cura, ou de estabilidade, os internos “encontravam frequentemente dificuldades de acomodação na sociedade: a família desaparecera ou declarava expressamente não o querer de volta” (CUNHA, 1986, p. 119).

As colônias agrícolas transversalmente vão se reestruturando, e a partir do século XX através de Juliano¹⁶ Moreira, sofrendo modificações nas quais incorpora-se a atuação da psiquiatria brasileira discussões baseadas nos preceitos da corrente alemã que “[...] passa a explicar, não só a origem das doenças mentais, mas também muitos dos fatores e aspectos éticos, políticos, e ideológicos de múltiplos eventos sociais” (AMARANTE, 1994, p. 76).

Desta forma se impulsionam as práticas de caráter higienista e moralizador através da Liga de Higiene Mental - LBHM, que buscava direcionar os problemas que emergiam da sociedade à mesma, “os psiquiatras acreditavam que o Brasil degradava-se moral e socialmente por causa dos vícios, da ociosidade e da miscigenação racial do povo brasileiro” (COSTA, 1980, p.17 *apud* ROSA, 2011, p. 92).

Na década a seguir, período que compreende 1930 ocorrem mudanças no cenário brasileiro, na qual há a passagem de economia agroexportadora para o período industrial, esse processo se estabelece “[...] sob domínio do capital industrial, e teve como características principais a aceleração da urbanização e a ampliação da massa trabalhadora, em precárias condições de higiene, saúde e habitação” (BRAVO, 2000, p. 04), na área psiquiátrica são incorporadas aos asilos as técnicas de choque, lobotomia e eletroconvulsoterapia, além da intensificação das internações na década de 1940.

Nota-se que ao longo da história na qual se constitui a saúde mental brasileira, o papel da família sempre teve destaque quanto à sua responsabilização, de modo que “a proteção social no Brasil se configurou ao longo da história por um caráter fortemente familista” (MIOTO, 2009, p. 132).

¹⁶Psiquiatra e diretor da Assistência Médico Legal.

De modo que o lugar pertinente a família em relação à saúde mental, no período anterior a reforma psiquiátrica, ora toma o ofício de provedora de cuidados marcada pela vergonha, mantendo 'seu louco' recluso em domicílio. Em outro momento é considerada o lócus da doença de seu familiar pelas suas relações, até mesmo por fatores hereditários, sendo direcionada a buscar a internação como solução a algo que se apresenta irremediável.

A partir das “[...] mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, a desinstitucionalização e desospitalização, a família assume um papel de responsável pelo cuidado do familiar com sofrimento psíquico” (PRATES, 2017, p. 48). Dentro do modo de produção capitalista, onde o acirramento entre o capital e o trabalho acaba por incidir nas expressões da questão social, trazendo implicações na vida em sociedade, contraditoriamente à medida que ocorre a quebra com o modelo manicomial e são reconhecidos os modelos substitutivos de oferta em saúde mental, as famílias são responsabilizadas, tornando-se referência no que se refere ao provimento de cuidados.

Essa nova configuração trouxe desdobramentos importantes no contexto das relações sociais, e dentre eles destacam-se o processo de transferência para o interior das famílias de problemas e conflitos gerados no âmbito das relações de produção e a cruzada para a inclusão do ideal de uma nova família com funções e papéis claramente definidos (MIOTO, 2009, p. 132).

Esse processo em que as famílias passam a exercer os cuidados sob seus membros, traz a emergência de uma categoria denominada familismo, que segundo Alves e Miotto (2015, p. 209) “caracteriza-se pela máxima designação de obrigações a unidade familiar”, essa prática se evidencia na medida em que a proteção social no Brasil centraliza as suas ações na família. Miotto (2009, p. 141) afirma que esse movimento de supervalorização da família se desenvolve principalmente no âmbito das políticas sociais, pois está estreitamente ligado ao caráter neoliberal no qual se situam as relações econômicas em escala global, sendo desenvolvidas e disseminadas em diversos países de formas diversificadas.

A proteção social no país se inicia tardiamente através de ações pontuais em meados de 1980, período marcado pela transição política e agravamento das expressões da questão social. Contudo, a década seguinte os anos de 1990, estão marcados pela posição de retração dos investimentos do Estado nas políticas sociais, esse período é “[...] caracterizado, por um lado, pela tensão entre a afirmação de proposta de institucionalização da proteção social nos moldes definidos pela constituição de 1988 e a sua construção através da retratação do Estado” (MIOTO, 2009, p. 143).

Em outras palavras ao mesmo tempo em que se estruturavam o Sistema Único de Saúde - SUS, a proteção a crianças e adolescentes através do Estatuto da Criança e Adolescente - ECA e a Lei Orgânica de Assistência Social- LOAS se concebiam propostas voltadas a privatização e focalização da proteção social.

Essas ações demonstram o caráter focalizador das políticas sociais desenvolvidas no país, na qual em sua maioria direcionam suas práticas a segmentos da população mais vulneráveis, assim como centralizam a sua intervenção nas famílias. Isto se evidencia através da afirmação de Miotto (2009), pois no campo das políticas públicas que compõem o tripé da seguridade a família acaba por ter o papel centralizador na saúde através do Programa Saúde da Família (através da atenção básica- ESF's, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, etc.), na política de Assistência Social através das ações de matricialidade sócio familiar e programas de transferência de renda como o Bolsa Família. Dentro das discussões referentes à centralidade das famílias:

[...] enquanto a família, no campo da seguridade social, tem sido incorporada como um recurso fundamental no atendimento das necessidades humanas (principalmente na função de suprir o retraimento do Estado na garantia de direitos), no campo das políticas de conciliação entre trabalho e família, a inclusão parece ser diferente (MIOTO, 2015, p. 714-715).

À demanda por adoecimento mental manifestada pelo uso de álcool, outras drogas e outros fatores, expressa a situação de risco em que os usuários se encontram, as contradições expressas em sociedade, os desdobramentos do modo de produção. Machado (2013, p. 112) caracteriza as expressões da questão social, manifestas na vida dos/as usuários/as das políticas de saúde

mental de duas maneiras: material e cultural, pois “a maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde mental historicamente foi, e continua a ser composta por pessoas em situação de pobreza e miséria, com rupturas no mercado de trabalho” e essa ruptura com o mercado, cria o estigma de falta de capacidade, gerando a exclusão dos indivíduos da sociedade.

Assim o/a usuário/a em sofrimento mental, encontra-se imerso em um emaranhado de manifestações da questão social, na qual a pobreza se explicita, ao não ingresso no mundo trabalho bem como, pela necessidade de benefícios como forma de prover o seu sustento, sendo este muitas vezes o provedor de si e sua família. Rosa (2001, p. 343) Traz que “o sofrimento mental provoca deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência do grupo”, onde a família por desconhecimento e até mesmo por negação, não reconhece o seu familiar como alguém em sofrimento mental.

Essa negação na maioria das vezes está atrelada a condição de estranhamento e preconceito, com que os/as usuários/as em acompanhamento pela política de saúde mental e conseqüentemente suas famílias são vistas pela sociedade. Outro fator que se expressa, quanto à discussão dos rebatimentos do sofrimento mental na vida dos familiares e usuários/as da política da saúde mental é o processo de preconceito da sociedade em relação à família dos/as usuários/as com transtornos mentais e o desconhecimento sobre o assunto transtorno mental, o que faz contribuir para o isolamento da família do convívio social (VASCONCELOS, 2006).

Todos os tipos de exclusão tornam-se aparentes, tanto em relação aos usuário/a com transtorno mental, como da família manifestando-se nas próprias relações familiares, onde o cuidado se estabelece pelas relações de gênero no provimento do cuidado, sendo principalmente desempenhado pela figura feminina (SATIN; KLAFKE, 2011, p. 152) o provimento de cuidado para familiares é uma questão de gênero historicamente produzida e mantida pela sociedade que vê na mulher uma cuidadora por excelência, tanto para familiares adoecidos ou não.

Outro aspecto a considerar no contexto familiar, é que o processo de cuidado junto aos usuários/as com algum tipo de transtorno mental implica ao

cuidador/a, uma sobrecarga emocional e de tempo, situações que podem em muitas situações limitar os/as responsáveis aos cuidados de inserir-se no mercado de trabalho, o que contribuir em certa medida para a condição de vulnerabilidade econômica. (PEREIRA, 2002).

Nessa perspectiva de busca pela identificação das expressões da questão social, bem como os rebatimentos do adoecimento mental na vida dos familiares dos/as usuários/as em acompanhamento pela política de saúde mental, tornam-se fundamentais para uma elaboração crítica da realidade e a capacidade de formular estratégias a fim de responder as expressões da questão social da qual emergem. De acordo com Satin; Klafke (2011, p. 152) para atenuar a sobrecarga familiar e atingir o cuidado em saúde mental como prevê pela Reforma Psiquiátrica, torna-se fundamental que se construa uma rede de cuidados, onde não seja só de responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas sim de compor todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada. As famílias no âmbito aos cuidados dos/as usuário/as em sofrimento mental expressam em suas relações diferentes rebatimentos das expressões da questão social, que se manifesta a partir do adoecimento mental, sendo este desencadeado pelos processos de exploração do capital, no qual como ser social em movimento, torna-se inerentes a essas determinações.

Assim há a necessidade de buscar a compreensão da complexidade e diversidade enquanto organização “[...] e as particularidades que emergem da condição de classe social e das relações de gênero e de geração, bem como da singularidade relativa a questões étnicas e culturais [...]” (GUEIROS, 2010, p. 129), trazendo a possibilidade de ainda no processo de formação e intervenção profissional a aproximação com a realidade e complexidade das famílias, sendo este um campo fértil da reprodução das relações sociais.

3. ANÁLISE DE DADOS: PERCEPÇÕES ACERCA DA REALIDADE DOS/AS USUÁRIO/AS E SUAS FAMÍLIAS ACOMPANHADOS/AS PELA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SÃO BORJA

Realizadas considerações no que concerne o campo da saúde mental, dispostas no *capítulo 2. Saúde Mental – Reflexões Necessárias* através de uma breve reconstrução histórica, abordando aspectos gerais quanto à elaboração e constituição de práticas e saberes em saúde mental. Em como no que pertence o cenário brasileiro enquanto aos processos de constituição do cuidado em saúde mental, anterior e pós reforma psiquiátrica e lugar de pertencimento da família na política de saúde mental.

Tem-se disposto ao longo deste capítulo os resultados obtidos e a análise de dados, materializados a partir do processo de pesquisa de campo, de cunho qualitativo exploratório, concebida com o intento de responder o problema de pesquisa: *Quais os rebatimentos dos processos de adoecimento mental, na vida dos/as familiares de usuários/as acompanhados/as pela política de saúde mental em São Borja?*

Nesse sentido a fim de responder o problema de pesquisa esboçou-se as seguintes questões norteadoras: a) Quais expressões da questão social se expressam a partir dos rebatimentos na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental? ; b) Como se caracteriza a oferta de serviços pela política de saúde mental no município de São Borja? ; c) Como se dá às relações de convívio entre usuários/às e familiares acompanhados pela política de saúde mental?

3.1. A oferta de serviços em saúde mental no município de São Borja

A partir do movimento político e social denominado reforma psiquiátrica, os conceitos de atenção em saúde mental passam por ressignificações, havendo o reordenamento enquanto a oferta em saúde mental, nesse sentido os novos moldes de atenção propõem a quebra com o modelo asilar e a gradativa substituição de hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos de oferta em saúde mental.

Esse novo cenário no qual se inscreve a saúde mental traz em si, o reconhecimento da pessoa em sofrimento mental a condição de sujeito de direito. As práticas de atenção antes pautadas na segregação, exclusão e isolamento deslocam-se a “[...] atenção psicossocial interdisciplinar no território, com serviços abertos, universais, de fácil acesso, inspirados na perspectiva de conquista dos direitos humanos e da cidadania de seus usuários e familiares [...]” (VASCONCELOS, 2016, p. 37).

Nesse sentido a urgência do movimento no qual se constituiu a reforma psiquiátrica, traz um novo paradigma quanto ao provimento de cuidados a pessoas em sofrimento mental. A proposição de um novo olhar acerca da saúde mental transporta a noção de sujeitos em sua integralidade, diante disso aponta avanços significativos quanto às noções de exercício cidadania, sociabilidade e produção de vida.

Dentre os avanços forjados pela reforma psiquiátrica, amparada na Legislação Nº 10.216, de 06 de abril de 2001, localiza-se a criação de serviços substitutivos de atenção em saúde mental ao modelo hospitalar manicomial regulados pelo SUS - Sistema Único de Saúde, através da portaria no 336/GM de 19/02/2002 e portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Conforme as atribuições legais da oferta de serviços em saúde mental, a abertura dos dispositivos de atenção fica estabelecidas através do primeiro artigo da portaria no 336/GM de 2002, mediante as modalidades CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II, e CAPS ad II, conforme quadro 02 a seguir.

Quadro 02 – Modalidades de Centros de Atenção Psicossocial

CAPS I	CAPS II	CAPS i II	CAPS ad II
Capacidade operacional de atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.	Capacidade operacional de atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.	Serviço de atenção psicossocial a crianças e adolescentes, Atendimento em municípios com população em torno de 200.000 habitantes.	Usuários/as com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Atendimento em municípios com população superior a 70.000

Fonte: Ministério da Saúde (2002). Sistematizado pela autora (2019).

Os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS em suas diferentes modalidades configuram-se como pontos estratégicos de atenção em caráter aberto e comunitário as pessoas em sofrimento mental incluindo aquelas nas quais a demanda decorre do uso de crack, álcool e outras drogas estabelecidos pela RAPS¹⁷- Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2015).

Esses serviços oferecem atendimento de forma territorializada (área de abrangência de usuários e comunidade), o território é compreendido “fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco etc.)” (BRASIL, 2004, p. 11), ou seja, a territorialização compreende muito mais que o simples território, mas sim as relações que se constituem nos espaços onde esses/as usuários/as transitam.

Os CAPS constituem-se como espaços de referência quanto à oferta de serviços a pessoas em sofrimento mental de diferentes graus, sendo estes severos ou persistentes. Possuindo como objetivo “o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis” (BRASIL, 2015, p. 13), a reabilitação social, “é visada pelos estabelecimentos psiquiátricos alternativos em suas várias formas de expressão”(BISNETO, 2011, p. 191), pois não basta somente a inserção de usuários/as no dispositivos de atenção, mas sim o entendimento dos sujeitos enquanto a sua integralidade, sua subjetividade, o seu modo de percepção e expressão das suas vivências em sociedade, partindo para além do sintoma/doença.

É importante destacar que os CAPS devem “oferecer diferentes tipos de atividades terapêuticas, esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado clínica ampliada”, o trabalho pressupõe o acompanhamento terapêutico, através de atividades individuais e em grupos (BRASIL, 2004, p. 17).

¹⁷A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (MDS, 2013, p. 01).

Ao iniciar o acompanhamento na instituição é esperado que cada usuário/a tenha sua situação avaliada pelas equipes e em conjunto possam estabelecer o plano terapêutico individual, que pode e deve ser revisado sempre que necessário este plano constitui o conjunto de atendimentos para atender individualmente respeitando a particularidade de cada usuário/a, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades “a depender do projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02” (BRASIL, 2004, p. 16), atendimento de forma Intensiva, semi-intensiva e não-intensiva.

A oferta do cuidado em saúde mental para além da instituição dos CAPS estrutura-se através dos diferentes níveis de atenção expressas por nível de complexidade, baixa, média e alta. Onde o “desenho da assistência prevê que em cada nível de atenção estejam circunscritas certas ações, definindo, assim, determinadas práticas” (DAMOUS; ERLICH, 2017, p. 918). Nessa direção as ações concentram-se dispostas em níveis de atenção conforme a instituição da Portaria nº 3080/2011, ordenados em atenção primária, secundária, terciária e quaternária, apresentando como objetivo o alcance do cuidado de modo ampliado.

O nível primário compreende ações de promoção, prevenção e proteção, essencialmente organizadas através dos ESF's e ações Do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família, o nível secundário possui suas ações pautadas na oferta de serviços através dos dispositivos especializados em saúde mental, o nível terciário abrange a internação, hospitalização e o quaternário que compreende as práticas de reabilitação (DAMOUS; ERLICH, 2017).

