

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Enfermagem

Graziela Lonardoní de Paula

**COTIDIANO DOS FAMILIARES DE
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DESINSTITUCIONALIZADOS**

Juiz de Fora
2016

Graziela Lonardoni de Paula

**COTIDIANO DOS FAMILIARES DE
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DESINSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação (*stricto sensu*), Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves.

Juiz de Fora

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lonardoni de Paula, Graziela.

Cotidiano dos familiares de portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados / Graziela Lonardoni de Paula. -- 2016.

107 f.

Orientador: Dr. Marcelo da Silva Alves

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Enfermagem. 2. Saúde mental. 3. Desinstitucionalização. 4. Cotidiano. 5. Família. I. Alves, Dr. Marcelo da Silva, orient. II. Título.

Graziela Lonardoni de Paula

**COTIDIANO DOS FAMILIARES DE
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DESINSTITUCIONALIZADOS**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação (*stricto sensu*), Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

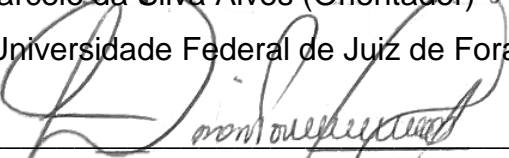
Linha de Pesquisa: Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do cuidado em Saúde e Enfermagem.

Data de Defesa: 8 de agosto de 2016.

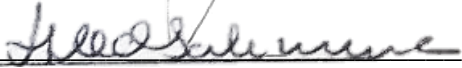
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcelo da Silva Alves (Orientador) – Presidente
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Divane de Vargas – Membro Titular
Universidade de São Paulo



Profa. Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena – Membro Titular
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Ana Lúcia Machado – Membro Suplente
Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Vânia Maria Freitas Bara – Membro Suplente
Universidade Federal de Juiz de Fora

A minha essência, minha família primeira,
Benjamin (*omnia diligaris aeternum*),
Maria Elisa e Alessandro.

AGRADECIMENTOS

Cresci embalada por músicas de Pe. Zezinho, SCJ... Em seu vasto repertório, há uma música em particular – “Tempo e Contratempo” (1973)¹ – cujo refrão constantemente incide em minhas lembranças: *“Tudo tem seu tempo e sua hora... E cada ocupação tem seu tempo debaixo do céu [...]”*.

Assim, trilho meu caminho debaixo de um céu – ora ensolarado, ora nebuloso – a passos largos, amparados e satisfeitos... Por vezes, a pequenos passos, saltitantes... Cansados... Exercidos de maneira solitária por opção ou por contingência da vida.

Este caminho, margeado por rosas e seus espinhos, por amores e dores, é atravessado por tantos outros caminhos que dão leveza a minha jornada... Tornam-na interessante... Surpreendente... Fascinante.

A caminhada tem sido árdua, mas Deus, a Quem sou grata, procura ‘em Seu tempo e em Sua hora’ acercar meu caminho de entes e de instituições especiais e imprescindíveis para que eu tenha êxito... Eternizados em meu vivido, estão,

A **Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)**, especificamente, a **Faculdade de Enfermagem**, figurada, então, na **Diretora Professora Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich**, na **Vice-Diretora Professora Dra. Zuleyce Maria Lessa Pacheco**, em seu corpo docente e em seu ‘funcionalismo’;

O **Programa de Pós-Graduação (stricto sensu)**, **Mestrado em Enfermagem**, figurado na notável **Coordenadora Professora Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena** – jamais me esquecerei do carinho com que me acolheu no momento mais difícil de minha vida;

Professor Dr. Marcelo da Silva Alves, meu caro orientador que confiou em mim, que acreditou no potencial de meu trabalho, que me apresentou bases filosóficas que transformaram de maneira arrebatadora minha perspectiva de mundo e que não me deixou esmorecer quando me faltaram forças para continuar;

Professor Dr. Divane de Vargas e Professora Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena, Professora Dra. Ana Lúcia Machado e Professora Dra. Vânia Maria

¹Inspirada em Eclesiastes (3:1-22), um dos livros poéticos e sapienciais do Antigo Testamento da Bíblia.

Freitas Bara que aceitaram participar da banca examinadora de qualificação e de defesa de minha dissertação de mestrado e que contribuíram de maneira singular para o desenvolvimento desta pesquisa e para a finalização desse percurso acadêmico;

Professora Dra. Betânia Maria Fernandes e Professora Dra. Geovana Brandão Santana Almeida, membros da banca examinadora de meu projeto de pesquisa, que contribuíram preciosa e carinhosamente no principiar desta – sem os seus apontamentos esse desfecho não seria o mesmo;

O corpo docente do Programa de Pós-Graduação (*stricto sensu*), Mestrado em Enfermagem, em especial, **Professora Dra. Cristina Arreguy de Sena; Professoras Dra. Geovana Brandão Santana Almeida e Dra. Rosângela Maria Greco; Professores Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena, Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo, Dra. Girlene Alves da Silva, Dr. Marcelo da Silva Alves e Dra. Sônia Maria Dias; Dra. Betânia Maria Fernandes e Dra. Maria das Dores de Souza** (docente convidada); **Professores Dra. Denise Barbosa de Castro Friedrich, Dra. Edna Aparecida Barbosa de Castro e Doutorando Fábio da Costa Carbogim** (docente convidado);

Meus colegas da turma 2014 do Mestrado em Enfermagem, em especial, meus inapreciáveis amigos **Carolina Lambert e Dionasson Altivo Marques**;

Professora Dra. Angela Maria Correa Gonçalves, docente do Departamento de Enfermagem Aplicada e minha ‘amiga-mãe’, presença marcante em importantes momentos de minha vida, que me concedeu inúmeras oportunidades de aprendizado pessoal e profissional;

Professora Dra. Teresa Cristina Soares, terna presença em minha vida, que me encorajou, sobremaneira, a escrever meu pré-projeto de pesquisa;

Professora Doutoranda Marli Salvador, estimada docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, a quem admiro, respeito e sou eternamente grata;

Professoras Dra. Maria Carmen Simões Cardoso de Melo, docente do Departamento de Enfermagem Aplicada; **Doutoranda Maria Inês Gomes de Almeida**, docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública e **Dra. Angélica da Conceição Oliveira Coelho**, docente do Departamento de Enfermagem Básica, que me assinalaram com a delicadeza de seus gestos;

O corpo docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, em especial, **Professores Ms. Carmelita do Carmo Ribeiro L. Camargo; Doutorando Delmar Teixeira Gomes; Dra. Maria das Dores de Souza; Dra. Maria das Graças Martins Ribeiro; Dra. Maria Lúcia de Araújo Leopoldo; Dra. Mariléia Leonel e Dra. Sueli Maria dos Reis Santos; Dra. Maria Vitória Hoffman**, atualmente, membro do Conselho Editorial da HU Revista, que me oportunizaram experienciar e ‘com-partilhar’ a *práxis* docente em diferentes momentos de minha vida;

Elisângela Trovato Nogueira de Almeida, secretária do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Enfermagem, que exerce com competência, delicadeza e disponibilidade o seu trabalho;

Meus **colegas de Grupo de Pesquisa sobre Filosofia e Sociologia do Cuidado Humano no Cotidiano da Saúde e da Enfermagem**, da Faculdade de Enfermagem da UFJF, que me incentivaram e contribuíram com o delineamento do objeto de estudo da minha pesquisa;

Candice Ellen Barbalho Lage e Paulo Sérgio Pinto, colegas de mestrado da turma 2013, que emitiram valerosos conselhos acerca do desdobramento de etapas específicas do Mestrado em Enfermagem;

O **Programa Experimental de Preparação para a Docência** que me propiciou construto para a formação docente e tornou viável minha estada neste programa de pós-graduação;

O **corpo técnico administrativo da Faculdade de Enfermagem da UFJF**, em especial, **Mariluce Jacob de Oliveira, Jeferson Cabral da Silva, Oscar Monteiro Guimarães e Ana Cristina Sá Fortes Fonseca**;

Maria Lúcia da Cunha Carmona, secretária do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFJF;

Maria Luciana da Silva Alves, responsável por minha preparação para o processo seletivo do Programa de Pós-Graduação (*stricto sensu*), Mestrado em Enfermagem;

Denise da Costa e Renata Cândido Vieira, responsáveis pela revisão ortográfica e gramatical desta dissertação de mestrado;

O **Centro Universitário Estácio Juiz de Fora**, figurado, então, na **Reitora Ms. Márcia Medeiros Mota** e no **Pró-Reitor de Graduação Ms. Douglas Machado Silva**;

O **Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora**, figurado, então, no **Coordenador Professor Ms. Danilo Alves Bitarello** e meus queridos **colegas do corpo docente**, em especial, **Professores Especialista Adriana Moreira de Carvalho Barcelos, Ms. Alex dos Santos Mendes, Ms. Ana Cláudia Sierra Martins, Dra. Andreia Stenner, Ms. Danielle Cenachi, Especialista Fábio Gonçalves Guedes, Ms. Fernando Braga Estevão, Ms. Flávia Costa Nunes, Especialista Francismeire Moreira Siqueira, Dr. Herbert Rodrigues Goulart, Especialista Humberto Luiz de Faria, Ms. Izabela Palitot da Silva, Ms. Juliana Correa do Carmo Cancino, Ms. Márcia Eliane de Oliveira Falcão, Ms. Renata Cristina Justo de Araújo, Ms. Saulo Yamim Novelino, Ms. Silvia R. C. Dias;**

Dra. Virna Braga, Dra. Paula Campos e Mestranda Tainá Caldas Novellino, docentes do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, que contribuíram para a produção do jornal 'Saúde e Sociedade';

Benjamin (*in memoriam*) e **Maria Elisa**, meus pais, símbolos de amor incondicional, de compromisso, de dignidade, de renúncia e de resiliência, que compreenderam minhas escolhas e jamais deixaram de ser "presença sensível" em todos os momentos da minha vida... Qualquer tentativa de expressão não será o bastante para traduzir o que vocês representam para mim...

Alessandro Claret, meu "irmão de sangue", de quem estou separada por tantas distâncias, mas de quem sempre me lembro com docilidade e muita saudade... Por meio dele, conheci minha querida cunhada **Mirela**... E juntos me surpreenderam com três dos presentes mais espetaculares que poderiam me dar... Meus sobrinhos **Maria Eduarda** (também minha afilhada), **Leonardo** e **Maria Luiza**;

Romeu (*in memoriam*) e **Durvalina** (*in memoriam*), **Lázaro** (*in memoriam*) e **Almeirinda**, meus queridos avós, modelos de amabilidade, de singeleza, de doação, que estão em minhas melhores lembranças;

Thadeu Santos, com quem cotidianamente exerço o 'estar-junto com', meu amor, meu companheiro que me faz muito feliz;

Sr. Reginaldo (*in memoriam*) e **d. Coralía; Margareth, Hélio** e **Victor; Sérgio** e **'Dudu'**; **João Paulo, Karla** e **Juliana**, minha família do coração;

'Tia Marise', **Luís Cláudio, Luciana, Vinícius, Maria Luísa, Luís Fernando, Fabiana** e **Cássia**, meus queridos e grandes incentivadores;

Viádia Pinheiro Cantanhede, Agnês Raquel Camisão, Bernadete Almada Neves (*in memoriam*), **Augusto César Silva, Amélia Oliveira, Lilian Andrade, Franco Groia, Erika Muniz, Giovanni Vitral Martins, César Brandão, Luciane Ribeiro, Valéria Ribeiro Lemos, Ana Beatriz Querino Souza, Cláudia Magalhães, Wanda Maria Fernandes Ribeiro**, amigos inefáveis;

'Vanitas', 'Néia', 'Meméia' e 'Katita', 'amigas-irmãs', sempiternas... Cuidam de mim, revigoram minhas forças... Ouvem-me... Aconselham-me... E alegram o meu cotidiano;

Meus queridos **acadêmicos do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora e da Faculdade de Enfermagem da UFJF** que estimulam meu processo de formação docente e o exercício cotidiano dessa atribuição;

Aline Menezes, Amanda Ferreira Araújo, Deíse Moura de Oliveira, Érika Andrade, Fernanda Silva, Kátia Pacheco e Renata Silveira, queridas amigas e ex-alunas das minhas primeiras turmas da Faculdade de Enfermagem da UFJF;

Os **profissionais das Unidades de Saúde de Atenção Primária à Saúde** que acreditaram nesta pesquisa e viabilizaram meu encontro com potenciais participantes;

Os participantes desta pesquisa, **familiares de portadores de transtornos mentais**, que contribuíram, generosamente, com seus depoimentos e tornaram possível o desenvolvimento da investigação.

Como escreveu Clarice Lispector, “[...] *não posso nem [sou capaz de] explicar [...]*”² o quanto exerceram influência sensível no decurso e na concretização do Mestrado em Enfermagem... Singelamente, manifesto a vocês meus agradecimentos.

²BORELLI, Olga. Clarice Lispector: Esboço para um possível retrato. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981. p. 135.

Depois do jantar, enfim, a primeira brisa mais fresca entrou pelas janelas. Eles rodeavam a mesa, a família. Cansados do dia, felizes em não discordar, tão dispostos a não ver defeitos. Riam-se de tudo, com o coração bom e humano. As crianças cresciam admiravelmente em torno deles. E como a uma borboleta, [...] prendeu o instante entre os dedos antes que ele nunca mais fosse seu (LISPECTOR, Clarice. Amor. In: **Laços de Família**. Contos. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2000. p. 13).

LONARDONI DE PAULA, Graziela. **Cotidiano dos familiares de portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados**. 2016. 107 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, efetivou-se com o intento de substituir o modelo manicomial por um modelo de atenção psicossocial e viabilizou-se com a criação de aparatos e serviços substitutivos de assistência aos portadores de transtornos mentais. O processo de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais asilados é uma realidade brasileira e a reinserção social destes se constitui em um caminho a ser perseguido a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, embora a maioria da sociedade não esteja preparada para aceitar o convívio com o “diferente”. Neste sentido, considera-se relevante a percepção da família acerca desse processo, em especial, quando coabita com o portador de transtorno mental. Esta pesquisa teve como objetivo compreender como os familiares de portadores de transtornos mentais percebem o seu cotidiano, a partir do momento em que se efetiva o processo de desinstitucionalização e a inclusão destes sujeitos no âmbito familiar. Para contemplar o objetivo proposto e seus desdobramentos, propõe-se a abordagem qualitativa, de caráter descritivo, fundamentada pela Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Michel Maffesoli. Os participantes desta pesquisa totalizam nove familiares, adultas, de portadores de transtornos mentais distintos e egressos de hospitais manicomiais que coabitam com os mesmos e concordaram em participar como voluntárias desta a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pós-informado. A coleta de dados foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2016, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas. O encerramento da coleta de depoimentos ocorreu no momento em que houve a saturação dos dados necessários para a pesquisa, o que determinou o início do processo analítico que gerou três unidades de significados, a saber, ‘O dia-a-dia em cena: o ente portador de transtorno mental’; ‘O dia-a-dia em cena: o tratamento’; ‘O dia-a-dia em cena: motivações para o cuidado familiar’. Esta pesquisa vem ao encontro da necessidade de buscar evidências que melhor

elucidem a percepção das famílias de portadores de transtornos mentais acerca da inserção social deste a partir da 'com-partilha' de experiências da vida cotidiana. Esta compreensão contribui para revelar potencialidades de reinserção social, mediadas pela lógica do cuidado integral, que necessitam ser consideradas pelo enfermeiro, demais profissionais de saúde e gestores, ao demandar assistência à saúde não apenas aos portadores de transtornos mentais, mas também a seus familiares.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde mental. Desinstitucionalização. Cotidiano. Família.

LONARDONI DE PAULA, Graziela. ***Daily life of the relatives of people with mental disorders who were deinstitutionalized.*** 2016. 107 p. Thesis (Master's degree) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform in Brazil was carried out with the aim of replacing the manicomial model with a model of psychosocial care and was made possible by the creation of substitutive devices and services for the care of mentally ill people. The process of deinstitutionalization of people with asylum is a Brazilian reality and the social reintegration of these is a path to be pursued from the Psychiatric Reform movement, although the majority of society is not prepared to accept the relationship with the "different". In this sense, it is considered relevant the family's perception about this process, especially when it cohabits with the mentally ill person. This research aimed to understand how the relatives of people with mental disorders perceive their daily life from the moment the process of deinstitutionalization takes place and the inclusion of these subjects in the family context. In order to contemplate the proposed objective and its unfolding, the qualitative approach is proposed, with a descriptive character, based on the Comprehensive Sociology of Michel Maffesoli's Daily Life. The participants of this research totaled nine adult relatives of people with mental disorders who were discharged from asylum hospitals and cohabited with them and agreed to participate as volunteers of this kind from the signing of a Informed Consent Form. Data collection was performed in January and February of 2016, through semi-structured individual interviews. The closing of the collection of testimonies occurred at the moment when the data needed for the research were saturated, which determined the beginning of the analytical process that generated three units of meanings, namely, 'Day-to-day on the scene: the entity with mental disorder'; 'Day-to-day on the scene: the treatment'; 'Day-to-day on the scene: motivations for family care'. This research meets the need to seek evidence that better elucidates the perception of families of people with mental disorders about their social insertion from the 'sharing' of experiences of everyday life. This understanding contributes to reveal potential for social reintegration, mediated by the

logic of integral care, that need to be considered by nurses, other health professionals and managers to demand health care not only to those with mental disorders, but also to their families.

Keywords: *Nursing. Mental health. Deinstitutionalisation. Daily life. Family.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	A LOUCURA NA MODERNIDADE.....	24
2.2	A FAMÍLIA E A MODERNIDADE.....	30
2.3	A FAMÍLIA E A 'DOENÇA MENTAL'.....	32
3	PERCURSO METODOLÓGICO E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	38
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	45
4.1	O DIA-A-DIA EM CENA: O ENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL.....	47
4.2	O DIA-A-DIA EM CENA: O TRATAMENTO.....	56
4.3	O DIA-A-DIA EM CENA: MOTIVAÇÕES PARA O CUIDADO FAMILIAR.....	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICES	101
	ANEXOS	103

1 INTRODUÇÃO

Nos diferentes contextos dos campos de ensino prático, oportunizados pela disciplina Saúde Mental durante minha graduação em Enfermagem (PUC – Campinas), no final da década de 1990, marco da sanção da Lei n.º 10.216/2001 que regulamentou o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, o que me chamou a atenção foi “a passagem” por um bairro da cidade de Campinas (SP) que, em seus condomínios de apartamentos, apresentavam ‘doentes mentais’³ contratados como jardineiros, uma vez cadastrados e inseridos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) situado neste mesmo território.

Anos depois, em 2004, graduada em Enfermagem e recém-pós-graduada em Saúde Mental, atuando na Estratégia de Saúde da Família no município de Juiz de Fora (MG), fui interpelada por uma Agente Comunitária de Saúde, sobre a necessidade de realizarmos, juntas, uma visita domiciliar a uma família em que havia um portador de transtorno mental, “sofrendo maus-tratos” do pai, porque o deslocara para dormir em um cômodo nos fundos da casa, sem porta e sem janelas, e obrigava-o a realizar a limpeza da casa, além de limitar-lhe o uso da geladeira, instalando uma corrente com cadeado nesta – atitudes justificadas pela afirmação de que seu filho não sabia se portar, “comeia muito” e despendia muitos gastos, representando um “fardo” para a família.

Ao constatar esta realidade, em que o portador de transtorno mental, egresso do hospital psiquiátrico, representa um problema para sua família quando não inserido em atividades laborativas remuneradas, a inserção deste sujeito na família e na sociedade me inquietou. E, assim, naquele momento, pensei: Como seria se esse sujeito trabalhasse? Seria diferente a percepção da família? E o seu engajamento social?

O processo de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais asilados é uma realidade brasileira e um evento histórico a ser tratado com distinção. Isto expressa não apenas a efetivação de políticas públicas vigentes, mas também a manifestação ética, exercitada no sentido de reconhecer novas e

³Nesta pesquisa, as expressões ‘doença mental’ e ‘doente mental’ estão grafadas em destaque para advertir que estão impregnadas do ideário manicomial e opõem-se às expressões transtorno mental, sofrimento psíquico e portador de transtorno mental ou de sofrimento psíquico, apropriadas aos argumentos da Reforma Psiquiátrica.

subjetivas maneiras de encarar os ‘doentes mentais’ que, por muito tempo, foram objeto de saberes e práticas científicas (CARDOSO *et al.*, 2014).

A Reforma Psiquiátrica brasileira gerou transformações imprescindíveis para o contexto da saúde coletiva que requerem mudanças no atendimento aos portadores de transtornos mentais, pautadas nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), na humanização, na valorização da cidadania e na derrocada, ainda que paulatina, do modelo asilar (WACHS *et al.*, 2010).

Mesmo ante os muitos entraves, a Reforma Psiquiátrica prevaleceu, com o objetivo de substituir o modelo manicomial, médico-hospitalocêntrico e castrador de direitos humanos, sociais e civis dos ‘doentes mentais’, por um modelo de atenção psicossocial e viabilizou-se com a criação de aparatos e serviços substitutivos de assistência aos portadores de transtornos mentais. Mas, para que os sujeitos exilados possam conviver em sociedade, é preciso avaliar suas potencialidades, suas condições individuais, integrais e, até mesmo, coletivas para tanto (BRASIL, 2007; GUIMARÃES, 2011; SOUZA, 2012).