No que tange a realidade do município de São Borja, conforme o documento denominado Plano Plurianual 2018-2021 – PPA, a oferta em saúde mental ocorre somente através do CAPS I e CAPS AD III. Sendo os serviços do CAPS I, destinados a pessoas em acometimento mental grave e persistente e CAPS AD III destinados a pessoas com necessidades decorrentes do álcool e outras drogas (SÃO BORJA, 2017). Nesse sentido, diante os impasses encontrados no Plano Plurianual de São Borja (2018-2021), onde não há o desenho da rede de atenção de oferta em saúde mental, elaborou-se a identificação da rede em saúde mental do município com base na portaria nº

3080/2011 e demais documentos utilizados na coleta documental, através do quadro 03 a seguir:

Quadro 03 – Composição das instituições da rede de Saúde Mental em São Borja, identificadas pela pesquisa, segundo níveis de atenção.

Nível de atenção	Instituição	Oferta de serviços
Atenção Primária	ESF's- Estratégia de Saúde da Família.	Acompanhamento às famílias; referenciadas;
	NASF I- Núcleo de Apoio a Saúde da Família.	Matriciamento dos ESF's; Grupos de orientação;
Atenção Secundária	CAPS I Dr. Caio Escobar Usuários/as do serviço: Qualquer pessoa que apresenta algum tipo de sofrimento psíquico.	Grupos familiares; Visitas domiciliares; Psicoterapia individual e em grupo; Atendimento de enfermagem; Administração de medicamentos; Oficinas terapêuticas; Atendimento domiciliar;
	CAPS AD III São Borja Usuários/as do serviço: Pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Também são realizados atendimentos à população prisional, encaminhamentos do judiciário e Conselho Tutelar.	Atendimento de Enfermagem; Administração de medicamentos; Psicoterapia Individual; Grupos Terapêuticos; Orientação para os Familiares; Visitas domiciliares; Atendimento médico (psiquiátrico e com clínico geral); Oficinas Terapêuticas;
	Urgência e Emergência Hospitalar - Hospital Ivan Goulart Usuários/as do serviço: População em sofrimento mental ocasionado ou não por álcool e outras drogas.	Atendimento em situações de urgência e emergência hospitalar; Serviço de atendimento de urgência e emergência 24 horas, a maioria do público atendido pelo centro é referenciado pela RAPS;
Atenção Terciária	Centro de Regional de Atenção Integral à Saúde Mental - CRAISM Usuários/as do serviço: Indivíduos em sofrimento mental ocasionado ou não por álcool e outras drogas em São Borja, região e demais municípios do estado do RS através da regulação de leitos que é executada pelo do setor de internação.	Tratamento hospitalar. Quando se trata de sofrimento mental agudo/crônico que necessite de internação em hospital geral, o/a usuário/a é referenciado/a ao CRAISM.
	Comunidade Terapêutica Francisco Xavier	Tratamento de pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, em sistema de internação em sistema de fazenda.

Fonte: Sistematizado pela autora (2019).

Ainda, com relação aos serviços identificados é importante destacar que os serviços são ofertados em horário comercial – entre as 8 horas da manhã e às 17 horas da tarde, com exceção dos equipamentos que oferecem sistema de plantão e internação.

Embora o documento que estabelece o Plano Plurianual (2018-2021) do município não considere a composição dos serviços acima elencados enquanto rede de saúde mental é importante destacar e considerar o grupo de instituições na medida em que todos estes equipamentos e serviços tem como pressuposto a atenção em saúde coletiva, e oferecem algum tipo de atendimento, suporte nos casos de saúde mental.

É imperioso destacar que em termos de atendimento especializado os CAPS são os espaços que tem um papel fundamental, contudo, entende-se que não são, e não devem ser os únicos serviços responsáveis pela demanda de acolhida e cuidado em saúde mental no município. Nesse sentido entende-se que a rede se conforma pelos serviços observados no quadro 03 e pela rede primária englobando os sujeitos das relações mais privadas da vida dos/as usuários/as dos serviços de saúde mental.

Em relação aos serviços ofertados no âmbito da saúde mental no município de São Borja, observa-se que o ingresso na política de saúde mental em sete dos/as oito usuários/as entrevistados deu-se mediante busca direta aos pontos estratégicos de atenção CAPS I e CAPS III e CRAISM- Recomeçar, conforme expressões dos/as entrevistados/as:

Fui direto para o CRAISM, tomei a medicação direto até melhorar, e depois de alguns dias de eu ter ficado lá, eu vim para cá. Contínuo fazendo o tratamento faz mais de meses, uns dois meses agora, eu estou bem aqui, mas o que acarretou eu parar aqui foi essa crise [...] (Usuário B).

Já participava, eu vinha por causa da minha irmã, e muitas vezes quando abriu aqui eu vinha trazer ela, não ficava aqui, então houve essas mudanças da vida, depois ela começou a não vir mais, eu consultei com a Ivete e ingressei aqui [...] (Usuário C).

Eu entrei várias vezes por compulsória por causa do meu pai (CRAISM) [...] (Usuário D)

[...] Minha mãe me internou em sete fazendas, faz vinte e dois anos que eu frequento o CAPS AD quando ele era cuca legal, para eu não morrer venho nos tratamentos, agora faz menos de quatorze dias, depois eu vou para fazenda [...] (Usuário E).

Ele começou frequentando a APAE¹⁸ e depois quando ficou grande, passaram ele para o CAPS quando fez dezoito anos (Usuário G).

Diante os relatos dos/as usuários e suas famílias, fica evidente o ingresso a rede de atenção de saúde mental mediante o agravamento do adoecimento mental, caracterizadas “crises”, recorrendo diretamente aos serviços de nível secundário e terciário. Partindo do entendimento, que os CAPS compõem a rede de atendimento de saúde mental, como dispositivos especializados dispendo como atribuição a inserção de pessoas em adoecimento mental, através “de ações intersetoriais e regulação a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica” (SCHEFFER; SILVA, 2014, p.367).

Conforme Portaria nº 3080/2011 art.6º a atenção básica configura-se como um ponto de atenção das RAPS, configurando-se como:

[...] serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Cabe aqui a problematização acerca da atenção primária no município de São Borja já que é prevista na RAPS no art.5º inciso I, na qual a rede de atenção psicossocial apresenta como parte constituinte a “atenção básica em saúde” (BRASIL, 2011). Nesse sentido a atenção básica deve ser reconhecida como um ponto significativo em relação ao desenvolvimento de ações voltadas à prevenção, promoção em saúde mental, pois é no seu interior que acontece o primeiro contato das famílias usuárias com os serviços de saúde, através dos ESF's- Estratégia de Saúde da Família e NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família, constituindo-se como “um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso

¹⁸APAE – Associação De Pais E Amigos Dos Excepcionais.

abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico” (MDS, 2005, p. 33).

A busca pela identificação da rede de serviços de atenção em saúde mental através da coleta documental evidencia o desconhecimento da política de saúde mental do município quanto o entendimento da RAPS, onde não há um desenho da rede de acordo com Portaria nº 3080/2011.

Os serviços descritos conforme o Plano Plurianual aponta a oferta em saúde mental somente pelos dispositivos especializados CAPS I Dr. Caio Escobar e CAPS AD3. No entanto no mesmo documento encontra-se prevista atenção básica dentro dos serviços de saúde, estruturada por quatorze equipes de ESF's- Estratégia de Saúde da Família e equipe de apoio NASF (SÃO BORJA, 2017).

Nesse sentido apesar dos ESF'S e NASF contarem como serviços na documentação onde os dados foram coletados, não estão relacionados à saúde mental, assim como a acolhida às famílias em saúde mental nos serviços de atenção básica conforme o PPA 2018-2021 do município de São Borja.

A partir dos dados coletados mediante levantamento documental e entrevista semiestruturada, emerge a fragilidade em termos de acolhida das famílias acompanhadas pelos serviços de saúde mental do município de São Borja. A rede de serviços expressa no PPA de São Borja 2018-2021, consta a oferta em saúde mental do município unicamente pelo CAPS I e CAPS AD3, e essa conformação se expressa na fala dos/as entrevistados/as quando da acolhida, que ocorre pela via de inserção nestes serviços.

O CAPS I tem como oferta visitas domiciliares, psicoterapia individual e em grupo, atendimento de enfermagem, administração de medicamentos, oficinas terapêuticas e grupos familiares (SÃO BORJA, s.d.). Nenhum é direcionado diretamente às famílias, sendo que destes apesar do grupo familiar constar como um serviço, no procedimento de coleta de dados foi revelado através do relato de familiares que encontravam-se desativado em processo de retorno no mês de setembro devido ao setembro amarelo "e agora tem as reuniões eu acho bom a gente fica sabendo das coisas, essa semana tem e vão falar do setembro amarelo" (Família G).

Para além da identificação da rede através da coleta documental, como meio de verificação da oferta de serviços destinados às famílias em saúde mental elencou-se uma questão do (apêndice A) na qual se indaga quais os tipos de acompanhamento, são oferecidos pelo serviço às famílias. Nesse sentido, identificou-se o desconhecimento por parte da família na qual quando questionada, aponta os serviços direcionados aos/as usuários/as dos/as quais provém o cuidado enquanto seus.

Diante isso o dado referente à oferta de serviços as famílias no CAPS I pode ser observado nos relatos: oficinas, remédio, consultas, terapia, tudo lá, a gente pega a receita lá e pega (Família F); ele tem a terapia, a medicação, as atividades os médicos, psicólogo e a assistente social, todos o acompanham, têm o transporte (Família G).

O desconhecimento da família em identificar o direcionamento de serviços que ultrapassem a centralidade na doença do/a usuário/a, assim como dos próprios serviços, demonstram que "a carência de suporte institucional não permite que elas sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento [...]" (NOGUEIRA; COSTA, 2001, p. 06).

Outro indício que reitera a visão acerca do lugar da família na saúde mental, como agente passivo e responsável pelo provimento de cuidados, é o relato dos/as entrevistados/as diante a questão: Quais os tipos de acompanhamento você recebe do serviço de saúde mental? "olha eles receberam a medicação, tem as consultas lá dentro, as oficinas e os grupos tiveram a desintoxicação" (Família H).

O/a familiar entrevistado/a, usuário/a dos serviços de saúde mental através do hospital geral ofertados pelo CRAISM traz na sua fala novamente, os serviços destinados aos/as usuários/as a quem acompanha como seus. Essa visão desconhecimento vem ao encontro dos dados obtidos no processo de coleta documental nos serviços de oferta em saúde mental do município (CAPS I Dr. Caio Escobar, CAPS AD III e CRAISM), no qual as famílias não são reconhecidas como usuárias que necessitam de acolhimento.

No interior da política de saúde mental as famílias exercem um papel fundamental enquanto fortalecimento de vínculos, pertencimento, sociabilidade

dos/as usuários/as em adoecimento, no entanto o lugar no qual as famílias são colocadas na saúde mental explicita a responsabilização pelo provimento do cuidado, onde a acolhida destes encontra-se fragilizada ou é inexistente.

A inserção da família também se constitui como uma dinâmica singular, na qual esse relacionamento deve apoiar-se na desconstrução da idéia de estar só no enfrentamento do sofrimento psíquico, integrando, acolhendo, cuidando e incluindo os atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida: trabalho, lazer, moradia entre outros (SCHARANK; OLSCCHOWSKY, 2008, p. 133).

Nesse sentido, percebe-se que as ações enquanto acolhimento das famílias usuárias acompanhadas pelos serviços de saúde mental do município, quando realizadas, encontram-se relacionadas aos grupos familiares. A utilização dos grupos como meio de acolhimento das famílias pode oferecer um espaço de fala e apoio acerca das suas vivências, demandas e forma de exercício de sua cidadania.

Rosa (2005, p. 211) aponta, resgata a portaria como norteadora para o trabalho com as famílias no campo da saúde mental, a autora refere, que “o que está apontado explicitamente na portaria é o conteúdo mínimo que o serviço tem que trabalhar com a família”, o que pela coleta de dados na realidade local não vem ocorrendo. A acolhida às famílias se faz necessária à medida que às relações dos/das usuários/as, majoritariamente estão centradas em suas famílias, o que acaba com a exclusão de ambos nessa relação de interdependência.

Assim torna-se imprescindível por parte dos serviços, buscar formas de acolhimento as famílias usuárias, compreendendo a diversidade quanto "suas formas de organização e as particularidades que emergem da condição de classe social e das relações de gênero e de geração, bem como da singularidade relativa a questões étnicas e culturais [...]” (GUEIROS, 2010, p. 129).

Outro aspecto manifesto conforme as expressões dos/as entrevistados/as é a noção de pertencimento enquanto sujeitos usuários da saúde mental, “o indivíduo não faz parte de uma comunidade, mas de múltiplas; sua identidade se expressa neste conjunto de pertencimentos” (SALLOS; BARROS, 2013, p. 2130). Nisso os serviços de saúde mental constituem-se

como um espaço de reconhecimento e sociabilidade de vivências entre usuários/as, explicitados nos relatos a seguir:

Se não fosse o tratamento pelo serviço eu não teria suportado não, como já tentei o suicídio quatro vezes, provavelmente eu tentaria até conseguir, sem sombra de dúvidas, eu ia tentar até conseguir, se eu não tivesse o suporte daqui, só lá eu não iria longe não (Usuário A).

[...] sempre disponíveis se precisar conversar elas vão estar sempre ali para te ajudar, é muito bom que tem isso aí é um suporte, no momento em que tu tá se sentindo mal, tem dias que eu chego aqui meio em crise, chego aqui e peço para conversar com alguma delas e aquilo ali ajuda a acalmar (Usuário A).

Eu consulto com a psicóloga, psiquiatra, tenho apoio da assistente social, eu encontro o amor que estava ausente assim nas pessoas, participo da terapia, encontrei companheiros porque o mundo pode até não me enxergar porque para ele eu sou invisível, e paras as pessoas que estão sãs na vida [...] (Usuário C).

Muda porque o que acontece, eu vou ver o CAPS, como se fosse uma obra de sentimento, de união, que as pessoas vão se achar e falar agora não, eu posso ir para lá, eu posso ir para casa, encontrar as partes que faltam [...] (Usuário C).

Assim depois que eu vi o bem que faz por mim, estar aqui, conversar com as pessoas, cada dia eu vejo experiências diferentes, conheço vidas diferentes, situações diferentes, isso me motiva mais [...] (Usuário D).

Nota-se a partir das colocações dos/as usuários/as, a importância dos dispositivos de atenção em saúde mental, em relação a troca de experiências sobre o adoecimento, suas formas de gerir a vida, bem como a criação de laços. Para além do pertencimento outra percepção que se evidencia é o sentimento de apoio que os/as entrevistados/as apresentam: “Sinceramente eu nunca mais vou me desligar do CAPS, porque é o que salvou a minha vida, foi através daqui” (Usuário E); “A gente sempre precisa onde a gente tem apoio, eles tão sempre pronto, qualquer problema, o CAPS é tudo” (Família F).

Esse sentimento de apoio traz em si, uma dualidade quanto o papel dos serviços, ao mesmo tempo em que traz a sensação de amparo, reitera a noção de institucionalização manifestada na fala do/a entrevistado/a - usuário E, em relação à permanência na instituição. Nesse sentido ao analisar os serviços de saúde mental do município de São Borja observou-se que há uma dificuldade de romper com as práticas de institucionalização, à medida que dos/as oito

entrevistados/as, quatro sendo estes dos CAPS, mantém vínculo com a instituição a um período que compreende cerca de cinco, oito e até quinze anos.

A cada dia que ocorre o aumento de usuários/as que frequentam os dispositivos especializados em saúde mental os CAPS, torna-se necessário refletir sobre a construção de alternativas, de outros projetos de produção de vida independentes dos serviços, assim como esquivar-se das práticas tutelares sem desassistir, assim como a criação de fluxos de atendimento que possam efetivar a rede de assistência (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Outro elemento que reforça essa percepção enquanto pertencimento, apoio e institucionalização é a fala do/a entrevistado/a - usuário D, frente o questionamento: Como você avalia a sua vida fora dos de saúde mental?

Conseguir eu conseguiria, fazendo tratamento, mas não me vejo aqui tem as pessoas que eu gosto pessoas que eu sei que se eu precisar eles estarão dispostos a me ouvir, eu posso conversar 3 horas com uma psicóloga ou um psiquiatra, mas uma pessoa em 1º minutos que passa o que eu estou passando, que tem o mesmo problema que eu e procurando ficar em sobriedade aqui é o lugar, eu me reconheço em outras pessoas, eles tem a vivencia, então não tem eu ficar conversando só com os meus pais, eu gosto da quinta por causa dos grupos (Usuário D).

Nisso ocorre à institucionalização dos dispositivos CAPS, que se por um lado a institucionalidade torna-se necessária a fim do reconhecimento destas instituições, corre o risco de legitimar as práticas de institucionalização crônica e cronificada, reproduzindo a antiga lógica manicomial (AMORIM; DIMENSTEIN, 2009).

Ainda no que tange as relações dos/as usuários e famílias acerca dos serviços de oferta em saúde mental. Quanto à percepção dos serviços ofertados pelo hospital geral CRAISM, manifestam-se processos de medicalização, institucionalização, manicomialização, expressos nos relatos a seguir:

[...] Tu é o cara que mais toma lítio da cidade, bem assim, porque eu tomava seis comprimidos por dia, aí o que a doutora [...] receitou comprimido de lítio pela manhã e outro a noite, e eu digo assim, que eu consegui recuperar, antes disso eu tinha uma confusão mental, depois que tiraram essa quantia eu sinto que recuperei minha forma de pensar, lá atrás era uma confusão, sabe, uma confusão mental que eu vou te contar uma coisa [...] (Usuário B).

[...] Ai eu cheguei lá e disse para ela, doutora se me der uma coisa, uma crise como vai ser, a senhora vai me dar suporte, não, eu não sou médica de hospital, eu sou médica de consultório, o negócio é o seguinte se te der uma crise tu vai baixar hospital e vão te dar uma injeção na veia e tu vai voltar para casa, ai eu pensei estou ferrado (Usuário B).

[...] Lá no hospital a gente fica vegetando, fica quatro, cinco dias sem saber o que tu é não sabe o que acontece, tu achas que chegou num dia e está há três dias, passa aquele efeito e acarreta na ansiedade, naqueles cantos, trancado por grades. Lá é um inferno, dizem que é para o bem da gente, eu posso até acreditar, no bem da família que sabe que tu não está usando droga, não está correndo risco de vida, mas é um desespero, pânico, raiva que gera dentro de uma pessoa, lá é desespero (Usuário D).

Ele esteve internado no mês passado, assim quando dão às crises eu tenho que levar para internar, quando ele começa a ficar assim, a sair fora “casinha” eu tenho que levar, já mandou baixar imediatamente (Usuário G).

Os relatos acima transportam a noção da lógica manicomial, à medida que são reconhecidas alterações dos/as usuários/as, refletindo imediatamente na internação dos/as mesmo/as. Ainda quanto pratica revisitada, a lógica hospiciocêntrica que permeia os serviços ofertados pelo CRAISM, há a administração da medicalização exacerbada descrita pelos/as entrevistados/as – usuários B e D, assim como o cerceamento de liberdade, segregação das pessoas acometidas pelo adoecimento que no interior do CRAISM encontram-se trancadas a chave.

Diante os dados obtidos através da coleta documental, somados a percepção dos/as usuários/as acerca dos serviços ofertados pela política de saúde mental do município através da pesquisa de campo, infere-se que:

- Há o desconhecimento enquanto o arranjo da Rede de Atenção Psicossocial instituída pela Portaria nº 336/2002 e Política de Saúde Mental;
- Há uma fragilização da rede de atenção básica, sendo que se constitui como um ponto significativo enquanto à prevenção, promoção em saúde mental;
- Em termos de acolhida as relações entre os serviços e as famílias acompanhadas pela política de saúde mental, encontram-se fragilizadas ou inexistentes;

- Os dispositivos especializados em saúde mental os CAPS, constituem-se como um espaço de reconhecimento e sociabilidade de vivências entre os/as usuários/as;
- Os serviços de oferta em saúde mental ainda reiteram a lógica asilar/manicomial, através da medicalização, centralização no fator saúde/doença, internação, reclusão etc.;

3.2. Relações de convívio entre usuários/as e familiares acompanhados pela política de saúde mental do município de São Borja.

Reconhecida a importância da família como parte integrante no âmbito das relações de cuidado em saúde mental, na qual “toda pessoa com transtorno mental bem como sua família estão localizados e datados historicamente” (ROSA, 2011, p. 323), a complexidade da vida de cada sujeito acaba por ser afetada a partir do adoecimento mental.

Tais expressões acontecem de modo universal, porém os impactos se estabelecem de modo desigual, na vida de cada um dos sujeitos que vivenciam os processos, pois possui a sua singularidade, sua história de vida, sua visão de mundo. Nesse sentido a fim de apreender como se dão as relações de cuidado entre famílias e usuários/as acompanhados pela política de saúde mental no município de São Borja, elencou-se a seguinte questão norteadora: Como se dá às relações de convívio entre usuários/as e familiares acompanhados pela política de saúde mental?

Em relação à população investigada, temem sua composição famílias e usuários/as acompanhados pela política de saúde mental do município de São Borja, que são atendidos pelos serviços CAPS I, CAPS AD III e CRAISM. É importante salientar que no grupo que se dispôs a participar da pesquisa não há uma relação direta entre os/as usuários/as e familiares, logo, cada entrevistado seja familiar ou usuário/a corresponde a um grupo familiar distinto o que amplia o escopo de realidades familiares investigadas.

Quanto ao quantitativo de famílias alcançadas, chegou-se a um número final de oito entrevistados/as, sendo estas cinco pessoas acompanhadas pelo

CAPS I, 02 pelos serviços do CAPS AD III e 01 pelo CRAISM. Os dados obtidos através da pesquisa de campo de cunho qualitativo apresentam o gênero feminino como o responsável por provedor dos cuidados à pessoa em sofrimento mental. Dos oito usuários/as acompanhados/as pelos serviços de saúde mental do município entrevistados/as, cinco relatam o cuidado provido por integrante familiar do gênero feminino.

Outro aspecto relevante na configuração das famílias é questão da renda familiar. A renda comparada ao número de integrantes das famílias aponta para um baixo rendimento mensal, ficando entre menos de um salário até no máximo três salários mínimos por grupo familiar. A renda menor que um salário foi relatado por dois dos oito entrevistados/as, constituindo-se como única renda de famílias com arranjo composto por dois integrantes e arranjo unipessoal. O rendimento de até três salários ou mais foi descrito por duas famílias compostas por quatro e cinco integrantes¹⁹, que será aprofundado no item seguinte do estudo.

A família ou famílias, termo utilizado a fim de simbolizar a vasta gama de arranjos familiares atuais, na qual “[...] ao longo da história, assim como cotidianamente vem se construindo e reconstruindo através das relações que estabelece entre seus membros e entre seus entes, e outras esferas da sociedade [...]” (CUNHA, 2017, p. 05).

Diante essas relações, se inscreve o papel da família enquanto responsável, pela proteção e provimento de cuidados de seus/suas integrantes, expressa através no modo no qual é concebido o sistema e proteção social brasileiro.

Em relação às funções da família, essas também são históricas; foram se constituindo ao longo do tempo, e ganharam peculiaridades em cada formação socioeconômica. Na sociedade capitalista, essas funções vão desde a reprodução biológica, material, à reprodução social de seus membros, como a manutenção da estrutura familiar e da sociedade, além de ser também o lócus da estrutura psíquica do indivíduo, como espaço de geração de afeto, cuidado, segurança, sentimento de pertença, de grupo, espaço de solidariedade primária. Todavia, como já ressaltado, é também espaço da hierarquia, da

¹⁹Referente às demais configurações de renda percebidas no estudo, encontram-se dispostas da seguinte forma: de oito famílias, duas recebem mais que um salário mínimo e meio; uma de oito famílias recebe um salário mínimo; uma de oito famílias recebe dois salários mínimos ou mais.

autoridade, da dominação pela idade e sexo; logo, espaço de conflitos e relação de forças, de luta pelo poder (TEIXEIRA, 2008, p. 10).

Entende-se que a relação entre família e o cuidado, no processo no qual se constituiu a saúde mental brasileira, encontra-se permeada pela responsabilização ao núcleo familiar sobre os seus membros em sofrimento mental. Invocando o papel familiar no processo de adoecimento, ora enquanto provimento de cuidados, ora agente causador do adoecimento de seu/sua integrante. Nesse sentido a realidade pós reforma psiquiátrica brasileira, reitera à atribuição do cuidado a família, os sujeitos adoecidos antes segregados nos espaços asilares, gradativamente passa pelo processo de desinstitucionalização retornando a responsabilidade de sua tutela para o interior da família.

A partir dos dados coletados emergem os processos de responsabilização a qual as famílias são submetidas. Dentre as falas dos/as entrevistados/as manifestam-se as questões de gênero, “o conceito de gênero e das relações de gênero é utilizado no sentido de dar ênfase ao caráter social, cultural e relacional das distinções baseadas no sexo” (CISNE, 2012, p. 51), no qual dos/as oito entrevistados/as cinco relatam o cuidado ao seu familiar adoecido/a atribuído às mulheres.

Como é que eu digo meu deus à gente tem que cuidar seja ruim, ou seja, bom, fazer o que né, não é fácil eu sei o que a gente passa, eu pensava será que vou conseguir na minha idade já, eu não dormi quatro meses cuidando dela, todo mundo tinha medo, meu deus e agora, só eu mesmo, mãe é mãe [...] (Família F).

Não responsável eu sou, sempre tive com ele desde que ele nasceu, acho que bem [...] porque como eu disse tem mães que abandonam não aguentam eu me viro, por que só eu para me virar, tudo eu, e para os outros também sou eu (Família G).

Como que eu vejo a responsabilidade de cuidar ele, eu vejo que eu sempre estou em volta deles, assim sempre alertando, os medicamentos na hora certa, e a gente conversando. Eu comecei a frequentar os grupos e estudar muito, me aprofundando, para entender e pode dar apoio para eles (Família H).

Nota-se que na fala das famílias (F, G, H) compostas por mulheres e seus filhos, na qual mulher é a principal responsável pela chefia da casa, às relações de convívio são marcadas pela responsabilidade de prover os cuidados,

tornando-se explícita pela simbologia historicamente construída acerca do gênero feminino e a condição de mãe. Essa relação onde a mulher desempenha o papel de cuidadora foi construída histórica e ideologicamente, no século XVIII a partir da instituição da sociedade burguesa, se expressa aprofundamento da divisão de gênero no mundo do trabalho, onde o papel da mulher reduzia-se a unidade doméstica assim o homem desempenhava o papel de autoridade e domínio sobre a mulher (ROSA, 2011).

A mulher relacionada ao espaço doméstico, presta serviços considerados invisíveis socialmente, meramente reduzidos a atos de amor, de maneira isolada e designados unicamente à esfera familiar, ao papel da figura feminina são atribuídas às funções de mediadora das relações familiares, administradora das questões orçamentárias e consumo doméstico, além da dedicação ao cuidado dos filhos, esposo e demais familiares (PEREIRA, 1999).

Essa valoração acerca das funções designadas no interior das relações familiares a mulher torna-se cuidadora, verificada nos relatos das famílias (F, G, H), chefiadas por mulheres, nas quais duas (F, G) apontam a condição de mãe como um determinante ao encargo do provimento dos cuidados a pessoa em sofrimento mental. Observa-se que o significado de cuidado dentro dos relatos é imbuído de significações, o cuidado atribuído ao papel de mãe representa nas falas das mulheres, para além dos laços sentimentais, uma espécie de obrigação moral. A esfera doméstica é resguardada a mulher, bem como os cuidados à pessoa em sofrimento mental “o que se observa ainda, é a dificuldade de se desencantar a relação mãe-filho que persiste no imaginário social como um mito” (ROSA, 2011, p. 277).

As locuções “[...] só eu mesmo, mãe é mãe [...] (Família F)”; “[...] tem mães que abandonam não aguentam, eu me viro, por que só eu para me virar, tudo eu, e para os outros também sou eu (Família G)”, apontam uma anulação da individualidade das mulheres que prestam os cuidados. O provimento de cuidados aqui evidenciado como papel a ser desempenhado pela mulher, expressa a divisão sexual do trabalho, onde há” a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e para as mulheres a esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens de funções com maior valor social” (CARLOTO; GOMES, 2011, p. 133). Assim a mulher é compelida as

relações de reprodução da esfera do lar, o cuidado a pessoa em adoecimento mental, bem como dos outros membros pertencentes à família acabam sendo lhe designados.

Outro ponto relacionado às relações entre família e usuários dos serviços ofertados pela política em saúde mental, é o provimento de cuidado que perpassa a exclusão do sujeito adoecido, externada na fala de um/a dos oito usuários/as entrevistados/as.

Minha mãe e eu, ela é muito apegada a mim, quer ter o controle de tudo, então eu deixei, a minha documentação, eu deixei cartões, decidi que fique com ela já que ela quer se sentir a pessoa que coordena tudo, então deixa entendeu, eu e ela estamos passando por essa situação juntos entendeu. Então isso é prejudicial até, porque se eu tenho algo pra fazer tenho que pedir pra ela, pra mim é prejudicial porque ela faz tudo (Usuário B).

Nesse contexto a destituição do poder da documentação do/a usuário/a remete as práticas que antecedem o processo de reforma psiquiátrica, pautadas na segregação, isolamento e dependência do/a usuário/a em sofrimento mental. Assim torna-se reiterado o sentido de incapacidade que atravessa a concepção acerca dos sujeitos acompanhados pela política de saúde mental além da invalidação da sua subjetividade e seu processo de produção de vida. A superproteção em torno do adoecimento regularmente é acompanhada pela desqualificação das pessoas adoecidas, na qual a sua exacerbação implica no processo de anulação da singularidade, tornando o adoecimento mental, alvo de rotulação e de depreciação (ROSA, 2011).

A depreciação, assim como os estigmas concebidos, em torno do sofrimento mental reproduzidos no interior das famílias emerge nos relatos dos/as usuários/as entrevistados/as:

[...] olha isso lá em casa é como um tabu é como se eu não usasse o serviço daqui (Usuário A).

A família custou a entender assim sabe e ficou muito assustada e tanto é que eles não me internaram da primeira vez, nem na segunda e nem na terceira vez (Usuário B).

A minha irmã não fala comigo, meu padrasto muito menos, a minha sobrinha que é pequenininha também não fala comigo, por instrução da mãe a não falar. Ficou uma mágoa sabe então ela não se comunica

comigo, só assim o essencial do essencial, ainda por gesto, sei lá (Usuário B).

Minha irmã que é doente e muito nervosa e meu irmão e sobrinho que são usuários de droga, e eles não aceitam sabe, eles acham que tem a razão, ai a gente não se acerta, eu morava com eles, mas não aguentei, não conseguia mais pensar, ai minha companheira me tirou de lá, mas ainda preciso visitar minha mãe, falei que não ia abandonar ela, mas não tem como conviver com meu irmão porque ele não busca tratamento e não me aceita (Usuário C).

Segue uma desconfiança entende, eles não acreditam mais em mim eu tenho que esperar uns vinte anos, lúcido para provar que realmente eu mudei [...]” (Usuário E).

Esse processo de estranhamento no qual o adoecimento mental é inscrito, está intrinsecamente relacionado ao ideário historicamente concebido através das práticas de exclusão e moralização dos sujeitos.

A relação entre o adoecimento mental e sociedade ocidental, permanecem restritas as práticas de isolamento em hospícios/asilos psiquiátricos aproximadamente por mais de duzentos anos, os conceitos elaborados até a concepção de saúde mental, implicaram no medo e rejeição perante a sociedade, em decorrência disso a percepção acerca do adoecimento segue como incapacidade, periculosidade, irracionalidade perpetuadas na estigmatização e discriminação (AMARANTE, 2011).

Outro aspecto relevante, manifesto a partir dos dados obtidos no estudo são os desdobramentos na família em consequência do adoecimento mental de seus membros, a convivência com a pessoa em sofrimento mental “[...] em casa aumenta a responsabilidade das famílias sobre seu tratamento, bem como a quantidade de cuidados a serem tomados com aquele, isto é, produz um forte impacto na família” (PEREIRA, 1999, p. 253). Nesse sentido destacam-se os relatos dos/as entrevistados/as quantos as implicações que atravessam a vida das famílias:

[...] Uma pessoa que ficou sempre do meu lado foi o meu pai, ele sempre lutou, não que a minha mãe não fizesse nada, mas ela sempre foi uma pessoa mais fraca ela chorava ficava triste entrava em depressão, ela se afetou que chegou a afetar a coluna dela, e parou no hospital, meu pai teve que vender carro, vender outras coisas pra poder, fazer o tratamento dela [...] (Usuário D).

Dia e noite ela caminhava, coisa horrível o dia e noite, não foi fácil, só para um cuidar, dava banho, eu estava achando grave, e eu já estava ficando assim eu não dormia mais, não dormia nada e gritava os vizinhos achavam que a gente judiava eles não entendem, mas não era não entendiam o porquê (Família H).

Neste contexto os relatos apontam para o adoecimento da família que provê os cuidados à pessoa em sofrimento mental, “a relação direta pessoalizada e intensa entre o cuidador e a pessoa com transtorno mental envolve influência mútua” (ROSA, 2011, p. 284). Assim esse processo de troca de vivências centralizada na condição de adoecimento, transfere para o interior da família uma sobrecarga emocional.