A situação da saúde mental, atualmente, é reflexo das políticas públicas adotadas pelo governo federal no final da década de 1980 que têm a pretensão de reestruturar os serviços de atenção a usuários com transtornos mentais e promover a integração destes sujeitos com a comunidade e os seus aparatos sociais, uma vez que o SUS preconiza o modelo plural de assistência e a atenção primária à saúde como porta de entrada do usuário no sistema em oposição ao modelo biomédico (GUEDES; SOUZA, 2015; PITTA, 2011).

Neste sentido, é válido que se pense sobre o desdobramento e a efetivação deste processo, pois a maioria da sociedade não está apta e preparada para aceitar o convívio com o “diferente”, com o portador de transtorno mental, descaracterizado pelo modelo manicomial que se apoderou de sua autonomia, quesito imprescindível para atos da vida em sociedade.

Diante destas considerações, é importante que se discuta a respeito de aumentar o diálogo entre os saberes políticos, científicos e da sociedade em geral, bem como de garantir que todos os profissionais de saúde, relacionados com a realidade da loucura, possam desenvolver um trabalho digno e transformem suas *práxis* na perspectiva da Lei n.º 10.216/2001 (RAMOS; GUIMARÃES; ENDERS, 2011).

Esta lei vem para garantir uma assistência à saúde mental de base comunitária, a inclusão social e tornar possível o acesso de ‘doentes mentais’ a serviços e aparatos substitutivos de assistência à saúde mental, como ao CAPS e ao Serviço Residencial Terapêutico, que contribuem, sobremaneira, para a inserção social destes sujeitos, por proporcionarem terapêuticas diversificadas, pautadas na integralidade da assistência, na reabilitação psicossocial e no resgate de sua autonomia (BRASIL, 2001).

Com o intuito de viabilizar a Lei n.º 10.216/2001 e efetivar os princípios e as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, há aproximados dez anos, o Brasil vem implementando transformações imprescindíveis no campo da saúde mental, referentes ao processo de desinstitucionalização do portador de transtornos mentais, a partir da desconstrução do aparato manicomial, da construção de uma ideologia e percepção diversa de ‘doença mental’, para que, além de reformular a prática assistencial destes enfermos, seja possível o resgate de sua cidadania e, assim, a reinserção social (AMARANTE, 2013).

Para Amarante (2013), a desinstitucionalização difere, ideologicamente, da desospitalização, já que o primeiro termo se refere à desconstrução não apenas de um modelo de assistência, mas também de formas de perceber e tratar o sujeito que recebe esta assistência em sociedade, garantindo-lhe o direito de ter cidadania, independente de suas condições.

Entender o portador de transtorno mental como um sujeito, parte de uma sociedade, com direitos e deveres, individualidades e potencialidades, é compreender que, este, é capaz de participar, ativamente, do contexto social, apesar de suas possíveis limitações (GUIMARÃES *et al.*, 2010).

O exercício da cidadania desempenha, conforme Vieira (2016, p. 41), *“[...] um papel libertador, e contribui para a emancipação humana, abrindo novos espaços de liberdade, por onde ecoarão as vozes de todos aqueles que, em nome da liberdade e da igualdade, foram silenciados.”*

Assim, o portador de transtornos mentais, tutelado e destituído de liberdade, sem, portanto, autonomia, está longe da conquista da cidadania, quando equiparados aos ditos “normais”, especialmente, em uma sociedade ocidental, mercantilista que fundamenta a “normalização do ser” (FOUCAULT, 1979; VALDERRAMA, 2014).

Fato este que maximiza o processo de exclusão em nome da “globalização”, da “modernização” da economia e do mercado, eleva os níveis de subempregos, torna precária a condição de trabalho, propiciando o aumento da criminalidade, da fome e da miséria. Esta problemática encerra a saturação dos valores da modernidade, como “*racionalismo*”, individualismo, funcionalismo, trabalho alienante e “*subordinado ao capital*”, “*fé no futuro*” como progresso, utilitarismo, tradição, para dar lugar à “*socialidade*”, à “*solidariedade orgânica*”, ao hedonismo e à emoção que sobrevém da “*vida banal*”, da “*cotidianidade*”, de uma sensibilidade pós-moderna, (COMPARATO, 2011; MAFFESOLI, 1986, 1998, 2010a; MARX, 2010).

Isto denota um novo modo de ‘ver o mundo’, de ‘estar no mundo’, de “*ser do mundo*”, justificado por mudanças na civilização que impulsionam a exaltação de experiências sensíveis e simples, quase efêmeras, em oposição ao nivelamento e ao enquadramento do “*racionalismo*” e do comportamento “normalizante”, “uniformizante” da modernidade, como aquelas oportunizadas pelas relações do cotidiano. Este consente um “*vivido concreto*” de ‘estar-com’ o outro, de ‘crescer-com’, de ‘experenciar-com’ o entorno, com o mundo (MAFFESOLI, 1998, 2010a, 2010b, 2012).

O cotidiano se revela no “*saber-fazer*”, “*saber-dizer*” e “*saber-viver*” de cada sujeito e seu coletivo e proporciona reaprendizado constante, o que determina um aperfeiçoamento do modo de viver a partir de um “*conhecimento empírico*”. Neste sentido, a família representa um importante núcleo social de exercício de relações cotidianas, em que perpassam a emoção, o sentimento, a união, o ‘estar-junto com’, o ‘viver com’, elementos significativos para a compreensão da pós-modernidade (MAFFESOLI, 1998, 2010a, 2012; NÓBREGA; NITSCHKE; SOUZA, 2012).

Assim, a reinserção social do portador de transtorno mental, em especial, a reinserção ao seu núcleo familiar original pode ser compreendida como um esforço para voltar a cuidar dos filhos e da casa, a participar das questões familiares, a trabalhar – adaptar este sujeito ao processo produtivo, enquanto valor social e estratégia de reabilitação psicossocial pode ser um caminho importante para conquista da autonomia, do vínculo social e torná-lo, sobretudo, um cidadão (LUSSI; PEREIRA, 2011; SILVEIRA, 2015; SPADINI; SOUZA, 2006).

Sob esta perspectiva, parte-se do pressuposto que a efetivação do processo de reinserção social do portador de transtorno mental, por meio do “trabalho”, ou mesmo do engajamento em atividades ordinárias do cotidiano, pode apresentar

limites, considerando que os longos períodos de hospitalização podem ter comprometido sua competência e/ou habilidade para o desempenho das relações humanas e para o trabalho formal (BRASIL, 2010a; LUSI; PEREIRA, 2011).

Por isso, a articulação entre os dispositivos de assistência social e terapêutica, preconizada pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, encontra viabilidade no CAPS. Nestes locais, o usuário deve ter um projeto terapêutico individualizado, não relativo ao individualismo que sobreveio da modernidade, mas em atenção ao acolhimento e à compreensão da diversidade do sujeito como anuncia a pós-modernidade. Isto contribuirá com subsídio para o usuário enfrentar os afazeres da vida diária e o desafio de empreender atividades de engajamento na família e na sociedade (LEAL; ANTONI, 2013).

A realidade de oportunidades diversas, advindas do cadastramento e da frequência no CAPS, corrobora para o processo de inclusão social dos portadores de transtornos mentais que encontra em suas famílias o alicerce para uma efetiva ressocialização. Em razão disto, acolher o egresso manicomial e intermediar sua transição da instituição asilar para a sociedade, é preocupação de políticas e programas públicos de saúde e saúde mental e deveria ser entendido como função histórica da família (CUSINATO, 2016; RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

Deve-se cuidar, contudo, que o ingresso dos portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados na sociedade de direitos e na vida cotidiana de diferentes núcleos sociais não se dê, exclusivamente, a partir do acesso ao CAPS, o que, fatalmente, incorreria em uma espécie de retomada da “institucionalização” destes sujeitos (AMARANTE, 2010).

Segundo Viegas (2012, p. 83), no decurso do processo histórico, a família tem configurado “[...] os mais diversos formatos e na atualidade representa tanto um espaço de cuidado quanto de conflito. O ser humano não existe a não ser na relação consigo mesmo [...] e com o meio em que vive determinado por condições sócio-históricas.” Assim, a reinserção de um sujeito, enquanto ser social ocorrerá, plenamente, depois de sua inserção na família, mesmo que esta não seja ordenada como nuclear patriarcal, mas na perspectiva pós-moderna de “*novos arranjos familiares*” (SANTANA; OLIVEIRA; MEIRA, 2013).

O processo de inserção social se constitui em um caminho a ser perseguido a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica. Em consonância a isto, considera-se relevante a percepção da família acerca deste processo, em especial, quando

coabita com o portador de transtorno mental. Neste sentido, a seguinte questão norteou esta pesquisa: Como familiares de portadores de transtornos mentais percebem seu cotidiano a partir do momento em que se efetiva o processo de desinstitucionalização e a inclusão destes no âmbito familiar?

Espera-se que esta pesquisa venha ao encontro da necessidade de buscar evidências que melhor elucidem a percepção das famílias de portadores de transtornos mentais acerca da inserção social destes, a partir da 'com-partilha' de experiências da vida cotidiana. Esta pesquisa, portanto, pretende compreender como os familiares de portadores de transtornos mentais percebem o seu cotidiano, a partir do momento em que se efetiva o processo de desinstitucionalização e a inclusão destes sujeitos no âmbito familiar.

Que esta compreensão possa contribuir para revelar potencialidades de reinserção social, mediadas pela lógica do cuidado integral, que necessitam ser consideradas pelo enfermeiro, demais profissionais de saúde e gestores, ao demandar assistência à saúde a esta clientela.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para acatar o objetivo desta pesquisa e, assim, compreender como os familiares de portadores de transtornos mentais percebem o seu cotidiano, a partir do momento em que se efetiva o processo de desinstitucionalização e a inclusão destes sujeitos no âmbito familiar, é indispensável considerar e discorrer acerca de determinados elementos que precederam tal processo e foram responsáveis pelo afastamento do 'louco' do convívio social.

Segundo Maffesoli (2010a, p. 64-65), a compreensão dos diferentes sujeitos sociais acerca dos *“numerosos fenômenos”*, no presente vivido, *“[...] não passa da cristalização do passado e do futuro. [...]”* E o modo como se estabelecem as relações cotidianas, em um dado contexto, advém desta cristalização e não pode ser entendido *“[...] de um modo externo; é preciso ir buscar sua lógica no próprio interior das mesmas, sob pena de obter uma visão abstrata desencarnada e, de cada vez, superficial.”* (MAFFESOLI, 1998, p. 63).

Por isso, é mister rememorar o contexto histórico em que se deu o processo de exclusão e segregação social da loucura para facilitar a compreensão dos fatos que ensejaram a Reforma Psiquiátrica e, por conseguinte, na atualidade, perceber com acuidade as relações cotidianas que se estabelecem entre os portadores de sofrimento psíquico e seus familiares.

Assim, será necessário discorrer sobre o contexto em que se origina e assenta-se a sociedade moderna, sobre a transição do *“poder soberano”* para o *“poder disciplinar”* e o *“biopoder”* que permeou todas as relações desta sociedade e, de modo imperativo, o tratamento destinado aos ditos 'loucos', para proporcionar uma compreensão mais estrita dos diferentes modos de perceber a vida cotidiana, não mais sob a perspectiva do indivíduo em uma sociedade de massa, mas sob o aspecto do pluralismo e do 'estar-junto com' das diferentes tribos que compõem a sociedade pós-moderna (ARAÚJO, 2005; MAFFESOLI, 1988a).

Para ratificar os aspectos supracitados, Maffesoli (1988b) menciona que a sociedade moderna atingiu um esgotamento de seu *“corpo social”*. Isto se dá, a partir da 'teoria higienista', em defesa da ideologia, cujo argumento é 'separar para tratar'; da secularização do poder do Estado, sob a égide da ordenação, da disciplina, do funcionalismo, do *“racionalismo”* e do controle social, bem como das

relações mercantis que transcendem a economia desta sociedade, para além da moral que apregoa a obrigação do trabalho, a condenação do ócio improdutivo e o hedonismo (MAFFESOLI, 1988a, 2010a; TAVARES DOS SANTOS, 2004).

É nesta sociedade que a loucura adquire seu ‘*status* de doença mental’, sob o jugo do paradigma psiquiátrico, estabelecido em normatizações e regras tenazes que se consolidaram a partir de saberes e práticas manicomiais disciplinares, tão despóticas quanto o “poder soberano” do contexto em que coexistiram (ARAÚJO, 2005).

Castrador da “*experiência individual e coletiva da loucura*”, o ‘poder disciplinar’, entre os séculos XVII e XIX, fundou suas relações na sociedade moderna, sobremaneira, sob a égide da razão filosófica e científica que cravou na loucura o “*estatuto de erro*” (SOUSA; MENESES, 2010; TORRE; AMARANTE, 2012, p. 41).

Esta ideologia, que corroborou, literalmente, para a hecatombe dos ‘doentes mentais’, persistiu até a contemporaneidade em que irrompem os ideários da pós-modernidade, com o anúncio do

[...] fim das grandes certezas ideológicas; conscientes, também, do cansaço que invade os grandes valores culturais que moldaram a modernidade; [...] é indispensável recuar um pouco para circunscrever, com a maior lucidez possível, a socialidade que emerge sob nossos olhos (MAFFESOLI, 1998, p. 9).

Apenas com a pós-modernidade, depois de aproximados 600 anos despontam uma espécie de “*disponibilidade social*” e o desejo de ‘*re-ligação*’, apesar e para além das ‘aparências’ e do pluralismo apresentados por diferentes ‘tribos sociais’, e o arranjo simbólico entre a “*plena revelação do ser*” e os diferentes espaços em que o ser humano vive e ‘com-partilha’ suas experiências, em que importa a coerência emocional em oposição à racionalidade imposta pela modernidade (MAFFESOLI, 1986, 1988b, 1998, 2010b).

Diante do exposto, pode-se aventar que o processo de desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais, a partir da derrocada do modelo manicomial, tenha se fortalecido e conquistado notoriedade, com o advento de valores e ideários pós-modernos. A compreensão deste processo pode não ser natural e simples para seus familiares devido à potência do paradigma da loucura, herdado da modernidade, em detrimento da vontade de ‘com-viver com’ o sujeito que sofre o

estigma da loucura e que, até então, esteve confinado e excluído nas instituições asilares (BEHENCK *et al.*, 2011).

Nesta perspectiva, esta pesquisa pretende aprofundar a argumentação acerca das relações de poder que se estabelecem na modernidade, suas influências na compreensão e no tratamento da loucura e as transformações que a família sofreu, neste mesmo contexto, para serem confrontadas, posteriormente, com as relações cotidianas que se estabelecem entre os familiares e os portadores de transtornos mentais na pós-modernidade.

2.1 A LOUCURA NA MODERNIDADE

A partir da experiência do isolamento do leproso, que banuiu a lepra da sociedade no final da Idade Média e produziu um esvaziamento dos leprosários, iniciou-se o internamento de indivíduos considerados “anormais”, “desviantes” e “periculosos” que representam uma ameaça à nova ordem social vigente (FOUCAULT, 2007a).

Estranho desaparecimento, que sem dúvida não foi o efeito, longamente procurado, de obscuras práticas médicas, mas sim o resultado espontâneo dessa segregação e a consequência [...] da ruptura com os focos orientais de infecção. A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso (FOUCAULT, 2007a, p. 5-6).

Neste contexto, surge a burguesia, classe social originária no final da Baixa Idade Média, entre os séculos XI e XIV, com o renascimento do comércio e das cidades, que conquistou notoriedade não apenas por alcançar o poder abstrato do sujeito de direito, mas por se constituir em mecanismos disciplinares responsáveis pela disseminação ideológica da aptidão ao trabalho e ao acúmulo de capital, pela estabilização dos territórios e das monarquias nacionais europeias da modernidade e, sobretudo, pelo financiamento do instrumental técnico-científico e artístico do movimento renascentista (ARAÚJO, 2011; COMPARATO, 2011).

Assim, no Renascimento, movimento em que se consolidou a Era Moderna (século XV–XVIII), além das transformações intelectuais, pautadas em valores antropocêntricos e humanísticos com a retomada de conceitos da Antiguidade Clássica que dinamizaram e reestruturaram as universidades medievais, das incursões marítimas e do processo de colonização extracontinental, a partir de investimentos da burguesia, também ocorreu a “*colonização interna*” daqueles considerados no “*limite da legalidade*”, como criminosos, prostitutas e mendigos, com a intenção de proteger a sociedade destes, por meio da prescrição disciplinar em instituições fechadas, especificamente, nos antigos leprosários, agora, denominados asilos, destinadas ao controle e à vigilância dos corpos, porque os mesmos atentavam à ordem social vigente (ARAÚJO, 2005; COELHO *et al.*, 2014).

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento [...]. Com um sentido inteiramente novo, e numa cultura bem diferente, as formas subsistirão. (FOUCAULT, 2007a, p. 6-7).

A exclusão social para os considerados problemáticos e delinquentes surge neste contexto, uma vez que a sociedade, até então, havia exercido tal conduta, apenas, para acatar a problemática da lepra, enquanto estratégia para proteger a sociedade do assolo. O internamento, daqui para adiante, atenderia à necessidade da punição dos “*vagabundos*”; de reordenar o espaço público; de assistir aos “*pobres e desamparados*”; de impor a racionalidade e a moral aos degenerados e aos transgressores (FOUCAULT, 2007a).

Neste contexto, como uma espécie de “*Nau de Loucos*” que, realmente, existiu, entre os séculos XIV e XVI, para banir da sociedade europeia todo ‘diferente’ que pudesse intentar contra a lógica capitalista florescente, o “*Grande Enclausuramento*”, empreendido até o século XVIII, não estabelecia, ainda, a relação da loucura com a doença, porque a racionalidade clássica não distingue os acometimentos físicos, dos mentais, mas considera a relação da sociedade entre seus pares para atribuir valor moral à conduta dos mesmos (FOUCAULT, 2007a; TORRE; AMARANTE, 2012).

Com o intento de aniquilar a desordem pública e privilegiar o desenvolvimento das cidades e tudo o mais que isto acarreta, o enclausuramento se estabelece e

finca suas raízes na lógica da disciplina e na higienização, relacionando-se ao surgimento da medicina social que pretende sanar a problemática instituída com o “*medo da cidade*”, provocado pela manifestação e proliferação de doenças devido aos aglomerados urbanos e ao aumento do contingente populacional (FOUCAULT, 2007a).

Acerca do “*Grande Enclausuramento*” e da influência da medicina social nestas estruturas, Foucault (2007a), esclarece que se trata

[...] de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar. Essa tarefa é confiada a diretores nomeados por toda a vida, e que exercem seus poderes não apenas nos prédios do Hospital como também em toda a cidade [...] (FOUCAULT, 2007a, p. 49).

São criadas, a partir do século XVII, estruturas responsáveis por salvaguardar a sociedade dos insanos e dos marginais, em que se estabelece o tratamento moral, deslocando o poder soberano para a ‘normalização do poder disciplinar’. Tais estruturas, denominadas de Hospitais Gerais, produto da “*nova modalidade de poder*”, assumiram o papel de tratar a loucura sob leis despóticas, ante o saber médico incontestável (TORRE; AMARANTE, 2012).

Neste ensejo, o “*poder disciplinar*”, resultado das transformações da sociedade burguesa e do traslado do poder soberano no controle do *corpus* social para o controle do indivíduo e a ‘dulcificação dos corpos’, foi responsável pela distribuição dos indivíduos nos diferentes espaços sociais para facilitar a observação e da vigilância destes, a fim de ‘adestrá-los’ e ‘torná-los úteis’. Para tanto, serviram, não apenas o Hospital Geral, mas também as escolas, os conventos, o exército e, até mesmo, a família, todos, “*espaços sociais*” em que se estabeleceu a ‘microfísica do poder’ (FOUCAULT, 1979, 1999).

A associação entre a loucura e o internamento se dará, particularmente, a partir do século XVII, quando os Hospitais Gerais surgem como uma resposta às mudanças socioeconômicas europeias, quando da origem do modo de produção capitalista, com o objetivo de segregar o ‘louco’ da sociedade e, assim, resguardá-la. Estas estruturas não são compreendidas, ainda, como estabelecimentos médicos, mas como espécies de estruturas jurídicas que arbitram punições aos indivíduos ociosos por ocasião do desemprego, que irão representar, para além da mão-de-

obra barata no internamento, o controle dos “maus costumes”, uma vez que a noção do trabalho não está atrelada, nesta época, à categoria socioeconômica, mas ao caráter moral (MELLO; SCHNEIDER, 2011; PEIXOTO; BERTANI, 2010).

Neste sentido, o Hospital Geral se torna um espaço de vigilância que funciona como “[...] *uma tecnologia de poder que incide sobre os corpos dos indivíduos, controlando seus gestos, suas atividades, sua aprendizagem, sua vida cotidiana.*” (SOUSA; MENESES, 2010, p. 24). Nestes espaços, até o século XVIII, esta “*tecnologia de poder*”, aliada à contenção física, era exercida para confiscar o tempo, os corpos e a vida de seus internos.

Com o avanço do conhecimento e da ciência, entre os séculos XVIII e XIX, período marcado pela introdução dos ideários iluministas e posterior progressão para os ideários positivistas nos saberes e nas práticas médicas, a loucura assume o ‘*status de doença*’. A partir de seus estudos e observações, os alienistas, com a finalidade de ordenar e de ‘classificar a loucura’, estabelecem um tratamento que não intenta, apenas, o tratamento moral do desviante, sendo fundamental impor a ordem e a vigilância para restaurar atributos físicos e morais dos ‘doentes’, sob uma atitude controlada e racionalizada do médico em nome da “cura” dos alienados (ARAÚJO 2005; FOUCAULT, 1997; MELLO; SCHNEIDER, 2011).