A centralidade na figura do gênero feminino, a mulher, novamente se manifesta nas relações familiares, “o papel feminino é internalizado e requisitado socialmente, e é neste espaço social onde o provimento de cuidado se desenvolve na tensão entre afirmações e negações de individualidade” (ROSA, 2011, p. 193). A mãe diante o adoecimento do/a seu/sua familiar, tem a sua singularidade deslocada à prática do cuidado, ao dispêndio de tempo, encargos financeiros bem como as incertezas que cercam esse processo, desencadeando expectativas e frustrações dentro das relações familiares.

Com base nos dados coletados e aqui explicitados. quais inferências podemos fazer:

- As mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado de seus filhos em tratamento;
- Há uma anulação da condição individual das mulheres, que acabam assumindo o papel de cuidadora;
- Fragilidade na acolhida das famílias nos serviços especializados;
- Sobrecarga e responsabilização das famílias;

3.3. As expressões da questão social que se manifestam na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados/as pela política de saúde mental do município de São Borja.

A relação da renda é intrínseca ao mundo do trabalho, expressa em seis dos oito entrevistados/as que alegam o não acesso ao mercado de trabalho. Embora esse não acesso possa ser avaliado por múltiplos fatores da realidade concreta, é importante destacar que esse processo de exclusão é próprio do modelo capitalista de produção.

A lógica do sistema do modo de produção capitalista vem transformando a concorrência e a busca pela produtividade em um processo de degradação gerando uma vasta população de excluídos e de precarizadas [...] (GENTILLI, 2002).

A população na qual as relações com o mundo do trabalho passam a ser precarizadas pelo processo de acumulação do capital, Historicamente essa população considerada excedente denominada exército industrial de reserva, massa de trabalhadores “sobrantes” foi produzida pela elevação da composição orgânica do capital através da inserção de (tecnologias, maquinários, etc.,) capital constante, junto à redução da força de trabalho, capital variável (TRINDADE, 2017).

Nas palavras de Marx (1989, p. 731) à medida que o capital “[...] sempre produz, e na proporção de sua energia e de sua extensão, uma população trabalhadora supérflua relativamente, isto é, que ultrapassa as necessidades médias da expansão do capital, tornando-se, desse modo, excedente”.

Assim no momento que as crises produzidas pelo capital se aprofundam, são desencadeadas modificações nas relações em sociedade, diante essas alterações que perpassam o mundo do trabalho, passam a ser reconhecidas a precarização dos vínculos empregatícios como a inserção em trabalhos de período temporário, trabalho terceirizado, até mesmo mercado informal (GENTILLI, 2002). A falta de emprego, bem como as variadas formas de precarização de serviço, manifestadas a partir do modo de produção capitalista

na vida dos sujeitos como parte das expressões da questão social, condição que torna agravada modo de sobrevivência deles.

Nesse sentido, para além da caracterização das famílias entrevistadas usuárias dos serviços em saúde mental do município de São Borja, identificam-se alguns elementos que remetem as condições estruturais próprias do sistema capitalista, que tem como premissa a geração de riqueza, e na mesma medida pobreza, do qual sujeitos em situação de vulnerabilidade social, que são as expressões da questão social que os sujeitos vivenciam no cotidiano de suas vidas.

No que se refere às relações sociais dos sujeitos usuários da política de saúde mental, “as expressões da questão social vão se colocar muito além da questão da “loucura”, mas em tudo que permeia a vida desse sujeito com transtorno mental que traz consigo uma série de direitos violados, historicamente” (PEREIRA; GUIMARÃES, 2015, p. 95). O adoecimento mental pelo uso de álcool, outras drogas e demais fatores, manifestados na vida dos sujeitos, bem como as relações estabelecidas no interior das famílias e sociedade são perpassadas pelas contradições expressa são modo de produção capitalista.

As transformações da vida social incidem sobre a subjetividade dos indivíduos, ao afetarem profundamente as relações sociais, mas não de forma mecânica e linear. Existe um complexo emaranhado de mediações sociais, econômicas e culturais que organizam as consequências para a saúde mental e para a subjetividade humana. (GENTILLI, 2011, p. 216).

A Questão Social em sua gênese considerada manifestação das desigualdades intrínseca ao processo de acumulação do capital, e desdobramentos produzidos sobre o conjunto das classes trabalhadoras é assinalada como cerne da emergência de políticas sociais públicas, esse fenômeno não é concebido como algo recente, advindo do processo de expansão capitalista, mas sim de uma “velha questão social” inscrita no interior da produção das relações capitalistas, que diante a contemporaneidade passa se reproduzir através de novas mediações históricas, da sociedade, e

simultaneamente assume novas expressões que se estendem por todas as dimensões sociais (IAMAMOTO, 2010).

As famílias acompanhadas pela política de saúde mental expressam em suas relações diferentes rebatimentos das expressões da questão social, que se manifestam a partir do adoecimento mental, sendo este desencadeado pelos processos de exploração do capital, no qual como ser social em movimento, tornando-se inerentes a essas determinações.

[...] a questão social expressa a subversão do humano própria da sociedade capitalista contemporânea, que se materializa na naturalização das desigualdades sociais e na submissão das necessidades humanas ao poder das coisas sociais – do capital dinheiro e seu fetiche. (IAMAMOTO, 2010, p. 125).

Logo o estudo Saúde Mental e Família referente *os impactos da Responsabilização no provimento dos cuidados* tem como pretensão: *Identificar as expressões da questão social que se manifestam na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental*, no município de São Borja. Nesse sentido a conforme os dados obtidos através da aproximação com a realidade, que permeia as relações de convívio e cuidado das famílias acompanhadas pelo pela política de saúde mental no município de São Borja, identificou-se múltiplas expressões da questão social nos relatos dos/as entrevistados/as.

Dentre as inúmeras determinações inerentes ao processo de acumulação do capital que se apresentam na vida das famílias entrevistadas tem-se destacada a pobreza. Nesse sentido a acepção acerca da pobreza assumida aqui ultrapassa o sentido de privação material.

Pobreza é fome, é falta de abrigo. Pobreza é estar doente e não poder ir ao médico. Pobreza é não poder ir à escola e não saber ler. Pobreza é não ter emprego, é temer o futuro, é viver um dia de cada vez. Pobreza é perder o seu filho para doença trazida pela água não tratada. Pobreza é falta de poder, falta de representação e liberdade (CRESPO; GUROVITZ, 2002, p. 11).

A pobreza possui um caráter multidimensional, ela ultrapassa a falta de condições materiais, ela expõe os indivíduos a maiores riscos sociais e vulnerabilidades, encontrando-se relacionada à falta de oportunidades de

expressão em consequência a privação de escuta sobre tais condições (AZEREDO, 2010). Sendo Assim a fala do/a usuário/a (A) espelha o caráter multidimensional da condição de pobreza.

Como agora ele vende verdura na rua, então a renda dele não é o suficiente para pagar um aluguel, eu prefiro pagar um aluguel e viver em paz, do que sempre nesse tumulto sempre com o cérebro a mil por hora, para mim é péssimo, é horrível [...] ele faz de tudo para tentar me acalmar, diz que tudo vai se ajeitar, eu digo que Deus queira que tudo se ajeite (Usuário A).

Tem os medicamentos que eu ganho do posto, mas um eu tenho que comprar cento e setenta e cinco reais todo mês é esse valor né tem que enforçar para poder, porque sem a medicação não dá pra ficar (Usuário A).

No depoimento do/a usuário/a A torna-se evidente a precarização das condições de vida, na qual se inscrevem as famílias acompanhadas pelos serviços de oferta em saúde mental, o baixo rendimento econômico da família, aponta para a falta de acesso a melhores condições de moradia, na qual relata a dificuldade em manter-se bem emocionalmente, além do dispêndio de recursos com a medicação tornando a relação com o adoecimento, ainda mais fragilizada, “a questão da pobreza, vinculada à baixa renda – ou mesmo falta de renda –, tem relação direta com o desemprego que circunscreve historicamente a pessoa com transtorno mental [...]” (PEREIRA; GUIMARÃES, 2015, p. 92).

Geralmente as despesas com o provimento de cuidados têm um valor alto, uma vez que na grande maioria dos casos, a pessoa adoecida não se encontra inserida no mundo do trabalho, assim não é economicamente ativa, passando a ser dependente da renda familiar (PEREIRA, 1999).

Ainda nesse sentido dentre os relatos dos/as entrevistados/as aponta-se para a necessidade de acesso a benefícios assistenciais para manutenção da vida, constituindo-se em sua maioria como única fonte de renda fixa, dentre os/as oito entrevistados/as três utilizam alguma espécie de benefício: Eu tenho o benefício né e minha companheira tem ajuda da mãe dela e eu pedi uma ajuda no CRAS²⁰. É muito difícil porque a casa é alugada sabe, somos só nós dois aí

²⁰CRAS- Centro de Referência de Assistência Social.

a gente faz economia (Usuário C); Só o benefício [...], porque eu não posso trabalhar pra cuidar dela, minha outra filha vai embora porque está sem serviço (Família F); Tem o benefício dele e meu marido ajuda com a renda porque a casa é minha né de uma invasão, que todo mundo pegou, agora vão legalizar (Família G).

Os sujeitos considerados classe subalterna, julgados como inaptos, marginais, incapacitados, problemáticos, dependentes, centro das ações assistenciais e outras demandas, são marcados por estereótipos, na qual a visão das demais classes sociais, acaba por estabelecer a posição na qual ocupam em sociedade (YAZBEK, 2009). A partir dessa premissa faz-se explícito o caráter focalizador das ações assistenciais, as condições de acesso a benefícios são marcadas por condicionalidades, na qual nem toda a pessoa que necessite tenha acesso. Para, além disso, as famílias entrevistadas que expressaram receber alguma espécie de benefício, são pertencidas pelos níveis mais elevados de adoecimento mental, desemprego ou trabalho informal.

Assim as famílias subordinadas a condições de assalariamento precário vinculadas a um sistema de proteção que compreende a assistência como direito, contudo sua fundamentação consiste em mínimos sociais, passam a buscar meios de subsistência em resposta entre a estreita margem de pertencimento entre público e privado, buscando escapatória as inseguranças sócias determinadas (AZEREDO, 2010).

Outro aspecto manifestado a partir dos relatos das famílias entrevistadas são os processos de exclusão na qual a pessoa em sofrimento mental e suas famílias encontram-se. O processo de exclusão a pessoa em sofrimento mental manifesta-se através “[...] do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade, como uma pessoa perigosa e incapaz [...]” (PEREIRA; GUIMARÃES, 2015, p. 84-85). O debate referente à exclusão neste estudo é estabelecido através de dois fatores: a moralização e o não acesso ao mundo do trabalho.

O que realmente aconteceu porque no momento em que eles souberam que eu fazia o tratamento, que eu fazia o acompanhamento

no CAPS, eu fui demitida, em três, duas semanas e desde então, eu não consegui mais trabalho (Usuário A).

No momento em que o empregador vê que eu estou tomando aquela medicação todo dia, ele vai me perguntar o porquê da medicação e eu vou ter que falar o porquê eu estou usando aquela medicação, e aí desde então eu não consegui mais trabalho (Usuário A).

Mas onde mais eu senti o impacto foi no trabalho é como se aquilo tivesse ficado marcado no meu currículo, no momento que eu largo currículo se o empregador olha aquilo ali, vai ser descartada na hora (Usuário A).

Fica evidente nos relatos do/a Usuário A o processo de exclusão vivenciado após a descoberta do seu adoecimento, o estigma em consequência acerca do adoecimento mental, produz processos sociais de preconceito, moralização e rotulação.

A tentativa de estabelecer o que em é menos frequente como algo anormal e o anormal, atribuído a patológico tem sem si imbricadas a necessidade das elites políticas e sociais de justificar as disfunções sociais, nesse sentido exime-se de qualquer responsabilidade implicando na estigmatização das classes sociais menos favorecidas, tornando-as responsabilizadas pelos problemas vivenciados em sociedade (VELHO, 1981 *apud* BISNETO, 2011).

O rompimento com o mundo do trabalho nos relatos do/a (Usuário A) acima e nos demais relatos a seguir, reiteram o sentido de incapacidade, preconceito, padronização nos quais os usuários/as acompanhados/as pela política de saúde mental do município de São Borja são inscritos.

Eu aprendi que na realidade eles amam uma coisa igual, um padrão, a vaidade, [...] certas relações, tem certas coisas que ficam na memória da gente e que vão mudando, eu fico apavorado assim porque se a gente para de trabalhar, parece que vão passar na frente da gente (Usuário C).

Percebe-se no relato do/a (Usuário C) o reconhecimento da padronização dos sujeitos, a exclusão do considerado “diferente”, fora do padrão é uma prática que reproduz os princípios que nortearam o campo da saúde mental anterior o movimento de reforma psiquiátrica, “aquilo que é divergente precisa ser considerado pelos interesses instituídos como desvio doentio e antissocial, irracional, algo a ser curado ou então excluído (BISNETO, 2011, p. 176)”. Outro

aspecto abordado na fala do/a (Usuário C) é a categoria trabalho. O trabalho, é uma ação em que o homem media, regula e controla sua relação com a natureza. Assim, o trabalho torna-se necessário para a realização e evolução do homem, é por meio dele que o homem produz valor, difere-se dos outros seres e busca satisfazer suas necessidades (MARX, 1989).

O trabalho constitui-se como um valor alto nas relações em sociedade, diante disso o preconceito e estigma acerca dos indivíduos em adoecimento mental “[...] e usuáries de substâncias psicoativas é um fator decisivo para a exclusão do mundo do trabalho” (RODRIGUES et al, 2010, p. 1623). A fala do/a (Usuário C) reafirma essa percepção em relação o valor do trabalho “[...] eu fico apavorado assim porque se a gente para de trabalhar, parece que vão passar na frente da gente”, nesse relato percebe-se a preocupação revelada ao não acesso ao mundo do trabalho, a sensação de improdutividade que cerca os sujeitos, bem como a sua desconsideração.

Ainda no que pertence a categoria trabalho, percebe-se na fala do/a entrevistado/a os impactos causados pelo estigma em torno dos/os usuáries/as de álcool e outras drogas e as implicações na forma de gerir suas vidas.

Eu tinha certa frustração, porque eu saia daqui e não conseguia emprego, porque eu trabalho por conta própria e muitas vezes não aparecia, eu queria um emprego de carteira assinada, mas ai eu ficava três, quatro dias em casa e no quinto eu recaia, dessa vez, eu sai daqui e arranjei emprego e isso me motivou mais (Usuário D).

A não inserção do/a (Usuário D) no mercado de trabalho formal o torna em situação de vulnerabilidade e sucessivamente em risco quando o adoecimento mental, somada à falta de acesso ao trabalho formal, transfigura-se em a retomada do uso de álcool e outras drogas. A vulnerabilidade em si transporta a noção de grupos nos quais suas relações em sociedade e suas condições de vida, encontram-se suscetíveis ou propensas a condições de risco (JANCZURA, 2012).

Nesse sentido em conformidade com Janczura (2012) a condição de risco corresponde à situação de fragilidade na qual os sujeitos encontram-se, principalmente como decorrência a partir do processo de globalização e modo de produção capitalista. Os/as entrevistados/as usuáries/as de álcool e outras

drogas expressam nas suas falas essa relação do acometimento pelo adoecimento mental e as situações de risco que se expressam em suas vidas.

[...] eu estou endividado e estou no CAPS, não têm renda, só se eu fizer bico, e eu tenho medo de pegar dinheiro e cair (Usuário E).

Dentro de casa sempre procurei amar, trabalhei em mercado, montador, então sem conta pintura, aí quando eu comecei a me quebrar com a sociedade que ela percebeu que eu estava muita vez que eu andava drogado bêbado, aí conseguia bico, mulher e filha e meu pai não aceitavam (Usuário E).

Eu passei a conhecer a minha doença, como dizem aquele sem vergonha, usa porque quer, ele tem uma compulsividade e usa aquilo [...] e não percebe, ele quer fugir de uma briga de um problema, ele quer fugir do julgamento da sociedade (Usuário E).

[...] foram das fases mais drásticas eu não tinha mais controle para trabalhar, não tinha controle para fazer o uso, aí evolui para furto, assalto, tráfico, cada vez me afundando, e aí com a perda da família e esposa e irmão (Usuário D).

Assim, o entendimento acerca da vulnerabilidade compreende que os “[...] sujeitos possuem demandas e necessidades de diversas ordens, possuem capacidades e se encontram em um estado de suscetibilidade a um risco devido à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social” (CARMO; GUIZARDI, 2018, p. 09). A precariedade das relações de trabalho, endividamento, rompimento de vínculos, estigma e envolvimento com a criminalidade evidenciam os processos de vulnerabilidade e a condição de risco que os/as usuários/as e suas famílias acabam por ser expostos. A apreensão em torno dos impactos do adoecimento mental na vida dos/as usuários/as e suas famílias são permeadas por um emaranhado de complexos, deste modo o seu entendimento não pode ser pensado como algo isolado, “[...] é impossível isolar o fenômeno, que por si só, é complexo e multifacetado, visto que engloba a dimensão biológica, psicológica, social e econômica [...]” (ROSA, 2011, p. 237).

Ainda no que se refere aos dados obtidos nos relatos das famílias, percebe-se que o provimento de cuidados em torno do adoecimento mental dos/as seus integrantes traz uma dualidade, quanto à dependência esta composta pelo grau do acometimento da doença. O grau de acometimento do adoecimento mental acaba por determinar o nível de comprometimento de quem provê os cuidados, quanto mais agravado, maior o dispêndio de tempo acerca dos cuidados, tornando-se evidenciado nos relatos da família (F) e (G) a seguir:

Dia e noite ela caminhava, coisa horrível o dia e noite, não foi fácil, só para um cuidar, dava banho, eu estava achando grave, e eu já estava ficando assim eu não dormia mais, não dormia nada (Família F).

Eu parei de trabalhar, trabalhava com reciclagem, por causa do [...] porque ele é uma pessoa assim, eu vinha notando, qual é a mãe que não vai notar, eu notei que ele estava muito solitário demais, ele ficava sozinho em casa sabe, eu tenho um vizinhos muito bons que me ajuda muito a cuidar dele (Família G).

Eu não posso visitar ela por causa do [...] como eu digo é tipo de uma criança eu tenho que estar vinte e quatro horas com ele, eu tenho que ver a roupa o remédio na hora, é eu que tenho que estar empurrando para o banho, vai toma banho tu tem colégio, eu chamo o CAPS de colégio (risos), hoje é dia de colégio começo cedo [...] (Família G).

As falas dos/as responsáveis pelo provimento de cuidados demonstram questões relacionadas ao rompimento com o ciclo do trabalho, evidenciado pela (Família G) em determinação da necessidade de gerir o processo de vida do seu/sua membro, questões de higiene, medicação, vestimenta, essencialmente todo e qualquer cuidado perpassa pelo/a cuidador/a.

Do mesmo modo as relações em torno dos cuidados exercidos pela (Família F) evidenciam a sobrecarga produzida no interior das relações, refletidas em: não dormir, adoecimento do/a familiar responsável pelo provimento do/a cuidados, bem como o cerceamento de liberdade do/a cuidador/a expressa na fala “quando ela vai para o CAPS eu dou uma fugida e saio resolver as coisas”. Nesse sentido, quando a gravidade dos sintomas se torna persistente e os sujeitos necessitam de cuidados em tempo integral, a sua independência e autonomia passam a ser comprometidas.

Ainda no que se refere à responsabilização de cuidados o depoimento da (Família G) traz a questão do cuidado contínuo ao seu membro comparado ao cuidado de uma criança “[...] como eu digo é tipo de uma criança eu tenho que estar vinte e quatro horas com ele [...]”. Frequentemente o encargo de provimento de cuidados a pessoa em sofrimento desloca a modo como as relações entre usuário/a, família e sociedade se estabelecem, a condição de sujeito de direito, que possuiu seus sentimentos, seus pensamentos passa a ser negada, há a redução da condição de cidadão a condição de doente.

O sofrimento mental enquanto uma expressão da questão social e seus rebatimentos inerentes à sociedade de classes deslocam a pessoa em

acometimento, tal como a sua família a inúmeras modificações e implicações de carácter emocional, moral, financeiros e sociais. Nesse sentido como meio de sistematização das expressões da questão social, manifestadas na vida das famílias usuárias da política de saúde mental do município de São Borja, elaborou-se o quadro 04, disposto a seguir:

Quadro 04 – Identificação das expressões da questão social manifestas na vida das famílias usuárias da política de saúde mental do município de São Borja.

Expressões da questão Social	Situações Identificadas
Desigualdade	- Não acesso ao mundo do trabalho; - Não acesso a condições de moradia; - Baixo rendimento econômico; - Benefícios como única ou maior fonte renda; - Precarização das condições de vida;
Risco	- Endividamento; - Não acesso à saúde, educação, renda, etc; - Rompimento de vínculos; - Criminalidade; - Uso de álcool e outras drogas; - Adoecimento;
Vulnerabilidade social	- Estigma; - Isolamento; - Preconceito; - Exclusão - Segregação - Não acesso a (renda, trabalho, saúde, educação, serviços, informações, etc); - Adoecimento;

Fonte: Sistematizado pela autora (2019).

Diante os dados obtidos a partir da aproximação com as famílias e usuários/as acompanhados/as pela política de saúde mental do município de São Borja, identificou-se que dentre as expressões manifestas:

- Destaca-se a pobreza, a exclusão, o desemprego, a vulnerabilidade, que incidem na precarização das condições de existência dos sujeitos.
- A pobreza manifestada na vida dos sujeitos e famílias está intrinsecamente conectada as relações de exploração que se

apresentam a partir do modo de produção capitalista, nesse sentido a pobreza possuindo caráter multifacetado para além da escassez de condições econômicas.

- O processo histórico no qual se inscreve o adoecimento mental conduz os sujeitos adoecidos e suas famílias à condição de estranhamento, preconceito, isolamento, exclusão reiterando práticas e valores anteriores ao movimento de reforma psiquiátrica brasileira

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de conhecimento não é um processo que acontece de maneira solitária, sem que se carregue no resultado, e nas reflexões finais o acúmulo dos saberes anteriormente produzidos. A interlocução com a realidade estudada potencializa o entendimento dos múltiplos fatores descobertos pelo estudo de campo, que ganham ares de conhecimento, produzido e ancorado teoricamente. Além de buscar entender a realidade, se persegue como propósito deste estudo contribuir para a transformação das situações encontradas. Nesse sentido se socializa o conhecimento produzido apresentando as sínteses realizadas a partir da realidade local, no intuito de responder às questões que nortearam o estudo e atender ao objetivo geral da proposta.

As inquietações em relação à atenção em saúde mental e a participação da família enquanto parte da rede de proteção, levou a construção deste estudo buscando evidenciar como se consolidam os processos de atenção em saúde mental no município de São Borja considerando os serviços ofertados e as percepções de pessoas atendidas pelos serviços e familiares de usuários/as.

É importante resgatar que com a reforma psiquiátrica um novo paradigma de atenção em saúde mental se constitui na realidade brasileira, superando, do ponto de vista formal foi sendo construída uma rede serviços que expressam os avanços neste campo. Como a formalização de serviços especializados em caráter ambulatorial, com esse novo formato as demandas para o grupo familiar se ampliam consideravelmente, logo, a família integra o rol de usuários/as dos serviços.

Tendo como base as questões norteadoras: a) Quais expressões da questão social se expressam a partir dos rebatimentos na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental? b) Como se caracteriza a oferta de serviços pela política de saúde mental no município de São Borja? e, c) Como se dá às relações de convívio entre usuários/às e familiares acompanhados pela política de saúde mental? Desenvolveu-se as análises expressas nesse documento. E tendo como base os objetivos específicos: a) Identificar as expressões da questão social que se manifestam

na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental; b) Identificar como se dá a oferta de serviços às famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental; e, c) Conhecer como se estabelecem às relações de convivência entre usuários/às e familiares acompanhados pela política de saúde mental, pode-se inferir alguns apontamentos que contribuem para atender ao objetivo do estudo e responder o problema de pesquisa.

Quanto à identificação das expressões da questão social manifestas na vida das famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental, torna-se evidente que a sua materialização ultrapassa a questão saúde/adoecimento mental. Esse processo traz em si uma espécie de dualidade onde as relações de acumulação do capital incidem na precarização das condições de produção de vida concreta dos indivíduos, resultando na manifestação ao não acesso, pobreza, desemprego, violência, exclusão, preconceito, criminalidade etc.

Do mesmo modo que ao vivenciar essas relações expressas por complexos de mediações sociais, culturais e econômicas, os sujeitos acabam por ser transportados a processos que se desencadeiam no adoecimento físico, mental, bem como no aprofundamento da questão social. Nesse sentido a aproximação com a realidade concreta dos sujeitos acompanhados pela política de saúde mental, expressa os desdobramentos do modo de produção capitalista, identificados por diversos processos de exclusão. Desta forma “é preciso transcender às demandas imediatas que chegam e que estão voltadas para o adoecimento em si, e ver os determinantes para as demandas” (MACEDO; MAACEDO, 2017, p. 09).

As famílias bem como os/as usuários/as acompanhados/as pela política de saúde mental investigados, evidenciam essa condição a partir do não acesso ao trabalho, renda, preconceito, sobretudo, pelo estigma. Em que conseqüentemente torna-se um obstáculo quanto à realização de trocas sociais e inserção dos indivíduos em uma rede de sociabilidade, incorporação ao mercado de trabalho, uma vez que o campo da saúde mental é permeado pelo estigma, de periculosidade, improdutividade, incapacidade, evidenciando as marcas de uma cultura de exclusão e intolerância (BARROS; LEÃO, 2011).

Em termos da oferta de serviços às famílias dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental, pode-se observar na realidade local de São Borja, que o município tem sua oferta postulada pela lei N° 10.216, de 06 de abril de 2001, que atenta para a proteção da pessoa em acometimento mental, adjunto as portarias 336/GM de 19/02/2002 e n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Desse modo há o reconhecimento da oferta em saúde mental pelos dispositivos especializados em saúde mental majoritariamente pelos CAPS I e CAPS AD III e hospital geral pelo CRAISM, nos quais se expressam os avanços conquistados pós reforma psiquiátrica, configurando-se como um espaço de proteção, cuidado, cidadania. No entanto apresentam como contradição o exercício de práticas que ainda reiteram a noção institucionalizante, normatizadora, medicalizada dos moldes manicomial anteriores a reforma psiquiátrica. Ainda se identificou a fragilização acerca do desenho da rede de atenção em saúde mental, evidenciada pelo não reconhecimento do município da atenção primária, na oferta em saúde mental e suas potencialidades enquanto proteção, promoção e prevenção em saúde.

Outro aspecto, relevante quanto o entendimento sobre a oferta da política de saúde mental, é o processo de acolhida, dos serviços dos quais os/as usuários/as são acompanhados/as, pois ainda que os/as mesmos/as recebam o acompanhamento conforme as normativas dispostas pelas portarias 336/GM de 19/02/2002 e n° 3.088 de 23/12/ 2011, não há o acolhimento e o reconhecimento das famílias destas como usuárias. Nesse sentido pensadas as premissas da reforma psiquiátrica, a sua subsunção a política de saúde mental, assentadas na perspectiva de integralidade dos sujeitos, sociabilidade, produção de vida e cidadania torna-se necessário o reconhecimento das famílias como rol de intervenção e acolhimento. Visto que a política de saúde mental inscreve as famílias em uma teia de obrigações quanto ao provimento de cuidados à pessoa em adoecimento mental, o que agrava as suas condições de produção de vida, além da determinação de um funcionamento, ou seja, a lógica moralizante de cumprimento de papel (dar conta).

No que se refere ao objetivo de conhecer como se estabelecem às relações de convivência entre usuários/às e familiares acompanhados pela política de saúde mental as expressões dos/as entrevistados/as apontam para a

responsabilização do provimento de cuidados a pessoa em sofrimento mental pelas suas famílias. Essa lógica torna-se evidente a partir do modelo de proteção social brasileiro, no qual as famílias são designadas a manutenção de vida dos seus integrantes.

Tendo em vista essas relações permeadas pela lógica de responsabilização na qual as famílias se inscrevem no que tange o adoecimento mental, passam a ser aprofundadas, onde passam a se estabelecer situações de sobrecarga emocional e a ocorrência do adoecimento dos/as responsáveis pelo provimento do cuidado, a partir das relações que se estabelecem envoltas ao adoecimento.

Essas relações entre famílias e usuários/as evidenciam uma sobrecarga ao grupo familiar, sobretudo para a mulher, principal responsável no âmbito familiar em relação ao provimento dos cuidados. Nisso se expressam as relações de desigualdade de gênero, na qual ainda a mulher é designada a esfera familiar, e ao papel de mãe onde a sua individualidade passa a ser negada.

Ainda, no âmbito das relações familiares identifica-se o estranhamento, exclusão e depreciação, perante o adoecimento mental onde os/as usuários/as apontam em seus relatos o sentimento de incapacidade, infantilização e invalidação vivenciada, evidenciando os resquícios da lógica manicomial que circundam as relações sociais.

Tendo em vista o objetivo geral do estudo de analisar as implicações do adoecimento mental na vida dos familiares dos/as usuários/às acompanhados pela política de saúde mental a fim de contribuir com a efetivação da integralidade no atendimento, e respondendo ao problema de pesquisa quais os rebatimentos dos processos de adoecimento mental, na vida dos/as familiares de usuários/as acompanhados/as pela política de saúde mental em São Borja? que culminou neste estudo, entende-se que é possível inferir que a realidade local do município apresenta demandas importantes que refletem sobre a atenção no campo da saúde mental, especialmente na atenção às famílias de usuários/as dos serviços.

Além da resposta ao problema de pesquisa foi possível avançar no entendimento do potencial e de algumas limitações na atenção em saúde mental

no município de São Borja. Em relação às potencialidades a oferta em saúde mental do município demonstra a possibilidade do acesso à política de saúde mental que visa à proteção dos sujeitos, bem como a noção a noção de pertencimento, cuidado, cidadania junto os/as usuários/as. Assim como, configuram-se como um suporte em relação ao acesso de serviços de qualidade, contando com um rol de profissionais de diversas áreas que visam intervir com base na integralidade. Nesse sentido a atenção primária enquanto porta de entrada nos serviços em saúde mental, junto às famílias através dos ESF's e NASF, traz como possibilidade o trabalho direto com as famílias de prevenção e promoção, sobretudo pelo reconhecimento do território, comunidade, processos de vida dos/as usuários, direcionando a sua intervenção a produção de vida, para além da lógica de adoecimento.

A pesquisa aponta ainda, para a limitação da rede de serviços de saúde mental do município, na qual há o desconhecimento do desenho da rede de saúde mental, e foca a oferta nesse campo majoritariamente nos serviços especializados através dos CAPS e Hospital Geral. Se destaca também como um fator de limitação, a falta de reconhecimento das famílias, enquanto usuárias da política de saúde mental que igualmente necessitam de cuidados, além da lógica manicomial/asilar que ainda perpassam as práticas em saúde mental, evidenciadas pelo vasto tempo de permanência dos/as usuário/as nas instituições, assim como o isolamento ainda presente nos hospitais gerais.

Diante a aproximação com a realidade das famílias acompanhadas pelos serviços de saúde mental, tem-se como possibilidade de intervenção nos serviços enquanto acolhimento das famílias:

- A democratização dos espaços de oferta em saúde mental, a usuários/as, suas famílias e comunidade, a fim de promover e possibilitar um espaço discussões e reflexão.
- A Criação e distribuição material informativo referente à política de saúde mental e temas abrangentes para democratização de informações sobre a política de saúde mental e serviços prestados pela rede.

- Proporcionar a participação das famílias dos/as usuários/as como forma de fortalecimento de vínculos entre usuários e instituição vinculada. A fim de aproximação aos serviços, promoção de cidadania e possibilidade de espaço de fala e protagonismo destas famílias.
- A intersetorialidade das políticas no atendimento das demandas múltiplas da população usuária.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Néri De Barros. **A Idade Média entre o “poder público” e a “centralização política” itinerários de uma construção historiográfica.** Revista VARIA HISTORIA, Belo Horizonte, vol. 26, nº 43: p.49-70, jan/jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-87752010000100004>. Acesso em: 06 de nov. de 2019.
- ALVES, Franciele Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais.** The Familism in Health Services: expressions in paths assistance. Argumentum, Vitória (ES), v. 7, n. 2, p. 208-220, jul./dez. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/9038/8254>>. Acesso em 19 de jun. de 2019.
- ALVES, Roosenberg Rodrigues. **Família Patriarcal e Nuclear: Conceito, características e transformações.** II Seminário de Pesquisa da Pós Graduação em História UFG/UCG. Goiânia-Goiás, Set.2009. Disponível em: https://pos.historia.ufg.br/up/113/o/IISPHist09_RoosenbergAlves.pdf. Acesso em: 10 de set. de 2019.
- AMARANTE, Paulo. **Asilos, alienados e alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil.** In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Organização: Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. P. 73-84.
- _____. **Loucos pela vida. A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; DIMENSTEIN, Magda. **Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):195-204, 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100025>. Acesso em 10 de nov. de 2019.
- AZEREDO, Verônica Gonçalves. **Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 576-590, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282010000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 de out. de 2019.
- BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BRASIL. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Resolução Nº 466, Brasília, Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2012.