Agora, o “*asilo de alienados mentais*” se transforma em uma “*máquina de curar*”, desde sua edificação em amplos pavilhões térreos que favorece o rápido acesso do médico aos exilados, até a disposição dos ‘doentes mentais’ para a atitude de vigilância central e anônima, produzida a partir da estrutura hierárquica do atendente ao médico. Para Foucault (1979), o asilo representa um

[...] lugar de diagnóstico e classificação, retângulo botânico onde as espécies de doenças são divididas em compartimentos cuja disposição lembra uma vasta horta. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão [...] (FOUCAULT, 1979, p. 122).

Segundo Comparato (2011), o século XIX é marcado por inúmeras guerras, o que favorece o desenvolvimento industrial. A introdução da máquina a vapor e, posteriormente, o aprimoramento deste maquinário com o uso da energia elétrica, transformam o cenário e a realidade europeus. O aumento do processo de produção capitalista acarreta a diminuição de produtos manufaturados e o aumento do contingente proletário, que padece em meio às condições socioeconômicas precárias e à insalubridade das fábricas e dos cortiços, onde residem nas grandes

idades e assistem o enriquecimento da burguesia para quem vende a força de trabalho.

Neste “*espírito material*”, expressão *weberiana*, reside a advertência de Karl Marx – o capitalismo transforma tudo em mercadoria, como os trabalhadores assalariados que, desprovidos de bens materiais, são excluídos deste processo mercantil, passam a apresentar valor pecuniário, em consonância com o *princípio ético kantiano*, e perdem sua dignidade (COMPARATO, 2011).

Para fundamentar a ordem social vigente, surge a corrente filosófica positivista (entre os séculos XIX e XX) em que se sustenta a política da burguesia e o seu instrumental desumanizante. Marcado pela extrema valorização do método e do rigor científico, o positivismo irá influenciar, sobremaneira, o modo de racionalizar a loucura, ressaltando a lógica da exclusão da ‘doença mental’ no âmbito hospitalar e conferindo ao alienista, ora psiquiatra, maior notoriedade. Este passará a exercer maior vigilância e controle a partir do empreendimento de ‘práticas prescritivas’, como as experiências com fármacos e hipnose (LACERDA, 2009; TORRE; AMARANTE, 2012).

A sociedade positivista está, praticamente, polarizada entre ‘patrões e empregados’, entre ‘psiquiatras e doentes mentais’. Há, portanto, uma grande ‘massa de inadaptados’ aos quais se busca repreender e disciplinar. Nesta época, o psiquiatra passa a apresentar mais sustentabilidade em seus saberes e em suas práticas, o que compreende a necessidade de formar profissionais qualificados e envolvidos com a racionalidade técnico-científica. Neste momento, as enfermarias das “Santas Casas” e dos asilos de caridade passam por intensa reformulação, adequando-as para um trabalho que primava por ‘higiene social’ e ‘higiene física’, com o intento da ‘medicalização do ser’ e do ‘controle social’ (FOUCAULT, 1979; MELLO; SCHNEIDER, 2011).

Neste sentido, ao longo do século XIX, o método terapêutico psiquiátrico sustentou a contingência da cura para a ‘doença mental’, perpetuando a exclusão social do seu portador, e a reprogramação mental por meio da ordem disciplinar. Assim, Canova (2011) alerta que, paulatinamente, os hospitais manicomiais

[...] estavam superlotados e – transformados em depósitos de incuráveis, inaptos e doentes crônicos – não mais serviam como instrumento de regeneração. [...]. Entende-se que tais práticas de institucionalização se constituíram no resultado de uma consciência compartilhada pela sociedade num determinado tempo da história, e

suas consequências políticas e sociais foram e são de responsabilidade social (CANOVA, 2011, p. 149).

De acordo com Foucault (2007b), no final do século XIX, a psiquiatria e seu saber médico entram em crise. O poder e seu reflexo sobre os portadores de transtornos mentais, o saber psiquiátrico e a verdade dita acerca da ‘doença mental’ começam a ser questionados, sobretudo pensadores e médicos ligados a correntes das ciências humanas que não se adequaram ao rigor metodológico do positivismo, sobremaneira, antropológicas, etnográficas e sociológicas pós-Durkheim, que negavam o funcionalismo em defesa de ideologias que valorizam o ‘ser-no mundo’, como a fenomenologia e o existencialismo.

O pensamento psiquiátrico, historicamente, constituiu-se em torno de relações de poder e, nesta perspectiva, o que se questiona não gira em torno, apenas, da prática médica, mas o modo como ela se estabelece e infere, ao ‘doente mental’, a disciplina. Deste modo, o modelo asilar, na modernidade,

[...] encontra-se atravessado, no fundo, pela antipsiquiatria, caso se entenda por antipsiquiatria tudo o que coloca em questão o papel do psiquiatra encarregado, antes, de produzir a verdade da doença no espaço hospitalar. É possível, portanto, falar das antipsiquiatrias que atravessaram a história da psiquiatria moderna (FOUCAULT, 1997, p. 51-52).

Assim, neste contexto, encerra-se a modernidade com a consolidação da noção de indivíduo e individualismo, a partir da construção social idealizada pelo pensamento filosófico do século XVII, do contrato social firmado no século XVIII e, ao longo do século XIX, dos sistemas sociais impostos pela lógica capitalista e adquire valoração extrema no século XX (MAFFESOLI, 2010a).

A partir das transformações que ocorreram na sociedade capitalista, a contemporaneidade desponta, mas mantém os processos de individuação desumanizantes que permearam o tratamento do ‘doente mental’ nos hospitais psiquiátricos até o final do século XX, o que produziu o esgotamento do modelo asilar e gerou o questionamento das práticas institucionais disciplinares, como reflexo do ideário pós-moderno e prenúncio da Reforma Psiquiátrica vindoura.

2.2 A FAMÍLIA E A MODERNIDADE

A família, historicamente, desempenhou importante função para a humanidade devido ao modo como exerce influência na relação entre seus pares e no universo cotidiano em que coexistem. No decorrer do processo da evolução histórica, conformou-se em diferentes perfis, adequando-se aos avanços tecnológicos e científicos e ao advento do capitalismo e às transformações socioeconômicas, às revoluções socioculturais e de costumes e aos novos paradigmas sociais.

Do mesmo modo que a racionalidade moderna ordenou e classificou a loucura, a família, também, sofreu com as prescrições da razão disciplinar e o controle do “*corpo social*”. Na modernidade, é o Estado que exerce o poder absoluto, estrutura a sociedade e estabelece sua organização hierárquica, bem como a função do indivíduo em um grupo contratual estável, baseado no ideário antropocentrista do Renascimento, em oposição ao pensamento teocêntrico (FOUCAULT, 1979; SILVA; GUARESCHI; WENDT, 2010).

O poder está disperso em todo “*corpo social*”, na família, em seus costumes e seus valores, em suas crenças, como também, nas instituições religiosas, educacionais, econômicas e do Estado. Segundo Foucault (1979), em toda sociedade são diversas as formas de relação de poder

[...] que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e [...] estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. Não há possibilidade de exercício do poder sem certa economia dos discursos de verdade que funcione dentro e a partir desta dupla exigência. [...] (FOUCAULT, 1979, p. 101).

Para Foucault (1979), esta economia, regra dos discursos de verdade, encerra-se na lógica da individualidade, na vigilância do indivíduo e a informação se propaga da base para o topo da “*pirâmide disciplinar*” – nenhum elemento disciplinar escapa desse saber. Na Idade Média, esta vigilância era exercida pelo ‘poder soberano’ a “*unidades globais*”, como a famílias, aos feudos, às paróquias; na Modernidade, o “*poder disciplinar*” estabelecido pelo Estado, deslocará a vigilância às famílias para o foco de atuação no indivíduo.

Isto porque, conforme Foucault (1979), a disciplina se constitui de um

[...] conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. E o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder (FOUCAULT, 1979, p. 62).

Além da individualização do controle, outra importante mudança ocorre na perspectiva da família para a sociedade moderna. Anterior objeto de controle do Estado, por seu importante papel na economia manufatureira, a partir das cooperativas de trabalhos familiares, a família perde lugar para a população, no sentido em que passará a ser visibilizada como parte desta, como um elemento secundário, uma vez que o Estado precisa empreender o controle sanitário para que a população não adoça e, com isso, não aumentem as despesas públicas tampouco diminua a produção e o lucro da indústria (FOUCAULT, 1979).

O inequívoco controle da família pelo Estado, entre os séculos XVII e XIX, pode ser evidenciado a partir da sanção de medidas pautadas na lógica da racionalidade e da individuação da modernidade, como a revogação do Édito de Nantes, no final do século XVII, que extingue o monopólio da Igreja sobre o poder sacramental do casamento ao instituir sua regulação por parte do Estado. Posteriormente, o casamento passa pelo processo de secularização e laicização por influência das transformações ocorridas na sociedade de direito com a Revolução Francesa e o Código Civil (1805) que tornaram o casamento, simplesmente, um contrato civil entre as partes (MALUF, 2010).

Assim, a família evolui em sua função político-social, com o advento dos governos democráticos, a partir do século XVIII, substituíram suas funções econômicas, que lhe garantiam a sobrevivência, por funções biológicas e psicológicas, aproximando-a de sua conotação natural, a fim de preservação e perpetuação da espécie humana e, particularmente, da formação e da estruturação de seus membros. Para Foucault (1976),

[...] a família normal, seria uma invenção demográfica do fim do século XIX, pois somente ela permitiria à população de se multiplicar. Numa concepção histórica pode-se então conceber que a família é uma entidade formadora da sociedade, mas que se apresenta em cada momento de uma forma diferente (FOUCAULT, 1976, p. 161).

Munhoz (2012) menciona que, no século XV, no início da Era Moderna, a família está ligada a uma verdade moral e social, ainda não sentimental. Verdade, esta, que transcende a família aristocrática e a camponesa dos séculos XVI e XVII, a família da classe trabalhadora do século XVIII, em decorrência da primeira Revolução Industrial. Apenas com o findar da modernidade, a família ‘tradicional burguesa’ de meados do século XIX, aprisionada ao ideário positivista e ao romantismo cultural, pode ser associada à “*ideologia do amor romântico*”, o que é reflexo do enfraquecimento da democracia social; à formação de famílias extensas, à consolidação do poder e da autoridade paterna; à sujeição da mulher ao ambiente doméstico e ao cuidado e à disciplina dos inúmeros filhos.

Assim, a família adentra a contemporaneidade, marcada por profundas alterações em seus costumes, valores e conceitos, permitindo as várias manifestações de afeto, nas diferentes relações que experienciam, e a valoração da dignidade do outro, reservadas as singularidades dos sujeitos, amparadas na multiplicidade das tribos em que se inserem, conformando uma espécie de ‘re-ligação’ com o outro e o estabelecimento do bem-estar comum – estes elementos singulares encontrarão ressonância, apenas, com o despontar do pensamento pós-moderno (MAFFESOLI, 1988a, 2010b; MALUF, 2010).

2.3 A FAMÍLIA E A ‘DOENÇA MENTAL’

A loucura e a família foram normalizadas pela racionalidade moderna e, por conseguinte, a relação entre ambas sofre os efeitos desta orientação e é cunhada por seu determinismo histórico.

Com a aquisição do ‘estatuto de doença’, a loucura é alienada em instituições psiquiátricas, com a justificativa de garantir a segurança e a proteção social. Assim, a ‘doença mental’ será estigmatizada como uma “*questão social*”, como um “*estatuto público*”, porque seu enfermo, desprovido de razão e autonomia, atenta à ordem da sociedade moderna e, por isso, será destituído de sua liberdade (FOUCAULT, 2007b; ROSA, 2011).

Neste sentido, o saber psiquiátrico estabelece um novo lugar social para o ‘doente mental’ e coloca-se na condição de mediador entre este e sua família – a

“*psiquiatria moralizante*” os separa a partir do internamento no hospital psiquiátrico, onde, condenado à alienação, o contato mínimo entre ambos determina e assegura o tratamento, protege a família da ‘doença mental’ e impede a propagação desta entre seus membros vulneráveis (MELMAN, 2008; ROSA, 2011).

Com a consolidação do modelo biomédico e do ideário positivista, bem como a propagação das teorias psicanalistas e da “*higiene mental*”, a família do ‘doente mental’ é ordenada, simultaneamente, como agente patogênico e “*paciente*”, uma vez que lhe imputam a responsabilidade pela eclosão e progressão da ‘doença mental’ e colocam-na como “*objeto de intervenção*” de expertises – isto acentua a noção da influência negativa da família sobre o desenvolvimento psíquico e a produção do transtorno mental (MELMAN, 2008; ROSA, 2011).

Assim, a sociedade ocidental se estrutura a partir de valores constituintes da família moderna que arroga para si a configuração nuclear e progenitora e que encerra, em si mesma, a responsabilidade pelo bem-estar de seus membros e, por isso, é culpabilizada quando da infelicidade e do adoecimento destes – elementos decisivos que influenciam a operacionalização da vida em sociedade – no intento de “*corporificar*”, de tornar concretos o sofrimento e a doença (CAPONI, 2000; FOUCAULT, 2007b; MELMAN, 2008).

Para Baptista (2011), a sociedade moderna tem a razão como sua essência, concepção que permeia todas as suas estruturas ou instituições, inclusive a família que se conforma sob a padronização de valores e de comportamentos, sob a homogeneidade que se fecha para o diferente, a heterogeneidade, e estigmatiza, marginaliza tudo o que “escapa” à normalidade e à razão moralizante.

Isto pode legitimar a dificuldade que as famílias apresentam em lidar com a ‘doença mental’ e, pior, o conformismo com que aceitam as determinações das instituições psiquiátricas, plenas das “*ideologias finalistas*”, que se pautam sob o pressuposto do “*dever ser*”, do ‘dever fazer’ que remetem ao individualismo e ao automatismo no exercício “*da vida de cada dia*” (MAFFESOLI, 1986).

Entretanto, Maffesoli (1986; 2010a) argumenta que tais pressões ideológicas modulam o “*conformismo existencial*” que se apoia no medo e, de uma ‘aparente resignação’, fazem emergir a “*afirmação social*”, o “*campo de criação coletiva*”, enquanto resposta da “*vida cotidiana*” à exaustão de crenças e valores da modernidade e à reafirmação da existência – o que o ideário pós-moderno qualifica como “*socialidade*”.

Assim, no final do século XX, segundo Carvalho (2012), pesquisadores se interessam pela “*atmosfera familiar*”, pela heterogeneidade das famílias e sua influência no curso da ‘doença mental’. Não mais para culpabilizar as famílias pelo adoecimento psíquico de seus entes, mas para compreender as implicações de uma possível aproximação daquelas ao processo terapêutico destes.

Neste sentido, tal aproximação se torna possível a partir da superação do modelo asilar pelo modelo substitutivo de assistência aos portadores de transtornos mentais, que converte o foco no controle dos corpos, no processo saúde-cura, no distanciamento e na responsabilização das famílias para uma atenção que não aparta o saber técnico-científico do cotidiano familiar e assenta-se no ‘estar simplesmente’, na “*lógica da identificação*”, no “*vitalismo*” e no “*presenteísmo*” que a racionalidade moderna se dedicou a criticar (COSTA, 2015; MAFFESOLI, 1998, 2010b; MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Por isso, no século XXI, a atenção à saúde mental tem significado na relação estabelecida com a saúde da família, por influência de experiências alternativas ao “*Grande Enclausuramento*”, como, da “*Psiquiatria Democrática Italiana*” de Franco Basaglia que aponta para uma terapêutica que compreende o portador de transtorno mental enquanto um ser, um sujeito singular, com subjetividades, contexto antropológico e necessidades específicas, para além da categorização imposta pela “*nosografia tradicional*” que o classifica a partir de sinais e sintomas, emite o seu diagnóstico e enquadra-o como ‘doente mental’ (BUENO, 2011; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; MARTINHAGO; OLIVEIRA, 2015).

Esta perspectiva, no Brasil, encontra sustentação a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e, conseqüentemente, nos princípios e nas diretrizes do SUS – arcabouços da Reforma Psiquiátrica que se efetiva com a sanção da Lei n.º 10.216/2001 e a prescrição de proteção e direitos a portadores de transtornos mentais, bem como do modelo substitutivo de assistência a estes sujeitos (YASUI, 2010).

Assim, concretiza-se e oficializa-se o processo de desinstitucionalização que propõe a reinserção social dos portadores de transtornos mentais no cotidiano de suas famílias e a ocupação irrestrita do território em que são integrados, a fim da criação de vínculos com seus familiares e sua rede social, não apenas para se configurar a desospitalização, mas para assinalar um processo terapêutico que visa

reabilitação e resgate de autonomia e direitos humanos, sociais e civis (BRASIL, 2001; CARVALHO, 2012; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

É compreensível, ante os argumentos apresentados anteriormente, que a sociedade e, especialmente, as famílias entendam esta nova perspectiva terapêutica como uma catástrofe anunciada, porque a 'doença mental' não é do *habitué* social e do cotidiano familiar, tão pouco o 'doente mental' se faz presente no mesmo e, por isso, muitas famílias não se sentem aptas para acolher seus entes egressos manicomialmente (MELMAN, 2008).

Ao contrário, traduzem o reingresso do portador de transtorno mental ao âmbito familiar como um castigo, um problema, porque este não está integrado ao vivido, ao cotidiano de seus familiares, o que incorre em conflitos e crises recorrentes, sentimentos de sobrecarga e de inabilidade para cuidar do ente e de si mesmos, bem como em atitude negligente – potencial para a institucionalização do portador de transtorno mental no domicílio ou nos serviços de saúde extra-hospitalares (BAPTISTA, 2011; MELMAN, 2008; PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008; ROSA, 2011).

Azevedo e Miranda (2011) mencionam que o comprometimento da família no processo terapêutico de seu ente portador de transtorno mental carece de reestruturação familiar, de rearticulação das relações cotidianas no domicílio e de restabelecimento de papéis entre seus pares, com o intento de promover a unidade familiar e desenvolver habilidades e competências para 'o cuidar'.

Para que isto ocorra em essência, no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da sanção de políticas públicas no âmbito da saúde em geral, tem estimulado ações que priorizam a Atenção Primária à Saúde (APS) com prerrogativa de assistência transdisciplinar, intersetorial, descentralizada e de base comunitária, a fim de acolher a dimensão integral e subjetiva dos usuários do SUS, assim como de sua família e da comunidade em que vivem (BRASIL, 1990a).

Assim, com a sanção da Lei n.º 8.080/1990, a APS, ressignificada sob a Estratégia de Saúde da Família (ESF), reorganiza e reorienta a assistência à saúde dos usuários do SUS de modo a garantir o acesso às ações programáticas em todos os ciclos vitais, a partir das necessidades de vida e saúde dos mesmos, sob a lógica da proteção, promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a).

Este nível de atenção à saúde compõe a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, por isso, a ESF é considerada parte do aparato substitutivo de atenção

aos usuários portadores de transtornos mentais e a seus familiares e, portanto, seus profissionais devem ser corresponsáveis por viabilizar a inserção deles na família, na comunidade e na sociedade em parceria com o CAPS de referência de seu território (BRASIL, 2011; CARDOSO *et al.*, 2014; CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011; QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Tais serviços devem contar com profissionais de saúde e afins que trabalhem sob o ideário do modelo substitutivo de atenção aos usuários portadores de transtornos mentais, para garantir uma abordagem pautada na clínica ampliada do sujeito; a frequência e a assiduidade destes usuários nos serviços de saúde; a inserção de seus familiares no processo terapêutico e no projeto de vida de seus entes, para que sejam evidenciadas transformações substanciais nas condições de vida e de saúde de ambos e nas relações familiares e sociais (AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

Com a inversão do modelo de assistência no campo da saúde mental, as famílias de portadores de transtornos mentais foram convocadas a participar do processo terapêutico e da reconstrução da dignidade destes, o que era inconcebível para o tratamento proposto nas instituições psiquiátricas da modernidade que influenciaram, sobremaneira, a formação e a *práxis* de profissionais da saúde – especialmente do enfermeiro, uma vez que foi participante ativo da operacionalização destas instituições e atuou de maneira pouco significativa ante a estas famílias que permaneceram alheias ao tratamento de seus entes adoecidos (DALLA VECCHIA; MARTINS, 2006; MORENO, 2010; RANDEMARK; BARROS, 2009; TAVARES *et al.*, 2012).

Esta convocatória exigiu importantes mudanças no contexto e na estrutura destas famílias que não foram preparadas para tamanho desafio, o que pode justificar o sentimento de sobrecarga no ‘familiar cuidador’; o aumento da ansiedade e do estresse, sofridos por este, em decorrência do cotidiano vivido com seu ente portador de sofrimento psíquico e a necessidade de mudanças súbitas em sua família (ESTEVAM *et al.*, 2011; FAVA; SILVA; SILVA, 2014; NAVARINI; HIRDES, 2008; TAVARES *et al.*, 2012).

Neste seguimento, a abordagem da família do portador de transtorno mental se constitui como estratégia fundamental para a transformação das práticas assistências em saúde mental e, porque o enfermeiro está inserido nos aparatos da RAPS, este profissional precisa compreender a família como agente potencial de

cuidados e, antes disto, compreender os “*novos arranjos familiares*” que coexistem na pós-modernidade para atuar de modo a relativizar sua realidade e torná-la menos sofrível, livre de preconceitos e estigmas, a fim de facilitar o exercício de competências e habilidades de potenciais cuidadores em saúde mental (LIMA *et al.*, 2013; MAFFESOLI, 2009; SANTANA; OLIVEIRA; MEIRA, 2013; TAVARES *et al.*, 2012).