Disponível: <<https://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.html>> Acesso em 23 de maio, 2019.

_____. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. **Lei n. 10.216. de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 17 nov. 2019.

_____. **Portaria n. 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em: 17 nov. 2019.

_____. Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde, Departamento De Ações Programáticas E Estratégias Saúde Mental No Sus: **Os Centros De Atenção Psicossocial.** - 1.ed.Brasilia-DF, 2004.Disponível em:<http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 28 de outubro de 2019.

_____. Ministério Da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde, Departamento De Ações Programáticas E Estratégias.Saúde Mental No Sus: **Centros De Atenção Psicossocial E Unidades De Acolhimento Como Lugares Da Atenção Psicossocial Nos Territórios.** - 1.ed.Brasilia-DF, 2015.Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf>. Acesso em 08 de novembro de 2019.

CARLOTO, Cássia Maria; GOMES, Anne Grace. **Geração de renda: enfoque nas mulheres pobres e divisão sexual do trabalho.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 105, p. 131-145, jan./mar. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100008>. Acesso em 10 de nov. de 2019.

CARLOTO, Cássia Maria; GOMES, Anne Grace. **Geração de renda: enfoque nas mulheres pobres e divisão sexual do trabalho.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 105, p. 131-145, jan./mar. 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282011000100008>. Acesso em 10 de nov. de 2019.

CARMO, Michelly Eustáquiado ; GUIZARDI, Francini Lube. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.** Cad. Saúde Pública 2018; 34(3):e00101417. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000303001>. Acesso em: 06 de nov. de 2019.

CASTEL, Robert A. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro, Graal, 1978.

COUTINHO, Dalsiza Cláudia Macedo; COUTINHO, Wellington Macedo. **A PROPÓSITO DA INTERDISCIPLINARIDADE: o serviço social e o trabalho em equipe na saúde mental.** II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas Sociais Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis – 23 a 25 de outubro de 2017. Disponível em:<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180076/101_00280.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 de out. de 2019.

CRESPO, A. P. A.; GUROVITZ, E. **Apobreza como fenômeno multidimensional.** RAE-eletrônica, v. 1, n. 2, p. 1-11, jul.-dez. 2002.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo** / The mirror of the world: Juquery, the story of an asylum. 2 ed. Rio de Janeiro; Paz e Terra; 1986.

BIRMAN, Joel. **A psiquiatria como discurso da moralidade.** Rio de Janeiro. Graal, 1978.

BISNETO, J. A. **Serviço Social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

DAMOUS, Issa ; ERLICH, Hilana. **O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [4]: 911-932, 2017. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-00911>>. Acesso em: 30 de out. de 2019.

FAUSTO NETO, A.M.Q. **Família operária e reprodução da força de trabalho.** Petrópolis, Vozes, 1982.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

GARCIA, Rubya Souza. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA. **Análise Institucional Fundação Ivan Goulart – Hospital Ivan Goulart.** 2018.

GENTILLI, Raquel de Matos Lopes. **Desigualdades sociais, subjetividade e saúde mental: desafios para o Serviço Social.** Brasília: SER Social, v. 13, n. 28, p. 210-230, jan./jun. 2011. Disponível em:<http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/user/setLocale/pt_BR?sour

ce=%2Findex.php%2FSER_Social%2Farticle%2FviewArticle%2F5626V>.
Acesso em: 20 de abr. de 2019.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2007.
DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria C.S. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 25ª e. Revista e atualizada. -Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GUEIROS, Dalva Azevedo. **Família e trabalho social: intervenções no âmbito do Serviço Social**. Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul, São Paulo). Rev. Katál. Florianópolis v. 13 n. 1 p. 126-132 jan./jun. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/15.pdf>>. Acesso em: 20 de abr., de 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social/** Marilda Villela Iamamoto. - 4.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

JANCZURA, Rosane. **Risco ou vulnerabilidade social?** Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012. Disponível em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/12173/8639>>. Acesso em: 28 de out. de 2019.

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. **Inclusão e exclusão social: as representações sociais dos profissionais de saúde mental**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.36, p.137-52, jan./mar. 2011. Disponível em:<<https://www.scielo.org/article/icse/2011.v15n36/137-152/>>. Acesso em: 19 de nov. de 2019.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. Tradução Reginaldo Sant'Anna. 13. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. Livro 1, v. 1 e 2.

MACHADO, Graziela S. **Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS: percepções dos assistentes sociais**. In: BISNETO, José A.; NICACIO, Erinaldo M. (Orgs). A prática do assistente social na saúde mental. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013, p. 139-166.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio/** Maria Lúcia Martinelli (org.). -São Paulo: Veras Editora, 1999.(Série Núcleo de Pesquisa; 1).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça a RAPS Rede Atenção Psicossocial**. Folder informativo RAPS online. Brasília – DF 2013. Disponível em:<http://bvsm.sau.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf>. Acesso em: 20 de Nov, de 2019.

_____. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos**

depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 10 de nov. de 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social, Teoria, Método e Criatividade/** Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (org). 25ªed. Revista e atualizada. -Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Família e Política Sociais.** In: Política social no capitalismo: tendências contemporâneas/ (organizadoras) Ivanete Boschetti, Elaine Rossetti Bering, Silvana Mara de Moraes dos Santos, Regina Célia TamasoMioto.2.ed.-São Paulo:Cortez, 2009.

_____. **Política social e trabalho familiar: questões emergentes no debate contemporâneo.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, nº. 124, p. 699-720, out./dez. 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n124/0101-6628-sssoc-124-0699.pdf>>. Acesso em: 20 de jun. de 2019.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo.** Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

PEREIRA, Gêssica Eleandra Floriano Pereira. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA. **Análise Institucional CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Dr. Caio Escobar.** 2018.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. **Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil.** In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 3. ed. São Paulo: Cortez, p. 217-262, 1999.

PEREIRA, Sofia Laurentino Barbosa; GUIMARÃES, Simone De Jesus. **AS EXPRESSÕES DA QUESTÃO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL: Uma análise nos 4 CAPSs II de Teresina – PI.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.45, p<82-98>.jul./dez. 2015. Disponível em:<<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/download/6287/5379>>.Acesso em: 13 out. 2019.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social:** um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo serviço social. - 8ª. ed. rev. e ampl.- São Paulo: Cortez, 2016.

PRATES, Jane Cruz; CARRARO, Gissele. **“Na prática a teoria é outra” ou separar é armadilha do capitalismo? “Inpracticethetheoryisother” oris it thetrapofcapitalismtoseparate?.** Argum. Vitória, v.9, n. 2, p.161-171. Disponível em: maio/ago.2017. em:<<<http://www.redalyc.org/pdf/4755/475555301014.pdf>>>. Acesso em 28 de nov. de 2018.

PRATES, Louise. **Serviço Social e Saúde Mental: O lugar das famílias no CAPS II do Ponta do Coral**.set. 2010. Disponível em:<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/180510/TCC%20-%20Louise%20Prates%20Silveira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 de abr. de 2019.

RESENDE, Heitor. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (Orgs.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 2011.

RIBEIRO, Daniele Corrêa. **Ciência, caridade e redes de sociabilidade: o Hospício de Pedro II em outras perspectivas**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.23, n.4, out.-dez. 2016 p.1153-1167. Disponível em:<<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702016005000023.pdf>>>. Acesso em: 21 de out. de 2019.

RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM, Patrícia. **Reforma psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho**. Ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.1 Rio de Janeiro June 2010. Acesso em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700073>. Acesso em: 04 de nov. de 2019.

ROSA, Lucia Santos. **A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200005>. Acesso em 10 de nov. de 2019.

_____. **Política de saúde mental e os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: a inserção de assistentes sociais**. In: CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Seminário Nacional de Serviço Social na saúde. Brasília - DF – 2017. Disponível em:<<<http://www.cfess.org.br/arquivos/LivroSeminarioSaude2009-CFESS.pdf>>>. Acesso em: 20 de jun. de 2019.

_____. **Transtorno Mental E O Cuidado Na Família**. -3°.ed, São Paulo, Cortez, 2011.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. **Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana**. Ciência & Saúde Coletiva, 18(7):2129-2138, 2013. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n7/2129-2138/>>. Acesso em 10 de nov. de 2019.

SCHARANK , Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. **Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família**. Rev Esc Enferm USP2008; 42(1):127-134. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>>. Acesso em 10 de out. de 2019.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. **Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-66282014000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 de out. de 2019.

SÃO BORJA. **Projeto do CAPS AD III.** Sem data. Impress.

_____. Secretária Municipal da Saúde. **CAPS Dr. Caio Escobar. Um lugar especial.** Folder informativo CAPS I Dr. Caio Escobar Impresso [s.d].

SATIN, Gisele; KAFLEK, Teresinha E. **A Família e o Cuidado em Saúde Mental.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acesso em: 10 de out. de 2019.

SILVEIRA L; BRAGA VAB. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4): 591-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>> Acesso em: 30 de ago. de 2019.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Família e as formas de proteção social primária aos idosos.** Revista Kairós, São Paulo, 11(2), dez. 2008, pp. 59-80. Disponível em: <<http://ken.pucsp.br/kairos/article/download/2393/1486>>. Acesso em: 30 de out. de 2019.

TRINDADE, Hiago. **Crise do capital, exército industrial de reserva e precariado no Brasil contemporâneo.** Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 129, p. 225-244, maio/ago 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n129/0101-6628-sssoc-129-0225>. Acesso em: 05 de nov. de 2019.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social/** Eduardo Mourão Vasconcelos- Campinas: Papel Social, 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVEIRA L; BRAGA VAB. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** Rev Latino-am Enfermagem 2005 julho-agosto; 13(4): 591-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>> Acesso em: 30 de ago. de 2019.

APÊNDICES

Apêndice A – Modelo de Roteiro de entrevista

Modelo de Roteiro de Entrevista direcionado a Usuários dos serviços de saúde mental (familiares).

Gênero do/a entrevistado/a: _____

Idade: _____

Raça: _____

1. De que forma se expressa o arranjo familiar - **Quantas pessoas moram com você?**
2. Quem prove os cuidados à pessoa em sofrimento mental(sugiro atendimento no CAPS)-**Dentro das relações familiares quem é o/a responsável por exercer os cuidados a pessoa em sofrimento mental?**
3. Como se configura a renda familiar – **Somando a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?**
 - () Menor que um salário mínimo.
 - () Um salário mínimo.
 - () Mais que um salário mínimo e meio.
 - () Mais que dois salários.
 - () Três salários ou mais.
4. **Quantas pessoas contribuem para renda familiar?**
5. Como se deu a aproximação como a política de saúde mental no município de São Borja. **A partir de que momento você passou a freqüentar os serviços ofertados pela política de saúde mental em São Borja?**
6. Como se configura o provimento de cuidados. **Como é ter responsabilidade em exercer os cuidados ao/a pessoa em sofrimento mental da sua família?**
7. Como se configura a relação familiar a partir do adoecimento mental. **Como é a convivência familiar em relação ao adoecimento mental?**
8. Como se configuram as relações com o meio. **Como se dá a convivência com a comunidade (amigos, vizinhos, trabalho, etc..)?**
9. **De qual serviço da saúde mental do município de São Borja, você é acompanhado?**
10. **Quais os tipos de acompanhamento você recebe do serviço de saúde mental?**
11. **Há quanto tempo você freqüenta os serviços de saúde mental?**
12. **Como você avalia a sua vida fora dos de saúde mental?**

Apêndice B – Modelo de Roteiro de entrevista

Modelo de Roteiro de Entrevista direcionado a Usuários dos serviços de saúde mental.

Gênero do/a entrevistado/a: _____

Idade: _____

Raça: _____

1. De que forma se expressa o arranjo familiar - **Quantas pessoas moram com você?**
2. Quem prove os cuidados à pessoa em sofrimento mental- **Dentro das relações familiares quem é o/a responsável por exercer os seus cuidados?**
3. Como se configura a renda familiar – **Somando a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?**
 - () Menor que um salário mínimo.
 - () Um salário mínimo.
 - () Mais que um salário mínimo e meio.
 - () Mais que dois salários.
 - () Três salários ou mais.
4. **Quantas pessoas contribuem para renda familiar?**
5. Como se deu a aproximação como a política de saúde mental no município de São Borja. **A partir de que momento você passou a freqüentar os serviços ofertados pela política de saúde mental em São Borja?**
6. Como é ser um usuário/a da política de saúde mental. **Como você percebe a questão de ser um/uma usuário/a dos serviços de saúde mental, como isso se reflete no seu cotidiano?**
7. Como se configuram as relações com o meio. **Como se dá a convivência com a comunidade (amigos, vizinhos, trabalho, etc.)?**
8. Qual é a percepção acerca das relações familiares a partir do adoecimento mental. **Como você percebe a sua relação com seus familiares, após tornar-se um usuário da política de saúde mental?**
9. **De qual serviço da saúde mental do município de São Borja, você é acompanhado?**
10. **Quais os tipos de acompanhamento você recebe do serviço de saúde mental?**
11. **Há quanto tempo você frequenta os serviços de saúde mental?**
12. **Como você avalia a sua vida fora dos de saúde mental**

Apêndice C – Modelo de roteiro de coleta documental

Identificar subsídios para entender como se constitui a rede de saúde mental no município de São Borja.

Identificação do Serviço

Nome da instituição:

() instituição pública

() instituição privada

() outras, definir : _____

Nível de atenção a que se vincula na saúde:

() primário

() secundário

() terciário

Serviços ofertados (listar):

Periodicidade do atendimento, horário de funcionamento:

Público alvo (identificar se a família faz parte do público a ser atendido):

Obs.:

Apêndice D - Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Saúde Mental e Família: Os impactos da Responsabilização no provimento dos cuidados.

Acadêmica/pesquisadora responsável: Géssica Eleandra Floriano Pereira

Instituição: Universidade Federal do Pampa – Unipampa, Campus São Borja/RS

Telefone celular da pesquisadora para contato (inclusive a cobrar): (55)99941-3035.

Prezado/a Senhor/a

Você está sendo convidado/a para participar, como voluntário/a em um projeto de pesquisa cujo título é....., que tem por objetivo *Analisar as implicações do adoecimento mental na vida dos familiares dos(as) usuários(às) acompanhados pela política de saúde mental a fim de contribuir com a efetivação da integralidade no atendimento.*

O estudo será de caráter qualitativo e de tipo exploratório, a coleta de dados será feita através da entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas direcionadas aos usuários e familiares de usuários atendidos pelos serviços de saúde mental de São Borja.

Tais registros ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos e será utilizado apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após serão deletados e/ou incinerados. A pesquisadora garante que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa podendo você ter acesso as suas informações e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário. Seu nome e material que indique sua participação não serão divulgados e você não será identificada/o em qualquer publicação que possa resultar deste estudo.

A participação na pesquisa exige somente disponibilidade para participar da entrevista, com garantia de decidir livremente sobre a participação e desistir de participar a qualquer momento. Também, como a participação é voluntária e gratuita será conciliada com datas que não prejudiquem o seu exercício profissional e/ou pessoal. Não haverá qualquer tipo de despesa ou compensação financeira durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, para você ou seus descendentes.

No que diz respeito aos benefícios, os resultados dessa pesquisa poderão subsidiar ações potentes no sentido de aprimorar os serviços de saúde mental no município, especialmente no atendimento aos familiares de usuários de saúde mental.

Quanto aos riscos, a realização da pesquisa pode acarretar constrangimento por parte dos sujeitos pesquisados ao ser entrevistado pela pesquisadora, assim como ter a organização da dinâmica da sua rotina de vida e trabalho alteradas. Se isso ocorrer o procedimento de coleta será imediatamente interrompido.

Por meio deste documento e a qualquer tempo você poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar. Também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer algum tipo de penalidade ou prejuízo.

Caso ainda haja dúvidas você poderá pedir esclarecimentos nos endereços abaixo:

Géssica Eleandra Floriano Pereira – Email: gessicafloriano.gf@gmail.com

Rua Rudy Adolfo Wurfell, nº 325, – São Borja/RS.

Após ser esclarecido/a sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pela pesquisadora responsável.

Nome do Participante da Pesquisa: _____

Apêndice D – Caracterização da população entrevistada

Fonte: Pesquisa de Campo realizada com usuários/as e famílias acompanhadas pela política de saúde mental no município de São Borja (2019).

Quadro 05- Caracterização da população de usuários/as famílias de usuários/as dos serviços em saúde mental do município de São Borja.

Sujeitos	Gênero	Raça	Idade	Renda	Composição Familiar	Tempo De Permanência Institucional	Serviço do qual é acompanhado/a
Usuário (A)	Feminino	Negra	40 anos	Menor que um salário.	2 pessoas	8 Meses	CAPS I
Usuário (B)	Masculino	Pardo	40 anos	Três salários ou mais.	5 pessoas	2 Meses	CAPS I
Usuário (C)	Masculino	Branco	53 anos	Mais que um salário mínimo e meio.	2 pessoas	15 Anos	CAPS I
Usuário (D)	Masculino	Pardo	30 anos	Três salários ou mais.	4 pessoas	5 Meses	CAPS AD III
Usuário (E)	Masculino	Branco	39 anos	Menor que um salário.	1 pessoa	5 Anos	CAPS ADIII
Família (F)	Feminino	Negra	63 anos	Um salário mínimo.	2 pessoas	8 Anos	CAPS I
Família (G)	Feminino	Negra	58 anos	Mais que dois salários.	3 pessoas	8 Anos	CAPS I
Família (H)	Feminino	Negra	51 anos	Mais que um salário mínimo e meio.	3 pessoas	2 meses	CRAISM

Apêndice E – Dados coletados via pesquisa de campo com usuários/as e famílias acompanhadas peã política de saúde mental do município de São Borja

Questão Social
<p>Usuário (A)</p> <p>Como agora ele vende verdura na rua, então a renda dele não é o suficiente para pagar um aluguel, eu prefiro pagar um aluguel e viver em paz, do que sempre nesse tumulto sempre com o cérebro a mil por hora, para mim é péssimo, é horrível [...] ele faz de tudo para tentar me acalmar, diz que tudo vai se ajeitar, eu digo que Deus queira que tudo se ajeite.</p> <p>O que realmente aconteceu porque no momento em que eles souberam que eu fazia o tratamento, que eu fazia o acompanhamento no CAPS, eu fui demitida, em três, duas semanas e desde então, eu não consegui mais trabalho.</p> <p>Tem os medicamentos que eu ganho do posto, mas um eu tenho que comprar cento e setenta e cinco reais todo mês é esse valor né tem que enforçar para poder, porque sem a medicação não dá pra ficar.</p> <p>No momento em que o empregador vê que eu estou tomando aquela medicação todo dia, ele vai me perguntar o porquê da medicação e eu vou ter que falar o porquê eu estou usando aquela medicação, e aí desde então eu não consegui mais trabalho.</p> <p>Mas onde mais eu senti o impacto foi no trabalho é como se aquilo tivesse ficado marcado no meu currículo, no momento que eu largo currículo se o empregador olha aquilo ali, vai ser descartada na hora.</p>
<p>Usuário (B)</p> <p>Eu adquiri dívidas, porque eu ajudava em casa, e quando a gente tem um compromisso, tem que cumprir.</p>
<p>Usuário (C)</p> <p>Eu tenho o benefício né e minha companheira tem ajuda da mãe dela e eu pedi uma ajuda no CRAS. É muito difícil porque a casa é alugada sabe, somos só nós dois aí a gente faz economia.</p> <p>Eu aprendi que na realidade eles amam uma coisa igual, um padrão, a vaidade, [...] certas relações, tem certas coisas que ficam na memória da gente e que vão mudando, eu fico apavorado assim porque se a gente para de trabalhar, parece que vão passar na frente da gente.</p> <p>A minha convivência é aqui e com a minha companheira, a doença isola as pessoas da gente, elas não acreditam, então aqui dentro a gente se reconhece, não é vencido pela vaidade de ser igual, cada um tem a sua qualidade.</p>
<p>Usuário (D)</p> <p>Ai quando eu consegui abrir os olhos, enxergar quem eu tava sendo na minha vida, a pessoa que eu tava sendo, já era tarde demais, já tinha perdido esposa, minha casa, afastamento dos filhos, pai e mãe já não tinham confiança entendeu mas uma pessoa que ficou sempre do meu lado foi o meu pai, ele sempre lutou, não que a minha mãe não fizesse nada mas ela sempre uma pessoa mais fraca ela chorava ficava triste entrava em depressão, ela se afetou que chegou afetar a coluna dela, e ela parou no hospital pai teve que vender carro, vender outras coisa pra poder, fazer o tratamento dela, e ai eu em vez de conseguir ver isso, o que eu prejudicava a minha família, eu me afundava mais e o surto fazia com que eu usasse mais.</p>

[...] foram das fases mais drásticas eu não tinha mais controle para trabalhar, não tinha controle para fazer o uso, aí evolui para furto, assalto, tráfico, cada vez me afundando, e aí com a perda da família e esposa e irmão.

Eu tinha certa frustração, porque eu saía daqui e não conseguia emprego, porque eu trabalho por conta própria e muitas vezes não aparecia, eu queria um emprego de carteira assinada, mas aí eu ficava três, quatro dias em casa e no quinto eu recaía, dessa vez, eu saí daqui e arranjei emprego e isso me motivou mais.

Tinha pessoas que eu magoei muito em relação as minhas escolhas de vida do passado e eu achava que eu não teria mais o convívio, e bastou a minha mudança, essas pessoas foram vendo, com pessoas próximas, com algumas falam de um jeito que duvidam, fica aquele receio, só depende de mim.

Ninguém eu estou endividado, e to no CAPS, não tenho renda, só se fizer bico, e eu tenho medo de pegar dinheiro e cair (renda).

Eu vejo que muitas pessoas me julgam mal, dizem que tá bem hoje.

O mais importante não é a questão financeira, mas sim como as pessoas tratam, eu recuperei o afeto dos meus pais, claro tem pessoas com receio ainda, entendeu, falam, fica o estigma sempre vai ter. A gente estava comentando no grupo que um cara falou que não dava emprego para drogado, ele é muito meu amigo, mas quando completaram duas semanas de amizade, ele teve essa atitude com um rapaz, que me magoou muito, porque ele foi largar currículo e ele comentou do rapaz ser drogado e não confiar nesse tipo de gente. Se fosse um tempo atrás eu recairia, ficaria triste porque nenhuma pessoa vê a mudança em mim.

Usuário (E)

Eu passei a conhecer a minha doença, como dizem aquele sem vergonha, usa porque quer, ele tem uma compulsividade e usa aquilo e usa aquilo e não percebe, ele quer fugir de uma briga de um problema, ele quer fugir do julgamento da sociedade.

Faz 20 poucos anos que eu iniciei o tratamento e eu recaio, vinham os problemas vinham às contas e eu não conseguia resolver e acabava usando ou bebida ou a droga.

Eu convencia a me darem dinheiro e pegava e usa pra compra droga, o meu pai por ele ser antigo ele não aceita, isso, ele não sabe dos meus sonhos, já me chamam com maconha na mão, mas ninguém me chama pra comer, as pessoas só me chamavam pra usar droga, o único amigo foi deus, pra me ajudar, a melhor coisa é tomar o remedinho que fazer dormir e o remedinho que tira a fissura e a injeção que desintoxica.

Eu era forte hoje me vejo uma caveira, eu venho lutando, eu tenho uma filha de dezoito anos, ela pediu pra fazer tratamento, fiz prova pra fazer medicina, minha mãe morreu e comecei usar droga e tive depressão.

Eu nunca consegui vencer a droga quanto mais quantia que eu usava mais doente eu ficava mais eu precisava do CAPS, tive emprego em tudo que é lugar, que hoje sabe do problema da minha adicção e nem me olham sabe, é uma coisa atrapalhou minha vida, meus sonhos, primeiro eu tinha que sanar tirar dentro de mim, eu sinto que eu tenho um leão bom e um leão mal, um que quer me curar.

Dentro de casa sempre procurei amar, trabalhei em mercado, montador, então sem conta pintura, aí quando eu comecei a me quebrar com a sociedade que ela percebeu que eu tava muita vez que eu andava drogado bêbado, aí conseguia bico, mulher e filha e meu pai não aceitava.

Família (F)

Só o benefício [...], porque eu não posso trabalhar pra cuidar dela, minha outra filha vai embora porque está sem serviço .

<p>Dia e noite ela caminhava, coisa horrível o dia e noite, não foi fácil, só pra um cuida, dava banho, eu tava achando grave, e eu já tava ficando assim eu não dormia mais, não dormia nada e gritava os vizinhos achavam que a gente judiava eles não entendem, mas não eram não entendiam por que. (Adoecimento)</p>
<p>Família (G)</p> <p>Tem o benefício dele e meu marido ajuda com a renda porque a casa é minha né de uma invasão, que todo mundo pegou, agora vão legalizar.</p> <p>Faz 16 anos que eu trabalhava com coisa de reciclagem ai eu tinha um carrinho, eu ganhe carrinho pra trabalhar de um vereador, e eu vinha de lá do passo, às vezes eu dobrava o serv só tomava um café no dia todo, nem ia almoçar em casa, pra render mais, ai eu fui parar no ho de esgotamento, ai o Mauro Almeida me disse lá no hospital não então vamos fazer assim t trabalhar só pela parte da manhã, pela parte da tarde vai ficar em casa, fui parar no hospita esgotamento, ele disse que tinha que ser assim porque eu tenho problema de pressão alta.</p> <p>E quando ele ia pro hospital, ele direto pro CTI, se criou mais dentro do hospital, por isso que eu que tem que ter muita paciência, é como me dizem mãe até que tu tem muita paciência, po outras mãe não tem, outras mãe largam de mão, e eu tenho um monte de problema porque tem os outros filhos com problema, eu atendo o [...], atendo os filho preso, atendo o marido quan em casa, e ele se trato pra bebida, tem os remédio aqui as receita, as vitamina, eu já internei e monte de vez, e ele vai porque quer né e aqui tem as coisa perto que vende isso.</p>
<p>Família (H)</p> <p>Os três contribuem, mas não chega a dar três salários porque um deles trabalha na fazenda e não chega a um salário mínimo, e eu trabalho de domestica e o outro em uma serralheria. (Renda)</p> <p>Os amigos entre aspas aqueles não existem mais, ouve o afastamento de pessoas que não, que não tem mais aquele vinculo Eu não tenho vergonha perguntavam sobre eles e eu falava que estavam internados, ai me davam os parabéns por eu falar, me estenderam a mão me deram aquele conforto, aquela auto estima pra mim não desabar.</p>
<p>Provimento de Cuidados</p>
<p>Usuário (A)</p> <p>Meu marido cuida de mim.</p>
<p>Usuário (B)</p> <p>Minha mãe e eu, ela é muito apegada a mim, quer ter o controle de tudo, então eu deixei, a minha documentação, eu deixei cartões, decidi que fique com ela já que ela quer se sentir a pessoa que coordena tudo, então deixa entendeu, eu e ela estamos passando por essa situação juntos entendeu. Então isso é prejudicial até, porque se eu tenho algo pra fazer tenho que pedir pra ela, pra mim é prejudicial porque ela faz tudo (Usuário B).</p>
<p>Usuário (C)</p> <p>Eu mesmo desde que eu senti que ia virar alcoólatra, filho de peixe peixinho é, ai eu procurei o tratamento, falei com a Ivete lá, to bebendo demais, provei e não consigo mais parar, então tive uma duas vezes lá, e agora dessa vez que foi algo psicótico que aconteceu, eu procurei e ajeitei os papeis ninguém me levou.</p>
<p>Usuário (E)</p> <p>Meu pai não aceita eu ser um adicto, eu que busquei tratamento, eu quero sair da rua, eu andava pedindo comida na rua sem necessidade, diziam teu pai tem tudo e tudo pedindo comida.</p> <p>Minha mãe me ensinou em sete fazendas, faz vinte e dois anos que eu frequento o CAPS quando ele era cuca legal, para eu não morrer eu venho nos tratamento, agora faz menos de quatorze dias depois eu vou pra fazenda, e quantos mais tempo pra mim é melhor, hoje eu me olho e me vejo com olho travado, fraco, lento, eu já coloquei na minha cabeça, que não é pra mim.</p>
<p>Família (F)</p>

Como é que eu digo, meu deus a gente tem que cuida seja ruim ou seja bom, fazer o que né, não é fácil eu sei o que a gente passa, eu pensava será que vou conseguir na minha idade já, eu não dormi quatro meses cuidando dela, todo mundo tinha medo, meu deus e agora, só eu mesmo, mãe é mãe, eu fiquei muito, esquecida de tanta coisa que tinha que resolver, só eu, agora ela ta bem, tem que ter fé, dorme bem, se alimenta bem, eu chorava, a vizinha perguntava como a senhora agüenta.

Dia e noite ela caminhava, coisa horrível o dia e noite, não foi fácil, só pra um cuida, dava banho, eu tava achando grave, e eu já tava ficando assim eu não dormia mais, não dormia nada e gritava os vizinhos achavam que a gente judiava eles não entendem, mas não eram não entendiam por que.

Quando ela vai para o CAPS eu dou uma fugida e saio resolver as coisas.

Família (G)

Eu que cuido que faço tudo, que dou banho, tudo.

Não responsável eu sou, sempre tive com ele desde que ele nasceu, acho que bem [...] porque como eu disse tem mães que abandonam não agüentam, eu me viro, por que só eu para me virar, tudo eu, e para os outros também sou eu.

Eu parei de trabalhar, trabalhava com reciclagem, por causa do [...] porque ele é uma pessoa assim, eu vinha notando, qual é a mãe que não vai notar, eu notei que ele estava muito solitário demais, ele ficava sozinho em casa sabe, eu tenho um vizinhos muito bons que me ajuda muito a cuidar dele.

Eu não posso visitar ela por causa do [...] como eu digo é tipo de uma criança eu tenho que estar vinte e quatro horas com ele, eu tenho que ver a roupa o remédio na hora, é eu que tenho que estar empurrando para o banho, vai toma banho tu tem colégio, eu chamo o CAPS de colégio (risos), hoje é dia de colégio começo cedo [...].

Família (H)

Eu que cuido deles, nós formamos uma união entre os três, um cuida do outro.

Como que eu vejo a responsabilidade de cuidar ele, eu vejo que eu sempre estou em volta deles, assim sempre alertando, os medicamentos na hora certa, e a gente conversando. Eu comecei a freqüentar os grupos e estudar muito, me aprofundando, para entender e pode dar apoio para eles.

Serviços de Saúde Mental em São Borja

Usuário (A)

Foi em 2012, eu tinha fortes dores de cabeça, ai eu comecei a ter esquecimento, tinha muita irritação, eu fui consultar com um clinico geral e ai ele me passou para a psiquiatra que é a doutora [...] e ai desde então eu não parei.

Atendimento psiquiátrico, tanto o doutor [...] como a Dra [...] estão disponíveis para gente, a enfermeira, psicóloga sempre disponível, na ausência dela a gente pode conversar com a terapeuta ou com a assistente social, então elas estão sempre disponíveis pra gente qualquer uma delas, isso é, tipo se eu tivesse fora daqui, seria mais demorado ainda porque uma consulta com o psiquiatra mesmo particular ou pelo sistema único demora mais ainda, demora seis meses para conseguir uma consulta com o psiquiatra e aqui não, aqui dentro eles estão disponíveis Dra [...] toda a terça feira Dr. [...] de terça a sexta-feira, então tem psicóloga todos os dias, a nossa terapia as profissionais sempre disponíveis para gente a [...] sempre disponíveis se precisar conversar elas vão estar sempre ali para te ajudar, é muito bom que tem isso aí é um suporte, no momento em que tu ta se sentindo mal, tem dias que eu chego aqui meio em crise, chego aqui e peço para conversar com alguma delas e aquilo ali ajuda a acalmar.

Se não fosse o tratamento pelo serviço eu não teria suportado não, como já tentei o suicídio quatro vezes, provavelmente eu tentaria até conseguir, sem sombra de dúvidas, eu ia tentar até conseguir, se eu não tivesse o suporte daqui, só lá eu não iria longe não.

Usuário (B)

Fui direto para o CRAISM, tomei a medicação direto até melhorar, e depois de alguns dias de eu ter ficado lá, eu vim para cá. Contínuo fazendo o tratamento faz mais de meses, uns dois meses agora, eu estou bem aqui, mas o que acarretou eu parar aqui foi essa crise [...].

[...] Tu é o cara que mais toma lítio da cidade, bem assim, porque eu tomava seis comprimidos por dia, aí o que a doutora [...] receitou comprimido de lítio pela manhã e outro a noite, e eu digo assim, que eu consegui recuperar, antes disso eu tinha uma confusão mental, depois que tiraram essa quantidade eu sinto que recuperei minha forma de pensar, lá atrás era uma confusão, sabe, uma confusão mental que eu vou te contar uma coisa [...].

[...] Aí eu cheguei lá e disse para ela, doutora se me der uma coisa, uma crise como vai ser, a senhora vai me dar suporte, não, eu não sou médica de hospital, eu sou médica de consultório, o negócio é o seguinte se te der uma crise tu vai baixar hospital e vão te dar uma injeção na veia e tu vai voltar para casa, aí eu pensei estou ferrado.