O enfermeiro, em conjunto com os demais profissionais da equipe transdisciplinar dos serviços extra-hospitalares, a partir da escuta ativa, deve criar estratégias de enfrentamento para que a família se sinta segura; deve esclarecê-la quanto as suas inquietações acerca de seu ente, enfim, deve atuar como um interceptor para manter um ambiente terapêutico e estabelecer as relações interpessoais e terapêuticas entre a família e seu ente portador de sofrimento psíquico (GONÇALVES; LUIS, 2010; SANT'ANA *et al.*, 2011).

Em consonância a isto, transformações jurídicas e político-administrativas serão afiançadas quando portadores de transtornos mentais, seus familiares e profissionais de saúde se empoderarem de espaços sociais legítimos, assegurados pela Lei n.º 8.142/1990 que estabelece o controle social e a participação da comunidade no contexto da saúde, a exemplo das Conferências Nacionais de Saúde Mental fomentadoras de discussões acerca do cuidado em saúde mental, centrado na pessoa em sofrimento psíquico, em sua família e em sua rede de relações sociais e de atenção à saúde na perspectiva do território (BRASIL, 1988, 1990b, 1994, 2002, 2010b).

Esta nova abordagem terapêutica ressalta aspectos da pós-modernidade quando valoriza a “*socialidade*”, o “*presenteísmo*” e a “*razão sensível*” do ‘estar-junto com’, do vivido das relações cotidianas, ‘com-partido’ entre portadores de transtornos mentais, seus familiares e os profissionais que os assistem – relação responsável que emerge da experiência sensível e emocional e exerce o efeito de ‘*re-ligação*’ social, tão importante para a efetivação do processo de desinstitucionalização que ocorre no ensejo da pós-modernidade (MAFFESOLI, 1986).

3 PERCURSO METODOLÓGICO E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Esta investigação se insere na linha de pesquisa “Fundamentos Teóricos, Políticos e Culturais do Cuidado em Saúde e Enfermagem” do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* da Faculdade de Enfermagem da UFJF, Mestrado em Enfermagem. Para contemplar o objetivo proposto e seus desdobramentos, propõe-se a abordagem qualitativa com o intento de se aproximar do objeto pesquisado.

Segundo Minayo (2012), a pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, tem o ambiente das relações sociais como fonte genuína de informações e possui como preocupação, o processo e, não simplesmente, o resultado do produto de construtos humanos relevantes. Os pesquisadores qualitativos tendem a examinar seus dados de modo indutivo e o significado é a inquietação essencial da abordagem qualitativa.

Além disso, a pesquisa qualitativa se ocupa de temas peculiares da realidade que não podem ser quantificados. Esta abordagem relaciona “[...] *significados, motivos, inspirações, crenças, valores e atitudes* [...]” ao penetrar as relações, os processos e os fenômenos que não podem ser expressos, meramente, por meio da operacionalização da racionalidade tradicional (MINAYO, 2011, p. 21-22).

O cenário desta pesquisa é representado por domicílios de familiares de portadores de transtornos mentais, egressos de hospitais psiquiátricos, captados a partir do cadastro em instâncias municipais, responsáveis pela assistência integral a estes indivíduos, e inseridos na comunidade em que residem – optou-se por selecionar quatro Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) que estão vinculadas à ESF, sendo uma unidade de cada distrito de saúde (norte, sul, leste e oeste) de um município da Zona da Mata Mineira.

A prioridade pela captação dos familiares de transtornos mentais desinstitucionalizados por meio da UAPS, em preterição ao CAPS, está relacionada à perspectiva do processo de territorialização e da integralidade da assistência no demandar dos cuidados às famílias, o que influencia, vigorosamente, a temática do cotidiano das mesmas e permite perceber o acesso aos aparatos da RAPS⁴ e a

⁴As UAPS e os CAPS compõem a RAPS e representam dois dos serviços de base territorial e comunitária que devem apresentar diversidade de estratégias de cuidado com participação e controle social dos usuários e de seus familiares (BRASIL, 2011).

resolutividade, destes, ao demandar assistência à saúde ao binômio ‘família e seu ente portador de transtorno mental’.

Os participantes desta pesquisa totalizam nove familiares, adultas e maiores de dezoito anos, de portadores de transtornos mentais distintos, egressos de hospitais manicomiais, com período mínimo de dois anos de internamento⁵; residentes na abrangência das UAPS supracitadas, que coabitam com os mesmos e concordaram em participar como voluntários desta, externando sua aquiescência pela assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pós-informado (APÊNDICE A).

Constituíram-se como critérios de exclusão a caracterização de participantes que não atenderam aos critérios de inclusão e aqueles participantes que não desejaram colaborar com a pesquisa, além daqueles que expressaram o desejo de interromper a participação na investigação em curso por motivos particulares. Acerca dos critérios de exclusão, há, apenas, um caso a ser enumerado – um pretenso participante entrevistado, familiar de um sujeito que, apesar de ser egresso de internação de longa permanência, apresenta “*disfunção neurológica congênita grave*”, segundo palavras do entrevistado. Não houve recusa ou interrupção de qualquer participação nesta pesquisa.

É importante destacar que a totalidade dos familiares participantes é representada pelo sexo feminino e que todos apresentam o ‘*status* de cuidador’ direto do ente portador de transtornos mentais, condição expressa de modo objetivo ou subjetivo no ato das entrevistas. Em uma entrevista, apenas, estiveram presentes dois membros da mesma família, o que fora desconsiderado no tratamento dos dados, porque o ‘segundo familiar’ em questão manteve uma atitude corroborante em relação aos argumentos do familiar considerado participante desta pesquisa.

As entrevistas foram intermediadas e agendadas previamente, conforme a disponibilidade de cada um, por meio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das quatro UAPS escolhidas, a partir do critério de amostragem por conveniência. Antes da efetivação das entrevistas, as UAPS mencionadas foram visitadas para apresentação do projeto de pesquisa e esclarecimento dos ACS que se prontificaram a colaborar com a busca por participantes desta.

Esta pesquisa contou com um risco mínimo a seus participantes quanto a sua

⁵Critérios para inserção de portadores de transtornos mentais no Programa “De Volta Para Casa” (BRASIL, 2003).

operacionalização. Tais riscos são considerados equivalentes àqueles existentes no desempenho de atividades rotineiras, embora não tenha ocorrido nenhuma intervenção, como procedimento metodológico, na coleta de dados desta pesquisa.

Para minimizar desconfortos e estimular o aceite dos possíveis participantes da pesquisa, foram adotadas condutas, no caso da concordância, como definição de dia e horário das entrevistas, respeitando a preferência dos mesmos em todos os encontros, e declaração prévia quanto ao anonimato do cenário e da identidade dos depoentes.

A coleta de informações foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2016, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas que, segundo Demo (2009), caracteriza-se enquanto procedimento preferencial para o trabalho de campo e viabiliza ao pesquisador a obtenção das informações contidas nas falas dos participantes da pesquisa. Não se trata de uma conversa aleatória, mas de um meio de coleta de dados pertinente a uma realidade que está sendo focalizada em uma investigação específica.

Acerca disto, Maffesoli (1998) aconselha que, na oportunidade da coleta de dados, é

[...] preciso deixar que o eu [...] crítico, se dissolva, para melhor ouvir a sutil música nascente, para melhor dar conta da profunda mudança que se opera sob nossos olhos. Em suma, pôr em ação um espírito contemplativo que saiba perceber a inegável criação social [...] levando a sério um mundo imaginal do qual se está apenas começando a entrever os contornos (MAFFESOLI, 1998, p. 111).

Para recolha das informações, portanto, foi utilizado um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B). A entrevista semiestruturada foi composta por questionamentos elementares que possibilitaram a formulação de novas conjecturas emitidas a partir das respostas dos informantes.

E, para a condução das entrevistas, foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: Como você percebe o seu cotidiano a partir do momento em que seu familiar não está mais hospitalizado? Você percebe alguma mudança do seu familiar portador de transtorno mental com relação ao seu convívio social desde que foi desospitalizado?

É importante destacar que esta pesquisadora compreende a diferença de acepção entre desinstitucionalização e desospitalização, claramente exposta na introdução desta pesquisa. A preferência pelo termo desospitalização é evidenciada

nas questões norteadoras, quando os familiares dos portadores de transtornos mentais são arguidos quanto a sua percepção acerca do processo de desospitalização.

Optou-se por usar este termo, porque, a princípio, o que ocorre é a desospitalização (“saída do manicômio”), sendo a desinstitucionalização um processo muito mais amplo que pode ser difícil de alcançar por uma série de fatores contemplados nesta pesquisa e, também, por julgar que o termo em uso seria compreendido com mais facilidade pelos participantes desta.

O foco principal foi conduzido por esta pesquisadora que, também, contou com um diário de campo, no ensejo da entrevista, para registro das impressões e sensações que decorreram da ligação com o outro, do ‘estar-junto com’ o participante na ‘com-partilha’ de experiências vividas, a partir do cotidiano com o ente portador de sofrimento psíquico, e que foram úteis para a compreensão de elementos subjetivos, implícitos nas falas dos depoentes.

Assim, para Maffesoli (1988b, p. 25, grifo nosso), o pesquisador não deve se apartar “[...] daquilo que descreve [...]”, mas deixar aflorar “[...] uma certa visão de dentro, uma **‘in-tuição’** [...]”. Entretanto, esta atitude não deve ser compreendida, meramente, sob o aspecto psicológico, mas como um compartilhamento do simbólico em que perpassa a racionalidade e a ‘emocionalidade’ (MAFFESOLI, 1998; SILVA; GUARESCHI; WENDT, 2010).

Qual poderia ser a sensibilidade teórica, ou melhor, as categorias úteis e necessárias para perceber e compreender as novas formas da socialidade que nascem sob nossos olhos? Se devemos dar provas de inventividade, é fazendo sobressair aquilo que ‘Já está aí’ ou, pura e simplesmente, sendo mais capazes de percebê-lo. Para fazer isso há, é claro, diversas possibilidades. Mas, dentre elas, uma merece atenção, quanto mais não seja por ter sido altamente estigmatizada e marginalizada durante a modernidade. Trata-se da **‘intuição’**. [...]. Devo precisar de imediato, que não entendo a intuição como simples qualidade psicológica. É até possível que ela seja tudo menos pessoal. Com efeito, pode-se, ainda que seja a título de hipótese, considerar que ela participa de um inconsciente coletivo (MAFFESOLI, 1998, p. 129, grifo nosso).

Os dados coletados foram gravados, transcritos e arquivados em mídia digital. Na ocasião de cada depoimento, foi informado aos participantes que a gravação poderia ser ouvida e apagada a seguir, caso o desejassem. A partir da realização de cada encontro, a gravação foi transcrita o mais rápido possível, em busca da fidelidade da linguagem de cada pessoa entrevistada, de maneira a garantir a

fidedignidade do pensamento das mesmas e do modo como os participantes expuseram suas percepções.

O extrato dos depoimentos dos participantes foi preservado pela substituição de seu nome original por nomes de personagens do livro *“Laços de Família”*, de Clarice Lispector, relação e identificação expressa por características específicas dos entrevistados evidenciadas por esta pesquisadora no momento da entrevista, sendo apresentados de acordo com a ordem cronológica em que ocorreram os encontros.

Segundo Maffesoli (2010a, p. 43), é preciso transitar para além de verdades científicas, a fim de captar o oculto na simplicidade e na diversidade dos modos de viver que emergem do interior das aparências, da essência do *“[...] inaparente das aparências. Aquelas da vida cotidiana. Aquelas desses prazeres pequenos e pouco importantes que constituem o terreno onde cresce o estar junto.”*

Assim, a escolha da obra literária de Clarice Lispector não foi aleatória, uma vez que seus contos retratam o cotidiano das relações familiares com densidade psicológica e desvelam o simbólico oculto no cenário domiciliar e em suas rotinas, na figura feminina – provedora do cuidado à família e introdutora da noção moral, dos costumes e das normas, socialmente, aceitas – e nas situações insólitas que se desdobram em situações triviais vividas, quase obrigatórias, por personagens complexos, ambivalentes e, aparentemente, marginais, escritos com muito lirismo, apesar da linguagem simples (FERNANDES, 2010).

O encerramento da coleta de depoimentos ocorreu no momento em que houve a saturação dos dados necessários à pesquisa. O critério de saturação foi determinado a partir de sentidos similares expressos nos depoimentos, o que demarcou o limite para a interrupção da coleta dos mesmos e o início do processo analítico.

Para a análise compreensiva das falas dos entrevistados, foi realizada, inicialmente, uma leitura atenta e criteriosa de todos os depoimentos transcritos que assume uma relação interrogativa de modo a identificar acepções atribuídas pelos depoentes.

A partir desta, os depoimentos foram analisados e agrupados, de acordo com

unidades de significados⁶ das palavras que expressaram uma ideia de sentido equivalente, constituindo, assim, uma espécie de categorização metafórica do pensamento – processo que Maffesoli (1998, p. 146) relativiza como “[...] *um bom meio de apreender o retorno da experiência cotidiana, é possível que [...] seja a mais capacitada para perceber o aspecto matizado de um mundo marginal cujos desdobramentos ainda são imprevisíveis.*”

A análise do significado da percepção dos familiares dos portadores de transtornos mentais, acerca da relação cotidiana com os mesmos, foi intermediada pela Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Michel Maffesoli, porque possibilita uma visão unificadora do ser humano, a partir da variedade das relações cotidianas, e contribui, significativamente, para pesquisas acadêmicas, em especial nas pesquisas na área da Enfermagem em que se torna imprescindível compreender como as pessoas vivenciam os processos cotidianos (MAFFESOLI, 1988a).

Sob esta perspectiva, Maffesoli (2008) aponta o método para proceder à análise dos significados das relações cotidianas,

[...] lanço pequenas propostas que nos permitem conversar sobre as mudanças na nossa civilização [...] é preciso ver bem longe no passado para poder enxergar adiante no futuro. Talvez isso nos permita falar de uma sociologia compreensiva. [...] Trata-se de uma perspectiva intuicionista. Intuir é ver dentro. [...] A compreensão íntima dos objetos se realiza na relação com a vida cotidiana. São os poetas e os artistas (antes até do que os teóricos), os que têm essa intuição. O que está em jogo é compreender algo ao mesmo tempo escondido e evidente. A profundidade está na superfície das coisas (MAFFESOLI, 2008, p. 5).

A Sociologia Compreensiva do Cotidiano de Michel Maffesoli permite ao pesquisador relativizar, a partir do colóquio com outros autores, as narrativas do vivido cotidiano dos participantes desta. Assim, esse sociólogo atenta para a importância do intercâmbio entre aquele que vive cotidianamente, os teóricos e o pesquisador, em uma atitude intuitiva de compreender e ressignificar o que existe para além das aparências.

Esta abordagem teórico-metodológica se dedica a pensar os fenômenos com enfoque no imaginário, na pós-modernidade e no tribalismo, como uma crítica ao individualismo, e na relativização de conceitos da modernidade. Para tanto, fundamenta-se na Fenomenologia que, para Maffesoli (1998, p. 150), permite

⁶Expressão usual da Fenomenologia para 'categorizar', manifestar o que faz sentido à indagação que o pesquisador pretende compreender (SIANI; CORREA; LAS CASAS, 2016).

contemplar “[...] um mundo que ‘já está aí’, um ambiente social e natural que não pode ser modelado à vontade, mas, que, ao contrário, resiste à injunção nacionalista ou, pelo menos, relativiza-a. [...]”

A obra de Michel Maffesoli tem influência do pensamento de seu mestre Gilbert Durand (1921-2012)⁷ e integra a tradição fenomenológica do pensamento francês, ao lado de Gaston Bachelard (1884-1962) e Emmanuel Levinas (1906-1995), como manifesto pensador dos fenômenos da vida cotidiana (CANDA, 2010; ICLE, 2011; MAFFESOLI, 2008; NÓBREGA; NITSCHKE; SOUZA, 2012)⁸.

Esta investigação obedeceu às normas de Pesquisa com Seres Humanos, segundo a Resolução n.º 466/2012 e suas complementares (BRASIL, 2012), sendo cada familiar dos portadores de transtornos mentais participante, esclarecido sobre o objetivo, a preservação do anonimato e o direito de participar ou não do estudo, conforme mencionado anteriormente.

Ressalta-se que, antes de cadastrar o projeto desta pesquisa na Plataforma Brasil e de submetê-lo à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFJF (CEP-UFJF), foi solicitada autorização formal do Subsecretário da APS do município em questão para realizar a investigação e, assim, contatar as UAPS, onde os potenciais participantes desta estão inseridos (ANEXO A e B).

O projeto desta pesquisa está cadastrado na Plataforma Brasil e foi submetido à apreciação do CEP-UFJF e aprovado sob o parecer número 1.374.666 em 17 de dezembro de 2015 (ANEXO C) – somente após a aprovação do mesmo, o processo de coleta de dados fora iniciado.

⁷Foi professor titular e professor emérito de sociologia e de antropologia da Universidade de Grenoble e autor de obras como, *A imaginação simbólica* (1988) e *As estruturas antropológicas do imaginário* (1989).

⁸O pensamento de David Émile Durkheim (1858-1917); Edmund Husserl (1859-1938); Max Weber (1864-1920); Carl Gustav Jung (1875-1961); Martin Heidegger (1889-1976) e Freund Julien (1921-1993) exerceu influência, sobremaneira, na obra de Michel Maffesoli.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para compreender como os familiares de portadores de transtornos mentais percebem o seu cotidiano a partir do momento em que se efetiva o processo de desinstitucionalização e a inclusão, destes, no âmbito familiar, faz-se necessário significar as sutilezas que se encerram na retomada da família, de hábitos domésticos e intimistas e das relações sociais.

Maffesoli (2010a, 2010b) relativiza que as relações sociais, na pós-modernidade, só têm sentido se experienciadas a partir das relações orgânicas e cotidianas; da valorização do instante, do *“presenteísmo”* da *“vida corrente”*, da *“banalidade”* da *“presença das coisas”* e do ‘estar-junto com’.

Assim, o reingresso de portadores de transtornos mentais na família e a acolhida destes no cotidiano de suas relações familiares não devem ser tomados, meramente, sob o aspecto civilizatório, ritualístico e moralista da modernidade. Ao contrário da ‘solidariedade mecânica’, devem motivar a *“socialidade”* que encerra maior complexidade ante seu valor simbólico, da *“memória coletiva”* e do *“imaginário social”* (MAFFESOLI, 2010a).

É importante mencionar que as participantes desta pesquisa advêm de diversos e *“novos arranjos familiares”*, da singularidade de *“ver e ser família”*, que se atraem e se repelem por força da *“corporeidade”*, da *“relação sujeito-outro”* – constituídos, primordialmente, da experiência sensível do ‘estar-junto com’, das manifestações de afeto e cuidado afora do parentesco, passíveis do aceite e da compreensão ideológica da pós-modernidade (MAFFESOLI, 2010b; SANTANA; OLIVEIRA; MEIRA, 2013; SILVA; GUARESCHI; WENDT, 2010).

Para facilitar a compreensão dos resultados e de suas discussões, segue uma breve caracterização destas participantes que perfazem o total de nove mulheres, a saber, Laura; Cordélia; Catarina; Zilda; Anita; Ana; Carlota; Glorinha e Pequena Flor – esta é a ordenação em que ocorreram suas entrevistas, mas, nas unidades de significado, os fragmentos de depoimentos poderão estar agrupados por convergência de significação.

Laura foi a primeira participante a ser entrevistada e o acesso a seu domicílio foi propiciado pela ACS daquela área de abrangência. Esta participante apresenta 67 anos, declara a cor de sua pele como *“morena”*, é casada e tem quatro filhos –

uma de suas filhas, que será chamada de Dorothy, é o ente portador de transtorno mental desta família. Laura trabalhou trinta anos como costureira, mas, hoje, está aposentada. Concedeu a entrevista com satisfação em sua cozinha, porque considerou o lugar mais reservado e tranquilo da casa.

Aos 64 anos de idade, Cordélia, declara-se “*clara*”, é aposentada – também trabalhou como costureira “*uma vida inteira*”; apresenta quatro anos de estudos; é separada e tem quatro filhos – mora com uma das filhas e uma neta, em domicílios separados por dois andares no mesmo terreno, onde compartilham de uma cozinha apenas, e coabita com uma filha portadora de transtorno mental por uma contingência da situação familiar desta.

Catarina tem 37 anos, dois filhos; é negra, solteira; apresenta sete anos de estudos e trabalha como auxiliar de serviços gerais; compreende a mãe como portadora de transtorno mental, apesar de não ser capaz de mencionar o diagnóstico de seu ente, e, por isso, é cuidadora manifesta da mesma.

Zilda tem 28 anos; é solteira; denomina-se “*parda*”; apresenta vinte e seis anos de estudos e trabalha como ACS; mora com os pais e uma irmã de 23 anos; declara que seu pai é portador de transtorno mental e, também, que é cuidadora do mesmo de modo compartilhado com sua mãe, o que a entristece muito e provoca uma dualidade de sentimentos – “[...] *fica aquela mistura de [...] amor e ódio... Com ele!*”

Anita, de 86 anos, que se declara “*preta*”, mãe de Jonga e de José – o primeiro filho é falecido e ambos são portadores de transtornos mentais; denomina-se “*do lar*” e, apesar, da idade avançada é uma senhora ativa – no momento em que esta pesquisadora chegou a sua casa para a entrevista, estava ocupada com a preparação do almoço. Ela declara ser a cuidadora direta de seus filhos.

Ana, com 55 anos, é viúva e se denomina branca; apresenta dez anos de estudos; está desempregada, mas diz com orgulho que era telefonista. Ana assume o encargo de cuidar de Arthur, nome atribuído, nesta pesquisa, a seu “*irmão adotivo*”, atualmente, com 41 anos.

Carlota tem 51 anos, considera-se “*parda*”, é casada e tem cinco filhos; apresenta seis anos de estudos; é doméstica e vizinha de uma mulher portadora de transtorno mental que acolheu e a considera como uma “*amiga-irmã*”. Já, Glorinha tem 24 anos, também considera-se “*parda*”; é solteira e tem uma filha menor de um

ano; coabita com o pai portador de transtorno mental a partir da idade adulta, porque foi criada por sua avó materna.

Pequena Flor, com 71 anos, considera-se “*preta*”; é viúva e aposentada; declara apresentar seis filhos, sendo que um deles foi identificado como “filho-neto”, mas menciona preocupação constante com demais familiares que, por ela, seriam todos acolhidos em seu domicílio; apresenta uma ‘fala corrida’, a que é preciso muita atenção para compreendê-la e um ‘riso nervoso’, constante em sua entrevista.

A partir da escuta atenta das falas destas participantes, da experiência do ‘estar-junto com’ e do vivido ‘presenteísta’ na oportunidade das entrevistas, surgiram as seguintes unidades de significados, ‘O dia-a-dia em cena: o ente portador de transtorno mental’; ‘O dia-a-dia em cena: o tratamento’; ‘O dia-a-dia em cena: motivações para o cuidado familiar’.

É relevante destacar, ainda, que nas unidades de significados constam, também, os registros do diário de campo desta pesquisadora – impressões arrebatadoras da ‘com-partilha’ de experiências da vida cotidiana, nem sempre aprazíveis ante a experimentação dos familiares, mas que se constituíram enquanto relatos inesquecíveis do vivido que se estabelece a partir do ingresso de portadores de transtornos mentais no seio de sua família de origem.

4.1 O DIA-A-DIA EM CENA: O ENTE PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Dum momento para outro, com raiva, estava de pé. Mas nas fraquezas do primeiro instante parecia doida e delicada no quarto que rodava, que rodava até ela conseguir às apalpadelas deitar-se de novo à cama, surpreendida de que talvez fosse verdade: "ó mulher, vê lá se me vais mesmo adoecer!", disse desconfiada. Levou a mão à testa para ver se lhe tinham vindo febres.⁹

Esta unidade de significado se preocupa em discorrer sobre a percepção das participantes acerca de seus entes portadores de transtornos mentais, a partir de significados e valores apreendidos do universo patológico – a ciência do

⁹LISPECTOR, Clarice. Devaneio e embriaguez duma rapariga. In: **Laços de Família**. Contos. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2000. p. 7.

diagnóstico de transtorno mental e de seus determinantes, bem como da eclosão do transtorno mental em outros membros da família.

A noção desta percepção será relativizada sob dois aspectos, o suposto comprometimento, interesse e atenção do ‘familiar cuidador’, demandados ao seu ente, à pessoa portadora de transtorno mental, o que implica na consequente participação no processo terapêutico deste, e o sentido que o funcionalismo moderno atribui a tais elementos ‘categorizantes’ e ‘normalizantes’ das ‘doenças mentais’, o que pode gerar um afastamento dos familiares, perante o processo terapêutico, devido ao estigma, ao medo e à culpa relacionados aos mesmos.

Discorrer sobre o diagnóstico patológico, como elemento classificatório e normativo, atende ao utilitarismo da sociedade moderna e esboça uma tentativa de “*corporificar*”, de tornar concreta, a questão do sofrimento psíquico, a partir do empreendimento de notificações codificadas em prontuários, do processo de medicalização e de técnicas que se prestaram a “*dulcificar os corpos*” de um sem-número de portadores de transtornos mentais (CAPONI, 2012; FOUCAULT, 1999).

A percepção dos familiares acerca dos diagnósticos de seus respectivos entes pode contribuir para a compreensão da carga de estigmas morais e socioculturais sobre o envolvimento daqueles no processo terapêutico destes e a ancoragem que ambos estabelecem em suas relações cotidianas.

A maioria das participantes demonstra conhecer o diagnóstico de seu ente portador de transtorno mental, mas, quando inquiridos especificamente, nem todas são capazes de nominá-lo, seja por dificuldade de pronunciar o termo ou porque algumas das participantes se detêm à atitude de determinar o diagnóstico de seu ente, a partir da significação de sinais e sintomas – estes, tomados do universo do ‘senso comum’, do vivido com outrem, ou do linguajar especializado, técnico-científico, alinhado à ‘ordem da modernidade’ (MAFFESOLI, 1998, 2012).

Neste sentido, toma-se o fragmento do depoimento de Carlota a que refere, no início de sua entrevista, não saber o diagnóstico de “sua familiar”, mas menciona a palavra “*depressão profunda*”, repetidas vezes, para caracterizar o quadro em que a mesma se encontra, com o emprego do senso comum, a partir da significação do vivido com seu ente,

Às vezes, a gente encontra ela, coitada, rosnando... Babando, né? Para em frente ao vaso sem saber o que fazer... Às vezes, ela tira a roupa pra [tomar] banho... Ali, dá um apagão na mente dela... Ela não sabe que ela está no banheiro... Não sabe nem pra saí do

banheiro! Fica parada... Não consegue [fazer] mais nada! Fica... Dá um apagão!

Quando ela entra em depressão profunda, como ela teve... Aí, ela não tem força nem de cuidar dela própria!

Catarina menciona que mãe apresenta “*esquizio... esquiziosfre...*”, mas não a particularizou e acrescentou que a “[...] *psicóloga falou, mas eu não me recordo... Quando uma pessoa surta, depois está bem... Ao mesmo tempo surta? É o quê?*”. Ana relata que seu “[...] *irmão adotivo tem Esquizofrenia*”, sem caracterizar o tipo, e diz que, para isso, “[...] *só olhando o documento dos médicos!*”.

Anita refere, no início da entrevista, que gerou dois filhos – Jonga, já falecido, e José que reside com ela – e que apresentam “*distúrbio mental*”, mas não soube especificar os diagnósticos. Segundo informações da ACS de referência da família, os dois filhos apresentam esquizofrenia, mas não soube especificar o tipo. Este posicionamento de Anita pode ser equiparado a uma atitude alheia, desinformada e desinteressada se apreciado com superficialidade.

Alguns familiares de portadores de transtornos mentais tendem a assumir uma postura alienada e indiferente no que concerne conhecer o diagnóstico e as manifestações particularizadas do transtorno mental em seu ente, o que dificulta o manejo do cuidado com o mesmo; inviabiliza o desenvolvimento de conhecimento a partir de novas experiências; dificulta o engajamento em projetos de vida; favorece o sentimento de sobrecarga e a atitude arriscada de preencher sua vida, plenamente, com as demandas do ente (NAVARINI; HIRDES, 2008; PIMENTA; ROMAGNOLI, 2008; KEBBE *et al.*, 2014).

Entretanto, Anita, com a distinção e a sabedoria no “alto de seus 86 anos”, atribui um sentido de aprendizagem, de despojamento e de entrega para o cotidiano de cuidados com seus filhos, portadores de sofrimento psíquico, e desvela o que se oculta ‘no fundo das aparências’ ao expressar “*distúrbio mental*” de modo efêmero, ‘aparentemente banal’.

Para Ana, mais do que a ciência do diagnóstico, a ‘razão sensível’ em sua relação de cuidado com seu ente assume significação essencial,

A gente tem que saber como é que a gente lida com eles, né? [...]. O modo de tratar... E ensinar tanta... As pessoas que convive com eles, né? Que é doente... A gente não sabe lidar com eles, né? Não entendemos nada... E, aí, a gente vai aprendendo... Vai aprendendo, né?

Este fragmento revela uma perspectiva de cuidado libertador, solidário, que supera a lógica do diagnóstico patológico, imposto pela racionalidade científica, ‘medicalizante’, e em que o cuidador acolhe o ‘ser-cuidado’ em uma atitude de ‘aprendiz e aprendente’, de ‘re-ligação’, de “*solidariedade orgânica*”, de “*dedicação*” e de “*comunhão com o diferente*” na relação cotidiana (BOFF, 2014; MAFFESOLI, 2010a).

Outro sentimento ‘intuído’ dos depoimentos das participantes, da percepção do ‘estar-junto com’ no momento da entrevista, foi o constrangimento da familiar em assumir o diagnóstico de transtorno mental para si mesma devido à austeridade do estigma social e moral da ‘doença mental’. Isto pode dificultar o cotidiano das relações familiares e sociais e o engajamento efetivo do familiar no processo terapêutico de seu ente (KEBBE *et al.*, 2014; VICENTE *et al.*, 2013).

Este sentimento foi percebido, por esta pesquisadora, quando Cordélia menciona hesitante, “limpando a garanta” em um manifesto incômodo, que sua filha apresenta, como diagnósticos, “*Síndrome do Pânico e Bipolar*”.

Apesar do alcoolismo não se apresentar como o objeto primeiro desta pesquisa, não se deve descartar esta importante temática, também geradora de constrangimento, desvelada em quatro, dos nove depoimentos das participantes desta. Assim, logo que a entrevista começa, Laura muito comovida relata que o

[...] alcoolismo veio primeiro... A pessoa que vive nessa vida de bebedeira, do alcoolismo não é a pessoa, né? Assim, equilibrada, né? Aí, veio a desenvolver o transtorno bipolar.

Glorinha não soube referir o diagnóstico do pai portador de transtorno mental, provavelmente, porque não conviveu com o mesmo, conforme relata em seu depoimento, mas relaciona o alcoolismo ao passado de seu pai. Entretanto, disponibilizou-se em perguntar-lhe, quando estivesse em sua presença, com a leveza de uma atitude impregnada de valores pós-modernos,

Meu pai... Ele bebia, [...], quando eu era menor, né? Mas o diagnóstico, mesmo, eu não sei... Mas posso perguntar pra ele quando ele chegar!

Zilda é, também, filha de um portador de transtorno mental, mas diferente de Glorinha, tem um vivido ‘com-partido’ com sua mãe, traduzido por bastante desconforto, em que o alcoolismo, igualmente, esteve presente e fora projetado

como causa primeira do processo de internamento de seu ente, hoje, sabidamente, portador de transtorno afetivo bipolar,

[...]. Assim, quando eu não entendia, era por causa da bebida, né? 'Que, aí, ele bebia muito... Direto, direto e internava. Agora, eu já tenho um outro conhecimento que não é só a bebida, né? A bebida é só mais um fator. Assim, ele é bipolar [...].

Em seu relato, Pequena Flor apresenta sua percepção da ocorrência de transtorno mental na família, especificamente, em “seus seis filhos” portadores de esquizofrenia. Em seu depoimento, tenta elencar, metodicamente, a situação de cada um deles e é curioso que o alcoolismo, também, permeie o conturbado cotidiano familiar,

Tenho seis filhos... Agora, tenho cinco... Uma morreu de tanto, tanto transtorno mental também! Morreu! Be-bia... E falou que ia beber até morrer!! [...]. E morreu!!! Se matou... Agora, [você] vê que situação?! Aí, o outro, também, já tentou se matar!! Tomou sessenta e dois comprimidos!!! [...] Me chama de mãe... Porque eu peguei ele com quarenta dias de [...] nascido pra criar... A mãe dele era alcoólica.

Pequena Flor faz menção, em especial, a duas de suas “filhas” – uma filha, aqui denominada de Mafalda, falecida, e outra filha, de Maria Quitéria – e um “filho-neto”, ainda vivos e sob seus cuidados,

[Mafalda] de 42 anos [...]. O diagnóstico dela era... 'Eszosfresia'... Eu não sei falar direito, não! [Maria Quitéria] também... Tem 32... [...]. Ela tem a mesma coisa... Mesma coisa... Transtorno. [O “filho-neto”] também... [...] já teve internado nos hospitais tudo! [...]. Mesma coisa! Transtorno mental... O mesmo transtorno! Ele tem 30... Tem... Tem... Trinta, não! Tem 28...

Estas participantes ‘significam’ o consumo abusivo do álcool como determinante para o desenvolvimento dos transtornos mentais de seus entes e o impacto negativo do alcoolismo em suas vidas – a constatação do adoecimento do ente; a privação da relação com o outro; o afastamento imposto e difícil pelo processo de internamento do ente; o desgosto ante a perda nefasta do ente.

Em convergência a esta significação, o alcoolismo impõe-se como um grave problema de saúde pública de abrangência mundial e está relacionado a uma série agravos à saúde, dentre os quais se figuram os transtornos mentais, bem como, a desarranjos significativos na sociedade (SOARES; VARGAS, 2014; SOARES; VARGAS; OLIVEIRA, 2011).

A análise dos resultados mostrou, também, a percepção do familiar acerca da ocasião em que seu ente manifesta alterações de comportamento e do estado de humor, enquanto primeiros indícios do transtorno mental no cotidiano. A relevância desta discussão está no significado da “corporificação” do sofrimento psíquico de seu ente e no impacto percebido em si mesmo, em outrem e no cotidiano, a partir desta significação (CAPONI, 2012; FOUCAULT, 2007b).

Neste sentido, Laura menciona perceber que Dorothy,

[...] desde mocinha, ela sempre foi... Assim, ela sempre deu mais trabalho... Entendeu? Ela fugia aquelas coisas de namorado e tal... Sabe?! [...]. Mas eu não sei se foi algum caso amoroso ou se foi um problema, assim, como se diz, dela mesmo que veio, assim, agravando... Também, não sei se é ele ou foi outros amores, né? Veio acontecer esse distúrbio, né? [...]. Porque... É, assim, tipo uma frustração mesmo, sabe? Que a pessoa teve na vida que veio acontecer isso [...].

Carlota ressignifica o relato da “amiga-irmã”, em uma tentativa de tornar concreto o diagnóstico de “sua familiar”,

[...] ela disse pra mim esses dias, que, realmente, desde quando a menina dela nasceu... Que ela o piorou o quadro dela! E a menina dela está com dezessete anos, vai fazer dezoito [...] em dezembro... E ela, realmente, parece que eu... Dá a entender, também, que tem a ver com uma depressão pós-parto também, né? Pode ser que tenha haver...

Cordélia rememora o período em que a filha encontrou certas dificuldades no acatamento de demandas da vida cotidiana, aparentemente fáceis de contornar, e aventa que isto esteja relacionado à motivação para o primeiro internamento e a piora do quadro apresentado pela filha,

Ah! Desde nova... Desde quando ela [se] casou, ela teve esse internamento, né? Aí, mas, depois, [seu estado] foi [se] agravando... Antes dela ter o segundo filho dela [...]. Ela ficou muito ruim mesmo, que eu tive que largar minha casa e mora com ela [...] pra cuidar dela! Ela ficou que ela nem comer ela comia... Ela não dava comida à menina que ela tinha medo dela engasgar! É uma coisa esquisita mesmo!

Glorinha sugere ter sido criada com relativo afastamento da presença paterna e, talvez, por isso, não consiga especificar tal percepção. Assim, relata,

[...]. Quando eu era menor, acho que desde quando... Não! Até antes d'eu nascer ele bebia muito! Minha mãe sempre reclamava que ele bebia muito!

Catarina relaciona o desencadeamento do transtorno mental em sua mãe com o sofrimento decorrido da “perda” de seu marido e de seus filhos,

E eu vejo que o sofrimento da minha mãe começou pelos meus irmãos... Entendeu? Começou através deles... E... Foi cada dia piorando... E piorou cada dia mais... [...]. Ela quer ir pra porta da cadeia! Ela dorme lá... Que ela não aceita... Ela não aceita! Ela não aceita que as pessoas [se] foram... Que o meu pai [se] foi... Que meus irmãos [se] foram...

Na percepção de Ana, seu “irmão adotivo”, Arthur, começou a manifestar o transtorno mental na infância, quando do surgimento de outra doença que, segundo ela, evoluiu para o quadro de esquizofrenia,

[...] doença foi... A princípio, foi na época que ele estava na escola e ele começou com uma pequena disritmia e ela foi só evoluindo...

Zilda conta que, desde a compreensão de si mesma e do vivido de sua mãe, tomado como a própria percepção, o transtorno mental se manifestou em seu pai,

Ah! Desde que eu era pequena, né? Assim, desde que eu era pequena, eu me lembro da imagem dele, assim, muito da imagem dele em um hospital – Zilda diz com muito desconforto.

Ah! Assim, foi a minha vida in-tei-ra! – enfatiza esta palavra com pesar. Eu tenho 27 anos, mas ele já internou antes... [...]. Eu não sei se ele tinha 25 anos... [...]. Ele estava na... Fazia faculdade... [...]. Descompensou!

Pequena Flor relata perceber a manifestação do transtorno mental em seu “filho-neto”, a partir do processo de medicalização, do internamento e da progressiva mudança de comportamento do mesmo,

[...] ele toma remédio desde a idade de 9 anos! Ele internou mais pra frente! 10 anos... Ah! Ele quebrou tudo! Quebrou tudo!! Com 9 anos... [...], ele só ficava andando, assim, desinquieto, assim... Não sossega-va! Pra lá... Pra cá! Pra lá e pra cá... – diz e representa esta atitude com as mãos. E, depois, né? Foi trabalhar [...]. Desmaiou lá! Eles acharam ele desmaiado! Um dia, também, ele desmaiou à noite aqui! Ele começou entortar todinho! [...]. Começou a entortar! Os ossos dele estavam estalando tudo!! Essa época ele estava com 26...

A partir deste ensejo, é reservada a discussão acerca dos fatores determinantes dos transtornos mentais, historicamente, assinalados pela hereditariedade, o que permitiu não apenas uma identidade para a ‘doença mental’,

mas também a existência de um corpo para envasar o sofrimento (CAPONI, 2009; FOUCAULT, 2007a, 2007b).

Esta discussão permite relativizar acerca da condição de vulnerabilidade a que é colocada a família ante o impacto da ‘doença mental’ parental e do sentimento de culpabilidade a que é tomada devido à ocorrência do sofrimento psíquico em seus entes (CARVALHO, 2012).

Neste sentido, Laura relaciona o agravamento do transtorno mental em sua filha, por causa do alcoolismo e identifica a ocorrência de “[...] outros casos de alcoolismo na família...”.

Carlota não foi específica, mas dá a entender que assume o cuidado de sua “amiga-irmã”, porque a irmã biológica da mesma apresenta “debilidades”,

Então, passei ajudar ela foi nesse momento... Porque a irmã dela, também, estava doente... Não podia acompanhar. Também estava debilitada!

Se ela ficasse internada, seria muito mais difícil, porque essa vez que ela esteve internada, realmente, ela teve que ficar, realmente, sozinha, porque elas [as filhas] não quiseram ir pra casa da tia delas... Não estavam sentindo aquela alegria de ir pra lá, né?

Cordélia conta em tom de desabafo a preocupação com certas atitudes de seu neto, filho de mãe portadora de transtorno mental,

[...]. Eu ando com medo de um neto meu de doze anos... Entendeu? ‘Que ele é muito agressivo! Eu não sei nem... Eu quero levar ele no médico e não estou conseguindo... Eu não sei nem se ele tem ‘a doença’! Entendeu? Porque as coisas que ele faz [são] de arrepiar!!! Não é coisa... Entendeu o que eu estou falando? Não é coisa de rua... Não! É dentro de casa... É o comportamento... Agressividade! Agressividade!! [...]. Não sei se você tá entendendo de que que eu estou falando? Então, é o comportamento dele dentro de casa com a mãe dele... Comigo... É filho da que mora comigo aqui – diz Cordélia preocupada.

No decurso da entrevista, Cordélia revela ter apresentado, no passado, o mesmo “problema” da filha, mas compreende um desfecho diferente para si, ao comparar o vivido de enfrentamento cotidiano da filha com o seu, neste intento, explica,

Porque EU já passei por isso... – Cordélia tonifica a palavra ‘eu’ e postura as mãos em seu peito. Eu já tive esse problema. Antigamente, eu passei... Eu sentia que eu estava inchando... Que eu... Coçava a cabeça... Que eu estava inchada! A minha vontade era de sair correndo!! Eu já passei por tudo o que ela está

passando... De vez em quando me dá uns 'piricapo'! Mas acho... Eu sei, eu penso na minha cabeça... Eu... Não aconteceu nada até hoje, não é agora que vai acontecer...

Anita e Pequena Flor mencionaram em suas entrevistas que todos os seus filhos gerados apresentam algum transtorno mental. Aparentemente, para Anita, isto não significa uma mazela, porque, por causa da participação no processo terapêutico de Jonga, “aprendeu a lidar” com o transtorno e, talvez, por isso, tenha facilidade de compreender e “lidar” com José. Entretanto, Pequena Flor vive um calvário por causa das demandas de seus filhos e é capaz de perceber a presença de transtornos mentais na família.

Zilda refere, com mansidão, que os irmãos do pai, também, são portadores de transtornos mentais, mas não sabe relatar os diagnósticos patológicos, porque não tem contato direto com eles. As demais participantes desta pesquisa, Glorinha, Catarina e Ana, não mencionaram em seus depoimentos quaisquer elementos que apresentassem, para esta pesquisadora, alguma relação do transtorno mental, apresentado por seu ente, com outros familiares.

No tocante à hereditariedade da ‘doença mental’, a psiquiatria, ao longo de seu processo histórico, procurou desenvolver “*mecanismos*” para investigar, ‘classificar’ e ‘medicalizar’ a loucura, à semelhança da prática clínica, para torná-la evidente, “corporificá-la”. E, do mesmo modo, dirigiu tais “*mecanismos*” para identificar em comportamentos, costumes e atitudes, inclusive na ascendência e na historicidade de vida, individual e familiar, inclinações patológicas (CAPONI, 2009, 2012; FOUCAULT, 1999).