Usuário (C)

Já participava, eu vinha por causa da minha irmã, e muitas vezes quando abriu aqui eu vinha trazer ela, não ficava aqui, então houve essas mudanças da vida, depois ela começou a não vir mais, eu consultei com a Ivete e ingressei aqui [...].

Muda porque o que acontece, eu vou ver o CAPS, como se fosse uma obra de sentimento, de união, que as pessoas vão se achar e falar agora não, eu posso ir para lá, eu posso ir para casa, encontrar as partes que faltam [...].

Eu consulto com a psicóloga, psiquiatra, tenho apoio da assistente social, eu encontro o amor que estava ausente assim nas pessoas, participo da terapia, encontrei companheiros porque o mundo pode até não me enxergar porque para ele eu sou invisível, e para as pessoas que estão sãs na vida [...].

Usuário (D)

Eu entrei várias vezes por compulsória por causa do meu pai (CRAISM) [...].

Assim depois que eu vi o bem que faz por mim, estar aqui, conversar com as pessoas, cada dia eu vejo experiências diferentes, conheço vidas diferentes, situações diferentes, isso me motiva mais [...].

[...] Lá no hospital a gente fica vegetando, fica quatro, cinco dias sem saber o que tu é não sabe o que acontece, tu acha que chegou num dia e está a três dias, passa aquele efeito e acarreta na ansiedade, naqueles cantos trancado por grades. Lá é um inferno, dizem que é para o bem da gente, eu posso até acreditar, no bem da família que sabe que tu não está usando droga, não está correndo risco de vida, mas é um desespero, pânico, raiva que gera dentro de uma pessoa, lá é desespero.

Aqui é dado medicamento seis horas da manhã e às oito da noite, tem os recursos de pegar a receita do medicamento de graça, tenho aceleração no coração, tomo para a pressão para dormir, e aí eu tomo remédio e durmo, sinto cansaço, se eu não tomo desregula tudo e se eu tomo eu volto a ser meio normal, então eu vou fazer o tratamento direito [...].

Conseguir eu conseguiria, fazendo tratamento, mas não me vejo aqui tem as pessoas que eu gosto pessoas que eu sei que se eu precisar eles estarão dispostos a me ouvir, eu posso conversar três horas com uma psicóloga ou um psiquiatra, mas uma pessoa em 1º minutos que passa o que eu estou passando, que tem o mesmo problema que eu e procurando ficar em sobriedade aqui é o lugar, eu me reconheço em outras pessoas, eles tem a vivência, então não tem eu ficar conversando só com os meus pais, eu gosto da quinta por causa dos grupos.

Usuário (E)

<p>[...] aqui eu fiz muitos amigos, gosto muita da equipe é como se fossem meus pais, tipo um super herói, eu vejo como super heróis que me livram da morte.</p> <p>[...] Minha mãe me internou em sete fazendas, faz vinte e dois anos que eu frequento o CAPS AD quando ele era cuca legal, para eu não morrer venho nos tratamentos, agora faz menos de quatorze dias, depois eu vou para fazenda [...] (Usuário E).</p> <p>Sinceramente eu nunca mais vou me desligar do CAPS, porque é o que salvou a minha vida, foi através daqui.</p>
<p>Família (F)</p> <p>Eu gastava quinhentos e quarenta reais no remédio dela, ai agora as gurias arrumaram pra pelo governo, agora está vindo, ela toma e esse remédio, agora sim meu sofrimento foi embora, meu e dela.</p> <p>Oficinas, remédio, consultas, terapia, tudo lá, a gente pega a receita lá e pega.</p> <p>A gente sempre precisa onde a gente tem apoio, eles tão sempre pronto, qualquer problema, o CAPS é tudo.</p>
<p>Família (G)</p> <p>Ele tem a terapia, a medicação, as atividades os médicos, psicólogo e a assistente social, todos o acompanham, têm o transporte.</p> <p>Ele começou frequentando a APAE e depois quando ficou grande, passaram ele para o CAPS quando fez 18.</p> <p>Ele esteve internado no mês passado, assim quando dão às crises eu tenho que leva para internar, quando ele começa a ficar assim, a sair fora da "casinha" eu tenho que levar, já mando baixar imediatamente.</p> <p>Olha, eu acho que seria possível, ele podia consultar e eu dar o medicamento e seria bom, porque podia consultar, se cuidar e eles acompanharem ele sabe.</p>
<p>Família (H)</p> <p>Olha, eles receberam a medicação, tem as consultas lá dentro, as oficinas e os grupos tiveram a desintoxicação.</p> <p>O meu filho mais novo começou usar drogas e ai a principio eu fui no CAPS 3, ali no hospital, são Francisco, porque eu achava que meu guri tinha vicio só de bebida, ai pedi ajuda e não consegui marcava um horário, só que dava interferência por causa do trabalho ele tinha que pegar uma e meia e sempre elas iam depois e ai nunca deu.</p>
<p>Relação Familiar</p>
<p>Usuário (A)</p> <p>Eu não sei o que é ter paz naquela casa, eu só tenho paz no momento que eu estou aqui e depois de noite quando meu marido chega que aí eles se acalmam. Quando ele chega, eles parecem uns anjos, faz três dias que eu não sei o que ter paz, é uma coisa que eu não tenho, só no momento em que ele ta em casa, que ele chega de noite, e quando to aqui, no momento que eu volto pra casa meu deus do céu aí já começa tudo de novo.</p> <p>[...] olha isso lá em casa é como um tabu é como se eu não usasse o serviço daqui.</p>
<p>Usuário (B)</p> <p>A família custou a entender assim sabe e ficou muito assustada e tanto é que eles não me internaram da primeira vez, nem na segunda e nem na terceira vez (Usuário B).</p> <p>A minha irmã não fala comigo, meu padrasto muito menos, a minha sobrinha que é pequenininha também não fala comigo, por instrução da mãe a não falar. Ficou uma mágoa</p>

<p>sabe então ela não se comunica comigo, só assim o essencial do essencial, ainda por gesto, sei lá.</p>
<p>Usuário (C)</p> <p>A minha família tem muito problema sabe minha mãe é idosa e acamada, gosto muito dela, tem a minha irmã que é doente e muito nervosa e meu irmão e sobrinho que são usuários de droga, e eles não aceitam sabe, eles acham que tem a razão, ai a gente não se acerta, eu morava com eles mas não agüentei, não conseguia mais pensar, ai minha companheira me tirou de lá, mas ainda preciso visitar minha mãe, falei que não ia abandonar ela, mas não tem como conviver com meu irmão porque ele não busca tratamento e não me aceita.</p>
<p>Usuário (D)</p> <p>Eu entrei várias vezes por compulsória por causa do meu pai.</p> <p>Ai quando eu consegui abrir os olhos, ver quem eu tava sendo na minha vida, a pessoa que eu tava sendo, já era tarde demais, já tinha perdido esposa, minha casa, afastamento dos filhos, pai e mãe já não tinham confiança entendeu mas uma pessoa que ficou sempre do meu lado foi o meu pai, ele sempre lutou, não que a minha mãe não fizesse nada mas ela sempre uma pessoa mais fraca ela chorava ficava triste entrava em depressão, ela se afetou que chegou afetar a coluna dela, e ela parou no hospital pai teve que vender carro, vender outras coisa pra poder, fazer o tratamento dela, e ai eu em vez de conseguir ver isso, o que eu prejudicava a minha família, eu me afundava mais e o surto fazia com que eu usasse mais.</p> <p>Eles ficaram felizes, eles sabiam da minha história, das minhas escolhas do que eu fiz para não ser ajudado, e eles me viram procurar uma instituição, que tem um auxilio, que tem psicóloga, psiquiatra, assistente social, eles ficaram impressionados tanto que todo mundo fala, o pessoal vai elogiando, me sinto motivado, que alguém vê e da mais motivo pra continuar.eu mantenho pra fazer eles felizes e me fazer feliz.</p>
<p>Usuário (E)</p> <p>Eu tinha família, tinha mulher, filha, hoje em dia eu to sozinho.</p> <p>Meu pai quando soube não aceitou, ele me disse meu filho quando tu vai ter caráter de parar de beber e usar essas coisa, e vir trabalhar comigo.</p> <p>Segue uma desconfiança entende, eles não acreditam mais em mim eu tenho que esperar uns vinte anos, lúcido pra provar que realmente eu mudei [..]”.</p>
<p>Família (F)</p> <p>São todos unidos, eu tenho que viajar e tenho que levar ela, ai tem que perguntar para o médico, mas as filhas dela ela perdeu o contato quando eu comecei a cuidar dela.</p>
<p>E meu marido trabalha para fora, só vem de quinze em quinze dias, que até é bom, ele é bem trabalhador, o problema do meu marido, o problema que ele trabalha vem pra casa e tem um bar na ultima quadra, aí o nego veio é bem trabalhador, mas quando ele bebe, se desleixa já foi até internado, umas três vezes por causa de bebida. Ai quando ele ta em casa e vai sair tiro dinheiro, relógio tudo porque ele volta sem nada, quantos anos que faz que sou casada com ele.Ai ele chega em casa e se implica com o [...], se ele ta sentado aqui se implica, diz que ele não faz nada, que tu só tem problema na cabeça e nas vistas, porque o [...] tem isquemia na cabeça ataco né, ele começou freqüentando a APAE e depois quando ficou grande, passaram ele para o CAPS quando fez dezoito.</p>
<p>Família (H)</p> <p>Hoje nós somos uma família, hoje nós sentamos e conversamos, dialogamos colocamos a nossa vida em pratica, as contas, que antes eu não tinha filho em casa, eles só tinham amor por aquela sementinha na mão, eu não existia na vida deles, hoje eles vem, eles dizem o amor da minha mãe é profundo, hoje eles sabem valorizar.</p>

Apêndice E – Coleta Documental de Dados CAPS- Dr Caio Escobar

Identificar subsídios para entender como se constitui a rede de saúde mental no município de São Borja.

Identificação do Serviço

Nome da instituição: CAPS I Dr, Caio Escobar

instituição pública

instituição privada

outras, definir : _____

Nível de atenção a que se vincula na saúde:

primário

secundário

terciário

Serviços ofertados (listar):

Grupos familiares, visitas domiciliares, psicoterapia individual e em grupo, atendimento de enfermagem, administração de medicamentos, oficinas terapêuticas e atendimento domiciliar.

Periodicidade do atendimento, horário de funcionamento:

Aberto de Segunda a Sexta-feira acolhendo o atendimento psicossocial a seus usuários, familiares e a população de São Borja. Horário de Atendimento: Manhã das 8h às 12h Tarde das 13h às 17h.

Público alvo (identificar se a família faz parte do público a ser atendido):
Qualquer pessoa que apresenta algum tipo de sofrimento psíquico.

Obs.:

A pessoa receberá atendimento de acordo com a sua sintomatologia. Conforme triagem a pessoa em sofrimento mental receberá acompanhamento intensivo (frequência diária no CAPS), participando de todos os tipos de atendimentos; semi-intensivo (freqüentando mais de uma vez por semana) e o tratamento não intensivo (atendimentos mensais).

Documento Utilizado:

SÃO BORJA. Secretária Municipal da Saúde. **CAPS Dr. Caio Escobar. Um lugar especial.** Folder informativo CAPS I Dr. Caio Escobar Impresso [s.d].

PEREIRA, Gécica Eleandra Floriano Pereira. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA. **Análise Institucional CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial Dr. Caio Escobar.** 2018.

Apêndice F – Coleta Documental de Dados HIG- Hospital Ivan Goulart, CRAISM- Centro de Regional de Atenção Integral à Saúde Mental

Identificar subsídios para entender como se constitui a rede de saúde mental no município de São Borja.

Identificação do Serviço

Nome da instituição: HIG- Hospital Ivan Goulart, CRAISM- Centro de Regional de Atenção Integral à Saúde Mental

- instituição pública
- instituição privada
- outras, definir:

HIG- Filantrópica. CRAISM- Atualmente estão funcionando 16 leitos pelo SUS, sendo 14 estaduais e 2 federais, a partir de janeiro passarão a funcionar mais 14 leitos federais pelo SUS, totalizando 36 leitos.

Nível de atenção a que se vincula na saúde:

- primário
- secundário
- terciário

Serviços ofertados (listar):

No que tange ao CRAISM, o Hospital Ivan Goulart possui um serviço de atendimento de urgência e emergência 24 horas, a maioria do público atendido pelo centro é referenciado pela RAPS, os demais entram via Pronto Socorro que possui leitos de observação conveniados ao Sistema Portas Abertas (federal) através do qual podem ficar em observação de 24 a 48hrs sendo avaliados por equipe multidisciplinar de acordo com a singularidade dos casos, logo após são encaminhados/referenciados para a RAPS, ou quando se tratar de sofrimento mental agudo/crônico que necessite de internação em hospital geral, o usuário é referenciado ao CRAISM (GARCIA, 2018, p.11).

Periodicidade do atendimento, horário de funcionamento: No processo de tratamento os usuários permanecem internados por até 30 dias, o tempo varia de acordo com o nível de complexidade e necessidade de cada caso, nesse sentido o paciente recebe acompanhamento por equipe especializada.

Público alvo (identificar se a família faz parte do público a ser atendido): O público alvo se direciona a indivíduos em sofrimento mental ocasionado ou não por álcool e outras drogas de São Borja, região e demais municípios do

estado do RS através da regulação de leitos que é executada pelo do setor de internação (GARCIA, 2018, *Apud* HOSPITAL IVAN GOULART).

Obs.:

Com o novo projeto do CRAISM, implementado e efetivado em março do ano de 2018, os leitos físicos passam a ser 36, atualmente estão funcionando 16 leitos pelo SUS, sendo 14 estaduais e 2 federais, a partir de janeiro passarão a funcionar mais 14 leitos federais pelo SUS, totalizando 36 leitos juntamente com os 6 leitos que funcionam pelos convênios e pelo particular (GARCIA, 2018 *Apud* HOSPITAL IVAN GOULART).

O CRAISM nasceu de uma necessidade da região da 12ª coordenadoria de saúde de remanejamento dos leitos de saúde mental do hospital geral, para que a demanda reprimida da região e demais municípios do estado do Rio Grande do Sul pudesse ser suprida e de melhor atender os usuários da política de saúde mental em uma região fronteiriça (GARCIA, 2018, p.08).

Documento Utilizado:

GARCIA, Rubya Souza. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA. **Análise Institucional Fundação Ivan Goulart – Hospital Ivan Goulart.** 2018.

Apêndice G – Coleta Documental de Dados CAPS AD III São Borja

Identificar subsídios para entender como se constitui a rede de saúde mental no município de São Borja.

Identificação do Serviço

Nome da instituição: **CAPS AD III São Borja**

(x) instituição pública

() instituição privada

() outras, definir : _____

Nível de atenção a que se vincula na saúde:

() primário

(X) secundário

() terciário

Serviços ofertados (listar) :

Atendimento de Enfermagem (Realiza administração das medicações e demais procedimentos necessários); Psicoterapia Individual (Proporciona o conhecimento pessoal); Grupos Terapêuticos (Podem ser com usuários/as e familiares para troca de experiências); Orientação para os Familiares (São realizadas visitas domiciliares e atendimento no CAPS AD III para motivar a continuidade do tratamento); Clínico Geral (Avalia e acompanha a saúde do paciente durante o tratamento) e Oficinas Terapêuticas (As atividades têm como objetivo estimular a autonomia, qualidade de vida, potencializar recuperar habilidades psicomotoras, cognitivas e de autocuidado, bem como, prevenção e promoção de saúde).

Periodicidade do atendimento, horário de funcionamento: Acolhimento das sete às dezenove horas, com funcionamento vinte quatro horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. A permanência de um/a mesmo /a usuário/a em acolhimento noturno fica limitada a quatorze dias no período de trinta dias.

Público alvo (identificar se a família faz parte do público a ser atendido): Pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Também são realizados atendimentos à população prisional, encaminhamentos do judiciário e Conselho Tutelar.

Obs.:

Ponto de atenção destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Quanto as modalidades de atendimento podem ser: Regime intensivo o usuário encontra-se em acolhimento noturno no CAPS AD III; Regime semi intensivo, o usuário comparece uma a três vezes por semana ao CAPS AD III; e Regime não intensivo.

Documento Utilizado:

SÃO BORJA. **Projeto do CAPS AD III**. Sem data. Impress.

SÃO BORJA. Secretária Municipal da Saúde. CAPS AD III 24 HORAS. **Centro de Atenção Álcool e outras Drogas**. Folder informativo CAPS ad III. Impresso. Gestão 2017-2020