Esta prática psiquiátrica oculta estratégias do ‘poder disciplinar’ e se opõe ao ideário proposto pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que estigmatiza a família e seu ente portador de transtorno mental. Isto interfere, veementemente, no modo como se estabelecem as relações da vida cotidiana e de cuidado entre o ‘familiar cuidador’ e o ‘ser cuidado’, seu ente em sofrimento psíquico.

Pode-se intuir, diante da análise dos fragmentos de depoimentos que compõem esta unidade de significados, uma dualidade ideológica nas percepções apresentadas pelas participantes, desta pesquisa, acerca do ente portador de transtorno mental, ora são mediadas pelo ideário manicomial, pleno da lógica prescritiva da modernidade, ora são permeadas pelo ideário “reformista” que valoriza a reinserção social, o ‘estar-junto com’ e a singularidade do sujeito portador de

transtorno mental, consonantes à “socialidade”, ‘re-ligação’ e ‘subjetividade do ser’, construtos da ideologia pós-moderna – estas percepções influenciam, extremamente, o engajamento cotidiano do familiar no tratamento de seu ente.

4.2 O DIA-A-DIA EM CENA: O TRATAMENTO

[...] é um ser. É verdade que não se poderia contar com ela para nada. Nem ela própria contava consigo, como o galo crê na sua crista. Sua única vantagem é que havia tantas galinhas que morrendo uma surgiria no mesmo instante outra tão igual como se fora a mesma. [...]. Foi pois uma surpresa quando a viram abrir as asas de curto [voo], inchar o peito e, em dois ou três lances, alcançar a murada do terraço. Um instante ainda vacilou — o tempo da cozinheira dar um grito — e em breve estava no terraço do vizinho, de onde, em outro [voo] desajeitado, alcançou um telhado.¹⁰

Nesta unidade de significado, a percepção do familiar acerca da influência do tratamento de seu ente portador de transtorno mental é mediada a partir de duas compreensões, do internamento e da desinstitucionalização que surgiram da análise compreensiva dos resultados.

As participantes manifestaram, claramente, em seus depoimentos, elementos que caracterizam a percepção acerca do processo terapêutico de seu ente, decorrentes da rememoração do período em que estivera internado em hospital psiquiátrico e da experiência de um tratamento determinado em virtude da desospitalização de ‘doentes mentais’ sob a égide da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Todas as depoentes, a partir da significação que emerge de suas falas, revelam a conotação negativa do internamento, reflexo do empreendimento de estratégias do “*biopoder*” para disciplinar e para controlar a manifestação ‘irascível da doença mental’, como será constatado com o desenvolvimento desta unidade de significado.

Por séculos, a sociedade não concebeu o tratamento para a ‘doença mental’ fora do contexto de enclausuramento, atitude reforçada pela ideologia da sociedade capitalista para exercer, a partir da “*biopolítica*”, o controle social e pelo incontestável saber psiquiátrico, derivado do “*poder soberano*”, para submeter o ‘doente mental’ e

¹⁰LISPECTOR, Clarice. Uma galinha. In: **Laços de Família**. Contos. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2000. p. 20.

determinar-lhe a sentença de vida ou de morte, com a determinação de seu diagnóstico (CAPONI, 2000; FOUCAULT, 1999, 2007b).

Apesar das contestações direcionadas a esta ideologia e do esgotamento de sua *práxis*, com o advento de uma ideologia libertária, em amplos aspectos, que fomentou o movimento antimanicomial e o movimento sanitarista, a ideologia manicomial persiste, devido ao seu enraizamento sociocultural, e pode ressurgir ou aflorar em estruturas educacionais e de assistência à saúde, bem como no cotidiano das famílias e dos diferentes grupos sociais, mesmo com a oficialidade do modelo substitutivo de atenção aos portadores de transtornos mentais na atualidade (MERHY, 2010).

Tais argumentos delineiam esta unidade de significados que mostrará a periodicidade de internação de entes portadores de transtornos mentais e os determinantes para tanto; a perplexidade da incompreensão dos familiares, ante o processo de desinstitucionalização; a persistência do “*biopoder*” nos serviços substitutivos à hospitalização; as dificuldades e as potencialidades destes quando do exercício da assistência aos entes portadores de transtornos mentais e a seus familiares.

É possível perceber que o CAPS é o serviço substitutivo mais mencionado pelas participantes desta pesquisa, seguido dos serviços de urgência, como o serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência, devido à preocupação com manejo e à estabilização da crise, significada como “*agressividade*”, que acomete seus entes, e das UAPS que deveriam demandar o aporte assistencial no cotidiano das famílias em consonância com o projeto terapêutico dos usuários inseridos no CAPS¹¹ (JORGE *et al.*, 2015).

Por uma série de motivos que esta pesquisa pretende abordar, infelizmente, subentende-se, a partir da análise das falas das depoentes, que o discurso do ideário substitutivo, ainda, não se transpôs para a prática efetivamente, sendo possível perceber resíduos da lógica manicomial, que insistem em se manifestar, no cotidiano dos serviços que compõem a RAPS.

Pode-se constatar, também, nos extratos dos depoimentos, que o internamento simboliza um recurso importante para a maioria das famílias de

¹¹Outro componente da RAPS, o Serviço Residencial Terapêutico, também denominado de Residência Terapêutica, foi instituído pela Portaria/GM n.º 106 de fevereiro de 2000. Este aparato substitutivo consiste em moradias, integradas à comunidade, destinadas aos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que, por diferentes motivos, não foram acolhidos por seus familiares (ALMEIDA; CÉZAR, 2016). É importante destacar que este serviço fora mencionado, apenas, por duas participantes desta pesquisa – Ana e Zilda.

portadores de transtornos mentais – a maioria das participantes relata episódios recorrentes de internamento de seu ente e tem dificuldade de compreender os serviços substitutivos da RAPS, especialmente os CAPS, enquanto alternativa terapêutica eficaz e consistente para garantir assistência à pessoa em sofrimento psíquico.

Estes serviços devem estar preparados para acolher “*situações de crise*”, a fim de que seu suporte e manejo possam cessar a prática do internamento, como a único recurso para ‘controlar’, estabilizar o sujeito em crise. Assim, na qualidade de articuladores, compositores e reordenadores estratégicos da RAPS, devem atuar na lógica da integralidade da assistência, reabilitação, reinserção social e inserção da família no processo terapêutico da pessoa em intenso sofrimento psíquico, com o propósito de combater a ‘cronificação’ deste e a pauperização de sua condição para retomada da vida em sociedade (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014; GUEDES; SOUZA, 2015; SILVA; DIMENSTEIN, 2014).

Sobre o internamento em um hospital psiquiátrico, Laura faz menção acerca dos prejuízos para aquele que é submetido a esta prática, especialmente, porque, neste ambiente, não é comum a distinção entre tipos diferentes de transtornos mentais e grau de comprometimento de seus portadores. E, ainda, denuncia a prática de violação física, mas não esclarece se entre os internos ou partidas de outras figuras deste local,

Prejudica... Porque, às vezes, é... Como se diz? Tem ala que a pessoa é mais ou menos... Têm outras que a pessoa é mais grave, né? Igual ela falou que lá [...] até chegava agredir, né?... A pessoa tem que ficar quieta... Num canto... Isolada, né? Por causa de agressão...

Carlota, como Laura, pontua a não diferenciação no processo de internamento, mas esta participante critica a presença de presidiários em um serviço de urgência psiquiátrica, remanescente do modelo asilar, do município em questão – esta fala pode estar relacionada ao estigma de periculosidade que, sobremaneira, concerne ao significado “destes outros excluídos” da sociedade,

Porque [...] a ala [...], onde [...] está internando, [...], infelizmente, é misturado com presos, né? E as pessoas que estão com esses problemas psiquiátricos que precisam de internamento... Então, não queria leva, exatamente, por causa disso!

Carlota refere-se ao fato de que procura evitar o acesso da “amiga-irmã” a este serviço especificamente e menciona sua impressão sobre um “serviço de internação psiquiátrica” que conheceu com a intenção de diferenciá-lo do anterior, em uma ‘aparente distorção’ da realidade de um hospital psiquiátrico,

Bem, eu já [estive], né? [...]. A minha [amiga] [...] esteve internada [...]! Muitos anos... Inclusive, eu visitei lá... Era tratada com muita alegria lá! Sabe? Era muito bom! A minha tia, segundo deu pra entender ali, ela gostava de lá... Ela preferia lá do que dentro do lar dela... Não sei por quê?!

Cordélia é enfática ao reproduzir o que ouviu a respeito de um hospital psiquiátrico. Irritada a respeito disto, tenta argumentar em favor da internação psiquiátrica, em uma atitude de justificar que a família não é capaz de cuidar de seu ente portador de transtorno mental,

Diz que é PÉSSIMO!!! Eu acho que seria o seguinte... Com ajuda de alguém... A gente teria alguém pra orientar a gente como faz e teria alguém [lá do hospital] pra ajudar, né?

Para Glorinha, ainda, deveria existir a possibilidade de internação em situações específicas, como em casos de “agressividade” e esclarece que seu pai nunca foi agressivo, apesar de cientificar-se de que fora internado, algumas vezes, quando ela era pequena,

Assim, eu acho que não devia ter tirado, assim, tudo d’uma vez, não! Porque... Tem alguns pacientes que eles têm aquele problema de agressividade... Sabe? Dentro de casa... Quebrar as coisas, né? É complicado! Até os familiares, mesmo, [ficam] com medo, né? Acho que... Que... Esses, assim, que têm esses problemas de agressividade deveria, ainda, ter um hospital pra eles, pra eles ficarem lá... Agora, têm vários tipos, né? De [...] problemas! O meu pai já é um... Um, assim, que ele [não] foi agressivo, nem quando bebia...

Anita, como Glorinha, apresenta um argumento favorável à necessidade de internação de portadores de transtornos mentais em determinadas situações e que ‘saber lidar’ com eles pode significar uma alternativa a esta demanda,

Ele internou muitas vezes... Muitas vezes! Internou [em várias clínicas]... Tem uns doentes que precisam mesmo ficar internados, né? Mas tem outro que já não precisa, conforme a gente... Então, tem uns que [precisam] mesmo ficar mais assim... Conforme, né? A gente tem que [saber] como é que a gente lida com eles, né?

Catarina conta que sua mãe foi internada pela primeira vez quando do falecimento de um de seus filhos,

Em 2002, quando o meu irmão faleceu, ela ficou internada um ano. A última internação foi [em um serviço público de urgência psiquiátrica], só pra ela acalmar... A mais longa foi [em um hospital psiquiátrico particular]... Teve outras internações, mas foi leve e não precisou [...] internar... Só precisou de ir pra casa de repouso...

Aqui, é importante observar que o primeiro internamento da mãe de Catarina se deu depois da sanção da Lei n.º 10.216/2001 que confere a jurisprudência do limite de trinta dias anuais para a internação de portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Ana conta sobre as frequentes internações em hospitais psiquiátricos de seu “irmão adotivo”, hoje, com 41 anos de idade, desde tenra idade,

Ele já foi hospitalizado várias vezes... Todos os hospitais psiquiátricos [daqui]... Ele já esteve internado e foram, assim... Ficava um mês em casa, outro mês no hospital... Desde a idade de... Por volta de treze, quatorze anos de idade.

Em um dado momento da entrevista, Ana se queixa da redução do tempo de permanência nas instituições psiquiátricas, atualmente, devido ao processo de desinstitucionalização e, segundo ela, a hospitalização resolveria a dificuldade de convivência com pessoas na mesma “situação dele” – “agressivas”,

Geralmente, é internado só trinta dias... Aí faz trinta dias, dão alta... Aí... Teve época dele não ficar nem uma semana! Tinha que voltar com ele novamente... [...]. Vou ser muito sincera! Eu acho um absurdo!!! Porque... Não só como eu tenho o Arthur, que é meu irmão, nessa situação, tem muitos por aí! Entendeu? E a família não tem condições de conviver com um doente na situação dele ou... Ou outros piores, né? Dentro de casa, não?! Porque a agressividade tá crescendo cada vez mais devido à doença...

Zilda rememora as internações do pai com muito desconforto e pesar, conta com uma expressão entristecida, que, desde muito cedo, presencia a realidade de um hospital psiquiátrico e a “necessidade recorrente” de internação do mesmo, devido à “agressividade” de seu ente,

[...]. Eu ia [visitá-lo] com a minha mãe. E... Assim, quando eu não entendia, era por causa da bebida, né? ‘Que, aí, ele bebia muito... Direto, direto e internava.

[...] ele é bipolar – Zilda fala com a voz embargada – e, aí, ele... Ele tem a fase bem marcada mesmo de... A depressiva, né? Que ele...

Quando ele tá... Quando ele tá em casa, eu vejo... Que, aí, ele fica mais na cama e tal... E a fase maníaca que ele fica mui-to agitado... Descompensa mesmo! E, aí, é onde ele começa a beber e, né? Bebe e já tá descompensado... Aí, chega um ponto que ele precisa [internar] [...].

Acrescenta que, de um tempo para cá, percebe a dificuldade que a família apresenta em internar seu pai e interpreta esta mudança como “questões de burocracia”. Conta que a mãe recorria a instituições públicas e privadas para manter o marido internado,

Assim, por questões de burocracia mesmo, ele, geralmente, ficava um mês... Saía! Mas, porque o plano não cobria mais... Agora, depois que a minha mãe é... Virou agente de saúde, ele teve o plano de saúde, né? E, aí, ele tinha direito. Aí, era um mês e saía... Mas, antes disso, já ficou em hospital pelo... Pelo SUS mesmo! Agora, foi... Pela última vez... Foram... Acho... Foram três meses... De dois a três meses... Anos? Só [...] antes d’eu nascer... [...]. Que tenha ficado mais, assim, em período de crise mesmo, depois saía... Em um ano, chega a hospitalizar duas vezes... É! Em média, duas vezes, por questões burocráticas também!

Pequena Flor rememora as primeiras necessidades de internação de seu “filho-neto” que ocorreram antes da Reforma Psiquiátrica,

Ih! Mais é uma quantidade de tempo!! Uma quantidade de... De... Receita que eu pego quando ele sai! Ele interna desde de... Desde... A idade dele é... Não estou sabendo... Eu tenho uma receita, aí, que fala... A época que ele começou a tomar remédio... [...] desde a idade de 9 anos!

Diante das transformações na assistência à saúde mental, Pequena Flor percebe seus reflexos a partir da adoção de critérios para justificar o internamento,

Ele ficava dois meses... Três meses! Mas, assim mesmo, porque o médico dava alta... Porque se fosse pra [...] buscar, eu não buscava! Porque eu já sabia que ele ia quebra tudo dentro de casa...

E lamenta a impossibilidade de internamento de seu “filho-neto” e, desesperada, conta seu “suplício cotidiano”, porque não se sente capaz de exercer ‘o controle’ sobre seu “filho-neto” que sai, pelas ruas, “dopado” e compreende o limite de tempo para internação como uma consequência de suas condições socioeconômicas,

Coitado dos pobres, não pode pagar particular!! Fica sofrendo!! Metade do pobre vai morrer tudo por aí... Não tem dinheiro pra pagar particular [...]!!! Caiu... Caiu... Estava dopado... Caiu na esquina do [...] passeio. Estava dopado! Caiu! [...]. Como é que eu posso ficar

andando atrás desse homem! Como é que eu posso ficar andando, gente?! Saiu aí... Eu nem sei se vai chegar vivo ou morto! Saiu... Só Deus sabe!!

Saudosista do hospital psiquiátrico, Pequena Flor o compreende como ‘mecanismo de controle’ e único recurso no tratamento ao portador de transtorno mental. Tanto assim o compreende que considera o tratamento do CAPS como equivalente ao manicomial, porque seu “filho-neto” se mantém “dopado” cotidianamente,

Eu gosto... Do CAPS... O tratamento do CAPS... Eu gosto! Ah! Tudo igual?! – refere-se à comparação entre o tratamento do CAPS com o hospital psiquiátrico. Eu acho que é igual! Eu acho! ‘Que lá [no hospital], eu nunca achei ele machucado... Nunca achei! É... Dopado... Dopado... Ah! Dopado... Fica... [...]... Tem que ficar dopado, senão eles brigam, né?!

Apesar de mencionar equivalência entre o tratamento manicomial e o substitutivo, seu depoimento mostra que Pequena Flor prefere o primeiro, quando afirma ter encontrado seu ente machucado, “apenas dopado” – condição corriqueira nas instituições de reclusão.

Laura é taxativa com relação a sua percepção quanto ao tratamento de Dorothy no CAPS, diz que não vê melhora,

[...] quando ela vai no CAPS... Nenhuma! Nenhuma... Nenhuma! Inclusive, ela ficou, assim, mais perturbada, assim... Sabe? É porque teve uma psicóloga [...] que declarou que essa doença já é de infância... Como se diz? Que ela não tem cura... Isso foi o fim do mundo pra ele! Que ela não tem cura... Que esse distúrbio já é desde a infância... Entendeu? E... E... Como se diz? Sempre levada, né? E tal e coisa... [...]. Aí, de lá pra cá, foi... A gota d’água! Como se diz? Que ela não tinha cura... Que ela não tem cura... [...] Cada vez que volta, parece que volta pior!

Neste fragmento do depoimento de Laura, pode ser relativizado o processo terapêutico demandado por profissionais de saúde nas instituições abertas. Muitas vezes, nos serviços em questão, a terapêutica é comprometida devido à falha na formação profissional ou ao modo como os profissionais se colocam para a perspectiva do cuidado no modelo substitutivo e plena da ideologia manicomial (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014).

Quanto às ferramentas do cuidado, utilizadas em serviços substitutivos, como é o caso das oficinas terapêuticas nos CAPS, Laura manifesta a possível falta de interesse, disposição e engajamento da filha nas atividades propostas por tais oficinas,

Ah! Eu acho que [está] do mesmo jeito! – fala com muito desânimo. Ela chegou a fazer um negócio lá de pintura, né? Aquele negócio de colagem de ovo... Fazer flor... Aquelas coisas... Mas é assim... Sabe? Não faz nada com capricho! Entendeu? E ela não gosta também de ir...

No fragmento do depoimento anterior, é possível constatar que Laura culpa Dorothy pela “*falta de capricho*” com que realiza as atividades disponibilizadas pelas oficinas terapêuticas no CAPS que frequenta, mas, ‘no fundo desta aparente falta de capricho’, pode se encerrar a lógica neurotizante do ‘ter-fazer’, sem objetivos claros para a vida dos usuários deste serviço, o que, talvez, justifique a “*falta de capricho*” de alguns destes.

Diferente da percepção de Laura, Catarina vê nas oficinas terapêuticas, experienciadas no CAPS, uma importante ferramenta para o cuidado, relacionada, inclusive, ao compartilhamento de experiências de vida, o que pode favorecer o autoconhecimento e a transformação, a partir do exemplo de outrem, para direção positiva,

[...] lá no CAPS... Ela tem vários estudos lá! Ela fica lá, ela borda... Ela... Com'é que eu [vou] te [falar]? Ela tem vários tipos de interativos... Interativos? Interativos que fala? – Catarina se refere às oficinas terapêuticas. Eles pintam, eles cantam, eles dão depoimento da vida deles... E... Eu já participei lá com a minha mãe várias vezes...

O ócio improdutivo que imperou nas estruturas manicomiais deve ser combatido e, por isso, dentre outros motivos, a inserção das oficinas terapêuticas e de tantos outros exemplares de atividades programadas estão disponíveis nos CAPS, mas espera-se que tais atividades sejam criadas e executadas a partir do exercer do desejo dos usuários em consonância com os profissionais de referência dos mesmos – isto garantiria, minimamente, àqueles, a frequência nos serviços, a adesão ao tratamento, a reabilitação para a vida cotidiana e, por conseguinte, a

redução de internações (GUEDES; SOUZA, 2015; NUNES; TORRES; ZANOTTI, 2015).

Carlota é otimista com relação ao tratamento de sua “amiga-irmã”, entretanto, relaciona a terapêutica no CAPS à necessidade de manutenção do tratamento medicamentoso e observa que elementos externos interferem no equilíbrio psíquico de sua “irmã”,

Eles [estão] acompanhando ela lá... A gente foi lá anteontem [...]. A gente vai lá, porque, realmente, tem que [pegar] lá novas [receitas], né? Por enquanto, ela não [está] participando de grupo nenhum, não! Só [está] indo mais pra atendimento e consulta médica... Olha... Realmente... Ela deu uma melhora... Assim, [está] mais estável... Nesses dias ela [estava] legal! Espero que, de anteontem pra cá, com o resultado dos: “Não! Não! Não!”, né?¹² Tomara que ela continue melhor, né?!

Em oposição à perspectiva do tratamento medicamentoso, empreendido de maneira exclusiva, Cordélia considera,

Eu acho que só o remédio não ajuda, não! Inclusive, tem um remédio que eu acho que ela tinha que parar com ele... O tal do RIVITRIL®... Porque ela anda esquecendo muito as coisas... Não, porque você lê, né? Sobre esse RIVOTRIL®! A tendência dele é fazer a pessoa até ter mal de ALZHEIMER... No final... [...]. Com o tempo... Entende? E, aí, você fica com medo, né? E ela já anda esquecendo muito... Ela não sai sozinha... Ela não fica dentro de casa sozinha...

Cordélia, no fragmento anterior, esboça preocupação com o uso contínuo da referida medicação e atribui, a isso, o “medo” e o “esquecimento”, mas revela o que pode estar ‘no fundo das aparências’, quando menciona importantes enfrentamentos apresentados por sua filha,

Ó! Sinceramente, eu [estou]... Eu ando com medo de um neto meu de doze anos... Entendeu? Que ele é muito agressivo! Eu não sei nem... Eu quero [levar] ele no médico e não [estou] conseguindo... Eu não sei nem se ele tem a doença! Entendeu? Porque as coisas que ele faz [são] de [arrepiar]!!! Não é coisa... Entendeu o que eu [estou] falando? Não é coisa de rua... Não! É dentro de casa... É o comportamento... Agressividade! Agressividade!! Porque na rua não... Porque não é... [...]. Então, é o comportamento dele dentro de casa com a mãe dele... Comigo... É filho da que mora comigo aqui.

¹²Carlota, aqui, refere-se à dificuldade que sua “amiga-irmã” tem apresentado para conseguir a aposentadoria por invalidez.

Ana corrobora com o argumento de Cordélia, quando afirma não perceber resultados ante a terapêutica medicamentosa, que ela faz questão de monitorar, na medida em que seu “irmão adotivo” aceita a tomada o medicamento,

Os medicamentos que ele toma já foram trocados várias vezes e não vi resultado nenhum... – Ana diz com a voz embargada – Entendeu?

Esta participante relaciona a não eficácia do tratamento medicamentoso a não adesão de Arthur ao CAPS, menciona, ainda, que a permanência, deste, no referido serviço substitutivo seria importante para minimizar seu esgotamento, enquanto cuidadora, com a presença massiva de seu “irmão adotivo” em crise. Mas atribui a não adesão ao CAPS à ‘incapacidade’ de Arthur para viver em sociedade,

Olha! Ele... Quando ele resolve ir lá... Ele não fica lá meia hora!!! Ele não quer participar das atividades que são muito boas!!! ‘Que eu estive lá, levando ele... Quando eu vinha embora, daí uns dez minutos ele estava chegando atrás de mim!!! Se ele quisesse frequentar lá, ia [ser] bom pra mim! Infelizmente... O que acontece é o seguinte... Ele é uma pessoa que ele não consegue conviver no meio de muitas pessoas... De aglomeração!

Glorinha relata que, depois do ingresso do pai ao CAPS, percebe uma transformação extraordinária na vida dos dois,

Olha! Antes, eu não morava com ele... Eu morava com a minha avó! Mas o meu pai nem ia me ver!! Pra começo de conversa... Ele nem ia lá me ver, não!!! Ele... Era muito difícil eu ver ele... [...]. O CAPS foi melhor, porque, depois que ele foi pra lá, ele começou a conversar com mais pessoas... Sabe? O pessoal está ajudando ele... – Glorinha se refere aos profissionais do CAPS. Aí, ele está mais comunicativo! Aqui em casa ele conversa mais... – conta com muita satisfação, manifesto por um grande sorriso no rosto.

Anita compactua da mesma percepção de Glorinha, conta, inclusive, que já frequentou o CAPS com seu filho Jonga e que, na época, fora convidada para participar de encontros – estes, conforme a percepção desta pesquisadora no ‘momento vivido com Anita’, referem-se às Conferências de Saúde Mental – para compartilhar suas experiências com familiares de portadores de transtornos mentais e demais pessoas presentes nos mesmos.

Assim, em uma direção positiva, menciona sobre sua percepção acerca do tratamento de Jonga no CAPS,

Mudou... Mudou. Teve uma melhora boa... Ah! Ele não ‘alebrava’ mais das coisas... Não sabia andar na rua... Mais sozinho! E, depois,

que ele foi pro CAPS... Aí, acho que ele foi 'alembando', né? Sabia o ônibus que tomava pra [...] [vir] pra casa... Pra ir [ao CAPS], né? Teve uma diferença muito grande... Mudou o modo de tratar a gente, né? Ficou mais calmo... Respeitava mais... Porque a gente falava que não podia e ele achava que podia, né? Fazia o que ele queria, né?

Sobre a importância do CAPS, na perspectiva do cuidado extensivo aos familiares de portadores de transtornos mentais, Anita reconhece que foi acolhida em suas expectativas pelos profissionais deste serviço, principalmente, no que tange às transformações em sua relação cotidiana com Jonga, mas atribui ao 'ideário mágico' e ao psiquiatra a viabilidade do tratamento do filho,

Acho que é bom, né? Acho que é bom, porque está com a gente... – Anita se refere ao acolhimento do CAPS. O modo de tratar... E ensinar tanta... As pessoas que convivem com eles, né? Que são doentes... [...]. Ele deu muita sorte, porque ele sempre caía na mão de uns médicos bons...

Catarina, também, compartilha da mesma percepção de Anita, quanto à importância do CAPS e da participação da família no processo terapêutico de sua mãe,

Faz muita diferença [...] lá... – Catarina se refere ao CAPS frequentado pela mãe. Quando eu estou com a minha mãe na sala... E a médica vai perguntando pra ela... Você vê o que vai mudando na vida dela... Porque, cada vez, a vida dela está mudando! A fala dela é, totalmente, diferente de um mês pro outro!

Ao final de sua entrevista, Catarina faz uma importante colocação, quanto ao processo de descentralização e de territorialização dos serviços da RAPS e às dificuldades que se impõem, quando estas diretrizes administrativas e organizacionais do SUS não são estabelecidas,

Eu... Eu acho que... [...] todos os bairros tinham que ter um CAPS!!! Todas [as regiões de um município] tinham que ter um CAPS... Igual, o atendimento que a minha mãe tem lá, eu acho que todos deveriam... Mas nem todos os bairros... Nem todos os lugares têm aquele atendimento lá! [...] entende o que eu quero te dizer?! E você vê muita saúde mental isolada!!! Jogada... Por quê? A família não tem como eu posso correr!!!

Neste fragmento, Catarina está se referindo ao fato de que, no município em questão, os CAPS não estão disponíveis em todos os distritos sanitários de saúde, conforme preconizam as diretrizes da RAPS. Por isso, a mãe de Catarina transita

entre o domicílio desta e o, de outro filho, em uma tentativa de garantir o acesso do ente em sofrimento psíquico ao CAPS,

Igual eu tenho vontade de trazer a minha mãe pra cá [definitivamente]... Pra [morar] junto comigo... Eu não posso trazer! [...]. Porque se eu trazer a minha mãe pra cá, ela não vai ter acompanhamento lá! Eu fico com ela um pouco... E o meu irmão fica um pouco... Na casa dele, porque, se ela se afastar [se mudar de bairro definitivamente], ela perde... Porque tem muita gente na fila! Entende? É o único bairro que é apoiado por esse CAPS... [...]. Entende? – Catarina faz tal afirmação, porque, na região sanitária em que reside, não há um CAPS.

Assim como a universalização e a ampliação do acesso a serviços substitutivos de atenção aos portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados representam um importante desafio para efetivação e consolidação da RAPS, a articulação dos diferentes serviços e aparatos que a compõem e as ideologias implícitas nestes, também, interferem na resolutividade e na qualidade da assistência à saúde e no campo da saúde mental (NUNES; GUIMARÃES; SAMPAIO, 2016).

Neste segmento, Laura conta, manifestando sofrimento, sobre um episódio em que solicitou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), serviço de atendimento pré-hospitalar de urgência e componente da RAPS, para ‘conter’ e deslocar sua filha a um serviço de urgência e emergência em um momento de crise, sendo necessária, também, segundo esta participante, a presença da polícia para o ‘controle da situação’ se estabelecer,

[...]. Já chamamos várias vezes SAMU, polícia... Pra dá conta! Entendeu? Que ela fica agressiva... [...]. Taca a cadeira... Tampa prato de comida... Cai de... Ih! É um transtorno... Aí, esses dias teve que chamar a polícia... Ela agrediu até o policial! O policial estava com uma escopeta enorme encostada na parede... Lá ele estava e lá ele ficou! O outro ficou conversando com ela... Aí, numa hora lá, ele foi e falou assim: Tem que tomar vergonha, né? Na sua cara! Ele falou mesmo assim... [...]: “[Está] vendo os seus pais já de idade, né? E você aprontando...”. Nossa! Aquilo lá virou uma leoa! Nossa Senhora! Eu que travei ela no meio do caminho... Sem condições... Eu que travei! Entendeu? Porque ela ia agredi até o policial! Aí, esse dia foi pro hospital, internou...

Este fragmento do depoimento de Laura abarca a ideia do ‘poder disciplinar’ que dispõe de ‘mecanismos de controle’, de “força coercitiva”, como a necessidade de “chamar a polícia” para intermediar a assistência do SAMU e “agressividade” da pessoa em crise, de deixar à mostra “uma escopeta” e de “travar o ente”, para

manter a ordem social, restabelecer a moral e preservar inabaláveis as instituições totais (FOUCAULT, 1999; BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015).

Em uma demonstração de profundo abatimento, Ana desabafa que está empenhada a encontrar uma alternativa de moradia para Arthur e acrescenta que está consultando uma advogada para,

Arrumar um LUGAR PRA ELE FICA!!! – Ana diz irritada, alterando o tom de voz. Pra ele cuidar dele... Vou ser sincera! Se eu morrer, aqui agora, ele vai virar mendigo!!! Vai [virar] mendigo... – diz com a voz baixa e com sofrimento. Porque ninguém... NINGUÉM... – diz, alterando-se novamente. Somos cinco irmãs... – diz com a voz embargada. Eu tenho a curatela dele... Eu quero tirar essa curatela também! Porque, aí, é menos uma responsabilidade na minha vida!

E acrescenta, de maneira equivocada, sua compreensão sobre as Residências Terapêuticas – local que Ana pretende “arrumar para ele ficar”,

Pra ver se eu consigo um lugar pra ele continuar... Fazer o tratamento dele – Ana responde irritada. Porque, já que eles acham, né? Com essa situação de não ter mais hospitais pra cuidar d’um doente mental... Que estivesse... Igual, tem as casas de apoio... – Ana quis dizer, as Residências Terapêuticas. Que fizesse um acompanhamento!!! Porque lá eu sei que eles têm psicólogos, né? Têm assistente social...Têm pessoas pra dar os medicamento na hora certa!! Porque dentro de casa... Ele não toma! – fala com desespero.

Zilda manifesta percepções contraditórias acerca do CAPS, reconhece o valor deste serviço no processo terapêutico de portadores de transtornos mentais, mas não esconde sua insatisfação com a “desestrutura da RAPS”, a escassez de serviços e de profissionais qualificados para o trabalho nesta modalidade de assistência e com a falta de amparo às famílias neste processo,

Ah! Assim, eu vejo como uma coisa boa, mas que a gente não tem uma estrutura pra receber, né? Pra oferecer o tratamento fora... [...]. Assim, claro que tem, né? Os CAPS, agora, as Residências Terapêuticas, mas, às vezes, falta ali... É... Uma capacitação do profissional que vai trabalhar nessas unidades, né? Uma... Até um apoio, assim, pelo que ele vai lidar lá dentro, né? Mas eu vejo, assim, em geral, como uma coisa boa... Eu concordo com isso, mas não concordo, assim... Pra mim, isso foi feito meio, assim, de supetão! Assim... Me afetou, diretamente, por que... Pela dificuldade de internar meu pai quando ele estava em crise! Às vezes, ele estava quebrando as coisas dentro de casa e, aí, a gente ligava pro SAMU... Então, tem uma burocracia maior pra levar pro hospital.

Do mesmo modo, Pequena Flor menciona estar satisfeita com o atendimento da UAPS de referência de seu domicílio, mas se refere, com destaque, ao

atendimento médico, de assistência social e às visitas domiciliares da ACS de sua referência.

Pequena Flor tem uma filha que é frequentadora assídua do CAPS e consegue perceber a estabilidade de humor e de comportamento da mesma, mas seu “filho-neto” não se engajou neste serviço que frequenta, apenas, para ser medicado esporadicamente. Sobre o CAPS menciona,

Funciona bem lá no CAPS... Comida gostosa! [...]. Atende bem... Ih!!! Tem um sofá gostoso pra sentar lá!! Eu fico lá, esperando lá! [...]. Atendem direitinho!!! Atendem direitinho! Não deixam brigar!!! Atende di-rei-ti-nho!!! A gente não vê nenhum rindo do outro... Nenhum botando de-fei-to no outro! Não vê... Não faz diferença de branco, de preto! Na-ão... Não, não!!! [...]. Tudo pra eles é igual!! Eu senti assim! É!!

Esta participante conta que está comprometida com o reingresso do “filho-neto” no CAPS, em vista de seu recorrente “comportamento agressivo e destrutivo”,

Ele faz tratamento no CAPS... [...]. Vai lá pra tomar injeção pra ficar mais calmo... Dia quinze mesmo, é dia dele descer... Ah! Comecei [levar] dia quinze pra tomar... Porque tem dia que ele está deitado, eu falo assim: “Vamos lá [...] que hoje é dia...”, ele fala: “Ô raio!! Vai tomar naquele lugar!!! Sai!!!”... Começa quebrar tudo! Quebrou a cama... A cama lin-da... Novinha... NO-VI-NHA!! Eu chamei ele ir [...]. Ele estava perto da cama... Ele quebrou tudo!!! [Está] quebrada até lá fora... Agora, vai começar... Agora, vai começar todos os dias!
– Pequena Flor se refere à retomada do tratamento no CAPS.

A adesão ao tratamento e o engajamento no projeto terapêutico propiciam, ao portador de transtorno mental, a estabilidade psíquica, a redução de episódios de internamentos desnecessários e sua reabilitação psicossocial e reinserção social, o que potencializa o aceite, deste, por sua família, fortalece vínculos emocionais e afetivos entre ambos e estimula o ‘familiar cuidador’ a exercer o cuidado em uma atitude responsável e solidária (BESSA; WAIDMAN, 2013; RANDEMARK; BARROS, 2014).

Ante a análise dos fragmentos de depoimentos das participantes desta pesquisa, constantes nesta unidade de significado, pode-se intuir que a efetividade do tratamento do ente portador de transtorno mental deve superar a ordenação ‘classificatória’ e ‘medicalizante’, para acolher as necessidades integrais do ser em sofrimento psíquico, viabilizar a retomada da vida cotidiana e resgatar a autonomia deste para a concretude do processo de desinstitucionalização.

4.3 O DIA-A-DIA EM CENA: MOTIVAÇÕES PARA O CUIDADO FAMILIAR

Sua precaução reduzia-se a tomar cuidado na hora [...] quando a casa estava vazia sem precisar mais dela, o sol alto, cada membro da família distribuído nas suas funções. Olhando os móveis limpos, seu coração se apertava um pouco em espanto. Mas na sua vida não havia lugar para que sentisse ternura pelo seu espanto — ela o abafava com a mesma habilidade que as lides em casa lhe haviam transmitido [...], cuidando do lar e da família à revelia deles. [...]. E alimentava anonimamente a vida. Estava bom assim. Assim ela o quisera e escolhera.¹³

Para muitos, a intimidade doméstica, a casa, o lar (do latim *domus*, -i), o domicílio pode abranger a noção de segurança, de privacidade, de valoração, de ligação, de identificação, de afeto, de ‘com-partilha’, o que pode traduzir um dado ideário e significar a influência deste na vida doméstica e familiar. Portanto, estes são determinados e influenciados pelo contexto histórico em que são considerados (BIROLI, 2014).

Biroli (2014) argumenta, ainda, que, na modernidade, sob a raia entre a vida doméstica e a vida pública, a família se estabeleceu como “*artefato social*”, compreendida como “*corpo social*”, a partir da lógica de Foucault (1979) outrora apresentada, e assistiu à dicotomização entre o âmbito familiar e o âmbito do trabalho, o que facilitou a ‘normalização’, o controle, deste núcleo social e a transformação da relação entre seus pares, sobretudo, no que tange à desigualdade de gênero.

Neste sentido, tal dicotomia acarretou na divisão do trabalho e na distinção entre atividades sociais masculinas e femininas,

[...] afetando diretamente as ocupações, e a remuneração que receberão, fora de casa. De modo geral, o exercício de autoridade no mundo doméstico-familiar, mas também o usufruto da privacidade tomarão formas muito distintas, em um mesmo padrão de organização familiar (BIROLI, 2014, p. 8).

Assim, na modernidade, surge a ideia de função social, atribuída aos indivíduos que compõem um grupo contratual, como a família. Neste contexto, a função da mulher está atrelada à maternidade e à domesticidade e, do homem, à provedoria do sustendo familiar a partir do trabalho remunerado executado fora do

¹³LISPECTOR, Clarice. Amor. In: **Laços de Família**. Contos. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2000. p. 13.

domicílio – isto afasta a mulher do processo produtivo, porque passa a exercer uma função não remunerada; reforça a ideologia do individualismo com a distinção da função social entre homens e mulheres e a exaltação da satisfação pessoal em decorrência do executar da mesma (BIROLI, 2014; MAFFESOLI, 1988a).

Portanto, o cumprimento do cuidado intradomiciliar, em todos os seus aspectos (cuidar da casa, do marido, dos filhos, dos entes enfermos), não é valorizado pela sociedade moderna, mas é compreendido como encargo feminino, fardo, desprazer, dependência, desigualdade e marginalização, na medida em que avançam as discussões acerca de cidadania e do espaço democrático na pós-modernidade (BURGOS, 2013).

Estes argumentos corroboram a presença manifesta de participantes do sexo feminino nesta pesquisa e todas as participantes, sem exceção, assumiram a condição de cuidadoras de seu ente portador de transtorno mental. Entretanto, elas foram motivadas a exercer o cuidado por razões distintas, permeadas por determinação compulsória (seis participantes), solidária (duas participantes) e compassiva (uma participante), o que foi caracterizado por esta pesquisadora.

É importante ressaltar que as seis participantes – Laura, Cordélia, Anita, Catarina, Ana e Zilda em exercício da função de cuidadoras por determinação compulsória – apresentam correspondência aos argumentos apresentados, anteriormente, acerca da relação feminina com a modernidade e o encargo com ‘o cuidar do outro’.

Embora Laura seja a cuidadora direta de Dorothy, por assumir determinados encargos, como a ministração de medicamentos, esta apresenta maior transferência na relação que estabelece com o pai, conforme os fragmentos da entrevista que se seguem,

As medicações dela ficam comigo... [...]. Se bebe, eu não dou... Porque... Como é que eu vou dar? Apronta! – diz Laura sobre a responsabilidade de ministrar os medicamentos de Dorothy.

[...] a médica de lá [de um hospital geral], a enfermeira... Não sei? Ligou falando que era pra busca ela... E nós [falamos] que não tinha condições... Não [havia] tinha tempo pra [se recuperar] do jeito que ela foi... Eles [falaram] mesmo... Eles [falaram] assim: “Se [não vierem buscar], nós [vamos deixar] ela [sair sozinha]! Seis horas da tarde, nós [vamos deixar] ela ir embora pra casa!” [...]. Aí, eu fui [falar] com meu marido [pai de Dorothy], na mesma hora ele foi [buscar Dorothy]!.

No segundo fragmento, Laura relata o discurso de uma de suas filhas sobre uma ocasião em que *Dorothy* havia sido hospitalizada e a instituição fizera contato, comunicando da alta da mesma. Neste fragmento, pode-se perceber que Laura recorre a seu marido, quando do contato do hospital de referência e da atitude da filha, porque reconhece que o mesmo assume uma postura acolhedora ante as demandas da filha, portadora de sofrimento psíquico.

Em outro momento da entrevista, Laura revela o modo como percebe a relação entre *Dorothy* e o pai,

O pai dela... Ela é muito apegada ao pai dela... Ele ouve, mas sai revoltado, também... Sabe? Porque ela fala uma coisa agora e daqui a pouco ela [está] fazendo! Pede desculpa... Beija! Fala que ama... Entendeu? Daqui a pouco, ela faz! Faz dobrado!

Conta, Laura, com certa “afetação”, sobre o vínculo afetivo entre *Dorothy* e o pai que, apesar de tomar uma atitude compreensiva e pronta em resposta às necessidades da filha em questão, revolta-se e reage com reprovação aos momentos de “rompantes” apresentados por ela. E acrescenta, demonstrando uma atitude enérgica com os filhos, mas para “trazer *Dorothy* à realidade”,

Inclusive, agora, há pouco tempo, eu falei que vai todo mundo dar um jeito de arrumar uma casa pra morar... Pra não poder dizer... Inclusive, eu também estou pra sair... Entendeu? [...]. Mas, inclusive, ela mesma [...] pra ver se ela caía na realidade... Que ela tem a família que tem e não dá valor! Tem os irmãos que tem e não dá valor! Entendeu?

Neste fragmento, Laura se refere à “correção” que pretende aplicar em *Dorothy*, porque compreende a “impulsividade” e os “rompantes” desta filha como atitude depreciativa à família.

Em tom confessional, Laura, em um momento específico na entrevista, ilustra sua atitude enérgica com relação à filha em destaque, mas, aqui, está se referindo a momentos em que percebe “falta de vigor” e “autopiedade” no comportamento de *Dorothy*. Laura relata com a voz interrompida por um choro sofrido,

E ela acha que tudo dela é menor do que todo [de] mundo, é inferior do que todo mundo... Ela não tem confiança em si! Entendeu? Ela acha... Como se diz? Ela que não tem poder de nada... Não é capaz de nada! Até faz! Mas não [se] acha capaz! Entendeu? Eu falo com ela... Não vou negar, não! Tem hora que eu sou dura, mesmo! Sou agressiva... Entendeu? Eu até soffro... Por isso, sabe?

A casa em que Laura e sua família residem foi construída com a ajuda de Dorothy, o que denota diferentes potencialidades sociais do ente portador de transtorno mental. Apesar disto, em prantos, Laura acrescenta uma crítica ao comportamento apresentado por Dorothy,

Inclusive essa casa que nós construímos... Foi ela que me ajudou muito... Sabe? Mas tudo através de cobrança! Entendeu?

É notório, nos fragmentos de seus relatos sequenciais, que Laura exerce o cuidado de maneira compulsória por ser mãe de Dorothy, daí a provável justificativa para assumir a condição de cuidadora e o cuidado como um encargo feminino, como uma determinação do ser “mulher-mãe”, do ‘pátrio poder’,

[...] desde mocinha, ela sempre foi... Assim, ela sempre deu mais trabalho... [...]. Mas ela sempre foi boa filha, responsável e tudo...

No fragmento acima, Laura considera que a relação de ‘cuidado mãe-filha’ “sempre” foi “custosa”, “difícil”. Dicotomicamente, Laura assume que Dorothy “sempre”, com o atributo simbólico na tentativa de relativizar esta afirmação, quis dizer que, “também”, percebe qualidades nesta filha, apesar de apresentar sofrimento psíquico.

Laura se refere, a seguir, sobre perder a “esperança da melhora” de Dorothy e menciona, com muito pesar, certos enfrentamentos familiares acerca da “esperança de melhora” da filha,

Eu não! Jamais! Ainda espero que ela [se] recupere... Entendeu? Igual, a família fala: “Eu acho impossível!”, ‘que são muitos anos de luta... Cada vez piorando... Entendeu?

As outras filhas de Laura resistem ao cuidado extra-hospitalar de Dorothy, o que é notório no fragmento da entrevista, na sequência, quando esta mãe intercede em favor da filha junto a seu esposo, devido ao ocorrido no episódio, apresentado anteriormente, da alta hospitalar recebida por Dorothy, mesmo em desacordo com uma de suas filhas,

Aí, as meninas [as outras filhas] ficaram, assim, revoltadas, porque, como se diz: “Mãe, a sra. vai falar que não tem condições, ninguém tem condições de olhar!”... Entendeu? “Deixa ela lá que eles têm condições de ficar com ela!”... Aí, eu fui falar com meu marido, na mesma hora ele foi [buscá-la]!

Tal atitude denota que Laura exerce de autonomia, de autoridade, referente ao 'pátrio poder' que atribui direito aos pais sobre seus filhos, mas também, de modo simultâneo, tem o dever de proteger os mesmos (FONSECA, 2000).

Cordélia, como Laura, exerce o cuidado por determinação compulsória, o que pode ser percebido a partir da leitura do fragmento sequencial, em que relata a necessidade de transferir-se para a casa de sua filha,

Antes [da minha filha] ter o segundo filho dela [...]. Ela ficou muito ruim mesmo, que eu tive que largar minha casa e morar com ela [...] pra cuidar dela!

Enquanto mãe, Cordélia precisou deixar sua casa para cuidar da filha portadora de transtorno mental, este fato foi relatado em um "tom de voz enfatiado", no momento da entrevista, o que pode ser relativizado como uma atitude de encargo e não como uma atitude compassiva.

Cordélia explica, com base no conceito de 'pátrio poder', porque ela e sua filha, portadora de transtorno mental, retornaram a morar juntas,

Ela não sabe onde [...] ela fica! [...]. O marido dela não trabalha aqui, ele trabalha em [outra cidade]... E ela mora comigo!

No início da entrevista, Cordélia mostrou uma postura "firme", "inabalável" e, por vezes, "irritadiça", na medida em que expunha o cuidado com a filha em questão, devido a uma 'aparente falta de compartilhamento' deste cuidado, porque em sua entrevista não mencionou qualquer membro familiar que pudesse sugerir participação neste processo cotidiano. Cordélia ri, nervosamente, ao mencionar que "desentendimentos" estão presentes em sua relação com a filha, e prossegue em sua fala,

Ela casou, saiu... Ficou com outro jeito! Voltou pra dentro de casa e está com um jeito que não é compatível com o meu! Entendeu? É, por isso, que a gente briga... E briga feio mesmo! Depois, fica tudo bem... Vem [...] e pede desculpa. Eu não peço! Porque eu acho que a mãe quando fala, o filho tem que respeitar! Filho não pode gritar com mãe, mais alto do que a mãe! E ela é meio topetuda, ela grita comigo! Então, às vezes, eu me seguro que é pra eu não dar nela um pescoção... Mas eu me seguro muito... E é, assim... É convivendo...

Ao final destas ponderações, Cordélia ri, agora, constrangida, ante a afirmação de sua postura autocrática com sua filha. Este fragmento encerra uma das faces do 'pátrio poder', ao demonstrar que exerce a correção da filha, reflexo da

noção do ideário moderno na atitude dos pais ao ‘disciplinarem’ e ‘controlarem’ seus filhos, a fim de torná-los ‘corpos submissos’. Esta submissão não ocorre, necessariamente, a partir de ações claras e concretas de violação, mas por meio do aceite ideológico que se transpõe para o modo como as relações se estabelecem em diferentes núcleos sociais, a exemplo do núcleo familiar (FONSECA, 2000; FOUCAULT, 1999).

No decurso da entrevista, Cordélia revela solidariedade extrema, quando se refere ao modo como seu neto de dezoito anos se relaciona com a mãe – filho de sua filha portadora de transtornos mentais que, na percepção desta participante, apresenta uma atitude desrespeitosa com a mesma. Em sua fala, Cordélia deixa transparecer o real motivo para acolher sua filha no ambiente familiar de origem,

O filho dela [está] dando um pouquinho de trabalho... Pra ela... Então, isso [está] acabando mais com ela! Mas ela tem medo de [falar] e o menino [sair] de casa... ‘Que ele [está] com dezoito anos... Mora ela, ele, o pai dele e a namorada dele... ‘Que é isso que [está] acabando com ela... Entendeu? A menina tem quinze anos! [...]. Aí o menino [falou]: “Se a sra. não [aceitar], eu saio!” E mãe... ‘cê sabe?! Ela nunca [quer] que seu filho [saia] de casa, né? Aí, ela pegou e aceitou! E, agora, [está] arrependida! Entendeu?[...] está sofrendo... E MUITO! – Cordélia finaliza de modo enfático.

Cordélia revela que seu neto decidiu morar, na casa de seus pais, com uma namorada menor de idade, o que, segundo ela, fragilizou sua filha sobremaneira. Esta participante finaliza sua entrevista com pesar e revela-se uma mãe preocupada e consternada com o sofrimento da filha,

E ela mora comigo! E abre mão das coisas pro menino, sabe? Que acho que não devia de abrir... Aceita tudo! Fala que a mãe [...] está errada! Ela veio pra cá, porque ela não estava aguentando mais!!! Eu ia lá, e voltava... [...]! Eu sofria pra caramba... Aí, trouxe pra cá! Aí, estou sofrendo também!!! Praticamente, o dobro! Porque, agora, estou vendo... Que é aquele negócio: “O que os olhos não veem o coração não sente!”... Lá eu via, quando eu ia... Mas eu vinha embora, daí... Mas, aqui, está difícil! Agora, eu estou vendo o que está se passando! E é isso aí...

Anita, sob a determinação compulsória do cuidar, por ser mãe, exerceu e exerce, ainda, o cuidado dos filhos com zelo, o que pode ser percebido ao longo de sua entrevista – manifesta por seu depoimento lacônico, próprio da maturidade. Com sabedoria, esta participante esboça sua preocupação de mãe com o filho Jonga, quando não estivesse sob seus auspícios,

Nossa vida era bem... Porque ele não era de agredir, né? Ele só ficava andando muito... Falando. Ele gostava muito de cantar, né? Era isso... A vida dele. Ele vivia, assim, dentro de casa... Vivía atrás da gente, né? Tinha preocupação dele sair pra rua [e] brigar... [...]. Pessoa que não conhecesse ele, né? Não sabendo como ele era... Pensasse que ele, né? Porque tinha uns que queriam brigar, né?

Catarina e Zilda, apesar de apresentarem percursos e oportunidades de vida diferentes, compartilham sofrimentos semelhantes com o encargo de cuidar do ente portador de transtorno mental. Com o mesmo impulso compulsório, estas participantes cuidam dos pais portadores de sofrimento psíquico.

Catarina menciona, com pesar, os encargos ao exercer ‘o cuidar’ da mãe,

A minha vida ficou mais... Corrida! Porque, hoje, eu tenho que pedir licença pra [acompanhá-la] no CAPS, eu tenho que pedir licença pra [acompanhá-la] até o médico, eu tenho que pedir licença... Muitas licenças na minha vida!

Sobre o encargo de cuidar do pai, por ser a “filha mais velha”, Zilda fala com um tom de voz que revela tristeza e aborrecimento,

Ah! Quem toma mais... É... Partido das coisas dele... De procurar... [...]. Médico, né? [...]. De levar [...]. Sou eu e a minha mãe mais... A minha irmã, ela fica [...] de fora – diz com a voz embargada.

Catarina e Zilda narram algumas situações que podem se caracterizar como facilitadoras de sobrecarga, no que tange ao cuidar de portadores de transtornos mentais, como monitoramento e acompanhamento, destes, em atividades cotidianas; abnegação pessoal, social e econômica e transformações ou adaptações de ordem prática ou sensível para acolher as demandas do ente em questão, como se pode perceber nos relatos que se seguem.

Catarina relata a mudança de rotina da casa, além do encargo financeiro e emocional com a presença de sua mãe no domicílio,

A minha mãe pra conviver com ela... Ela tem um TOC de limpeza... É difícil viver com ela! Conviver com a minha mãe eu acho que tem que ter um jogo de paciência, porque a minha mãe, ela se [propôs] a não gostar mais de cozinha... Ela não gosta de cozinhar... [...]. Na minha casa, não se usa fazer café... Quando a minha mãe está lá, nós [gastamos] quatro quilos de pó por mês... Quando ela está lá [em casa]... A gente só faz uma refeição por dia, porque [acha que] está gastando muito e está sujando tudo que ela limpa! E... E ela... É difícil!

Zilda relata a sobrecarga emocional e socioeconômica com o encargo de assumir o cuidado de seu pai, em atitude compartilhada com sua mãe, mas manifesta o incômodo em não perceber o mesmo movimento de sua irmã, ora denominada de Maria,

Por exemplo, tem médico amanhã... Eu estou trabalhando – Zilda conjectura. Minha mãe está trabalhando e a [Maria] está estudando. [...]... Eu vejo a possibilidade de [...] não [trabalhar]! Minha mãe vê a possibilidade de trocar, mas a [Maria] não vê a possibilidade de faltar à aula! Então, [...] não é cobrado isso dela! A [Maria] está com... 23... [...]... Aí, acaba que fica mais pra mim e pra minha mãe, né? [...]. Mas eu acho que eu fico mais, assim... Fico mais pra baixo... Me afeta nesse sentido também...

Motivos distintos fundamentam as justificativas para a determinação compulsória que se estabelece na relação de cuidado com os respectivos entes de Catarina e Zilda, bem como fomentam a dificuldade de assumir uma postura avessa a esta recomendação.

Catarina se refere à dificuldade de romper com esta determinação do cuidado com sua mãe ou de corrigir a mesma devido ao ‘mandado disciplinar’ que emana da ‘relação mãe-filha’,

[...] eu acho que é cansativo pra gente também!!! Muito cansativo!!! E é doloroso... Que você não pode... Como é que eu vou explicar [...]? Blasfemar, porque é sua mãe?!

Com a expressão entristecida e a “voz trêmula”, Zilda tenta expressar tranquilidade e certa apatia, quando tenta esboçar sua resignação e seu conformismo ante o vivido com o pai,

Pra mim já está uma coisa corriqueira... [...]... Não me afeta falar disso... Porque, hoje, eu já tenho uma outra visão... Assim, que isso não vai mudar... Que é assim, né? [...]... Pra mim é normal, assim... Não tem nenhum problema [...].

Ainda sob o cumprimento da ordem compulsória para ‘o cuidar’ de seu ente portador de transtorno mental, encontra-se Ana que assume o encargo de cuidar de Arthur. Ela relembra como era sua participação no cuidado do “irmão” antes de assumi-lo integralmente,

[...] ‘que a gente tem como irmão mesmo... Biológico. Minha mãe pegou ele com nove meses de idade... [...]. Então, assim, quem participava mais da situação era minha mãe, mas quem sempre [o levava] pros hospitais... [Quem] pedia socorro através do SAMU, né? Pedindo ambulância pra leva pro hospital, sempre fui eu...

Posteriormente, Ana se compreende em uma situação solitária e irreversível no processo de cuidar de Arthur – quando do falecimento de sua mãe, torna-se, exclusivamente, responsável pelo encargo deste cuidado, por “herança materna”, mas limita o acesso do “irmão” à moradia da família e o restringe à primeira casa do terreno¹⁴, sob a divisa de um portão seguro com correntes e cadeado.

Ana argumenta que o “irmão” não apresenta um comportamento, socialmente, aceito para justificar sua “atitude autoprotetiva e prescritiva” com relação a este. Assim, Ana explica que Arthur,

[...] morava [...] com a minha mãe e uma sobrinha... A minha mãe faleceu, fez dois anos em dezembro... A minha sobrinha saiu da casa, porque estava com medo dele! Está morando aqui do lado... Entendeu? Porque ele estava andando nu... [...]... Se masturbando!!! Eu tive que colocar um portão ali... Pra evitar problemas maiores... E ele [ficar] lá na casa lá... [...]. Ah! O portão tem que ficar trancado, porque, se não ficar trancado, ele não respeita!

Ana, desesperada, apela para a recomendação do “sagrado”, do “divino”, o que sugere a ordem da ‘compaixão piedosa’ quando direciona a si mesma uma argumentação benevolente e mostra-se pessimista com relação a uma “solução para seu problema”,

Olha! É só Deus!!! Porque... – Ana respira fundo. Senão... É Deus que está me dando força... – fala com a voz embargada. Eu já pedi ajuda em todos os lugares pos-sí-veis – enfatiza a palavra ‘possíveis’ – e eu não tive resposta! Entendeu? E [está] difícil... [Está] muito difícil...

Mas, em uma evidente reação à sobrecarga com a determinação compulsória em que se estabelece ‘o cuidar’ de Arthur, Ana menciona o contato com uma advogada no intento diligente de uma “prodigiosa solução”,

Agora de tarde vou ligar pra advogada... Pra ver o que [...] ela está fazendo também... Arrumar um LUGAR PRA ELE FICAR!!! – Ana emenda irritada. Pra ele cuidar dele... Vou ser sincera! Se eu morrer, aqui, agora, ele vai virar mendigo!!! Vai virá mendigo – Ana repete esta frase com a voz baixa e em tom de sofrimento.

¹⁴Ana oportunizou que esta pesquisadora visitasse a “casa de Arthur”, enquanto ele estava fora. A “casa” apresenta uma sala, três quartos, uma cozinha, um banheiro; algumas portas, inclusive a da entrada, estão destruídas; a higiene do local é precária, com fezes e urina pelo chão, além de toda espécie de “lixo” que, segundo ela, o “irmão” recolhe da rua; o banheiro não tem chuveiro e o único “móvel” que existe, no local, é uma “cama improvisada” no chão de um dos quartos, com janela para a rua – esta descrição rasteira não se aproxima da realidade encontrada, mas, talvez, isto ajude a remeter o leitor, desta pesquisa, ao significado do adentrar a “casa de Arthur”. Esta pesquisadora relacionou o ‘estar-ali’, imediatamente, à percepção do ‘estar em um manicômio’.

Para Boff (2014), cuidar corresponde a uma atitude que se opõe à desatenção e à negligência, requer do cuidador dedicação, responsabilidade, interesse, empatia e entrega ao ‘ser cuidado’. Ana, ao longo de sua entrevista, mostra um esgotamento, no que tange à disposição de cuidar de Arthur, mas, por resguardo, por aprisionamento à herança materna e, inclusive, por ligação afetiva, não é capaz de abandonar “seu irmão”.

Ana tem experimentado um martírio com a presença de Arthur em seu cotidiano, por uma série de motivos relativizada nesta pesquisa – a dificuldade de engajamento de Arthur, de Ana e, mesmo, dos “serviços de saúde” no processo terapêutico significam importante razão para tanto.

Diferente desta realidade, Carlota e Glorinha experienciam relações de afeto, de desprendimento, de descoberta, de ligação/’re-ligação’ com seus entes portadores de transtornos mentais. Estas participantes exercem o cuidado em uma atitude solidária, em que a relação do cuidado se estabelece a partir de interesse e responsabilidade mútuos, como é possível constatar nos fragmentos de depoimentos a seguir,

Eu me considero parte da família dela... Pelo carinho e pelo amor que eu tenho por ela... Ela mora com duas filhas que são adolescentes... [...]. Uma tem dezessete e a outra acho que tem quinze ou dezesseis anos... Que são todas duas menores ainda! Eu passei a acompanhar ela, por causa da menoridade das crianças, né? Umas crianças, né? Elas não têm, assim, uma agilidade, né? E como o quadro dela foi muito difícil... [...]. Acho que aquelas [...] carinhas de jovem não podem tomar frente de nada! Então, passei [a] ajudar ela [...] nesse momento... Porque a irmã dela, também, estava doente... Não podia acompanhar (Carlota).

Ele ficou mais próximo! Depois que ele foi [para o CAPS], ele ficou mais próximo, sim! Ele chega, ele conversa... [...]. Ele mesmo me chamou pra morar aqui... Entendeu? Aí, eu faço companhia pra ele [...] (Glorinha).

O cuidado compreendido sob a ótica da solidariedade se contrapõe à relação perversa entre dominador-dominado da compaixão em que o ente, o ‘ser cuidado’ é submisso à ação do cuidar e aprisionado à atitude benevolente, individualista e egocêntrica do cuidador (CAPONI, 2000).

Nos fragmentos subsequentes, pode-se perceber o desprendimento e a satisfação de Carlota na atitude de cuidar em benefício do bem-estar de seu ente e

o contentamento de Glorinha ante a importância da ‘re-ligação’ com o pai, situações exemplares da determinação solidária para ‘o cuidar’.

Carlota se refere ao momento em que “ingressou na vida de sua familiar por opção”, quando esta se encontrava “submersa na crise” de seu sofrimento psíquico,

Ah! Eu procuro tentar fazer de tudo pra fazer ela achar graça... Pra poder ela rir... A minha maior alegria é quando eu vejo ela sorrir! Porque, quando eu vejo ela triste, já fico preocupada pelo estado [em] que eu [a] vi!!!

O manifesto interesse do pai para com o cotidiano de Glorinha e sua percepção acerca da mudança de interesse é notório no fragmento sequencial,

Ele fica perguntando com é que... O que [...] aconteceu durante o dia... [...]. Ele vem contando o que [...] aconteceu lá [no CAPS]! Entende? [...]. [Está] bem melhor!!!

Ao contrário, Pequena Flor, exerce o cuidado em observância à lógica da compaixão e percebe-se desgastada ante a proporção tomada pela relação que estabelece/estabeleceu com seus seis filhos, um deles é um de seus netos (“filho-neto”) e alguns agregados – todos, segundo ela, portadores de transtornos mentais.

Tal determinação compassiva para o cuidado pode ser constatada no fragmento subsequente, quando Pequena Flor conta, em sua entrevista, sobre o acolhimento de uma sobrinha em sua casa e a investida, nesta, na tentativa de tirá-la das ruas,

[...]. Ontem, ela veio de manhã... É ‘moradera’ de rua. Já tem quinze anos que ela mora na rua... Eu já chamei: “Vem, [morar] aqui!”... Aí, chegou... Tomou um ‘banhosão’. [...] lá na casa da minha menina... Ah! Tomou banho, passou perfume... Eu comprei umas roupinhas boas... [...]... Dei pra ela... Ah! Falei: “Vem [morar] comigo. Eu cuido de você também!”... Acho que Deus me deu esse dom de cuidar... Sabe? Da pessoa, sabe? – Pequena Flor ri, nervosamente, com a mão direita cerrando seu sorriso. Me deu um dom... Eu tenho muita pena! E eu sou pobre... Pobre, pobre!! Se eu fosse rica, então, ia [ficar] pobre... De tanto ajudar os outros!!! – fala entre uma gargalhada e acrescenta em tom desleixado. Eu quase não cuido de mim, não?! – Pequena Flor finaliza com mais gargalhadas!

Mas Pequena Flor deixa claro seu abatimento com a sobrecarga gerada desta relação de cuidado,

Ai... Ah! Tem dia que me dá vontade de pegar meus documentos e sumir... – Pequena Flor diz com “fraqueza d’alma”. Já falei muitas vezes isso!! – e acrescenta com tristeza. Dá vontade de pegar meu documento e sumir! Não aguento mais!! – Pequena Flor fica em silêncio e faz uma longa pausa. Outro dia mesmo, eu falei assim:

“Vou morar lá na rodoviária!”... Falei: “Vou apanhar um ônibus aí... Vou lá pra rodoviária!”.

Assim, Pequena Flor desabafa, com uma ‘aparente argumentação’ ingênua ou infantil, carregada das pressões vividas e mal resolvidas de seu cotidiano. Pode-se perceber a angústia desta participante ao constatar a estagnação de sua vida, diante da situação que impôs a si mesma, sem reversão aparente,

Eu não estou vivendo... Estou vege-tan-do!!! – enfatiza a palavra ‘vegetando’. Não estou VIVENDO!!! Estou com SETENTA a-nos!!! Não estou vi-ven-do!!! Não [...] [estou] vi-ven-do a minha velhice [...]. – diz alterando o tom de voz. Eu vivo só do meu salário! Trabalhava... Sou aposentada... Toda vida eu gostei de [trabalhar]... [...]. Eu trabalho, ‘que eu não consigo parar! Minha casa [está], assim, suja, porque levantei cedo e fui atrás... – Pequena Flor se refere à procura que empreendeu a seu neto antes de conceder a entrevista¹⁵. Eu trabalhei [...]! Ah, não! – e finaliza indignada.

Quando o cuidador, em uma atitude compassiva, renuncia a si mesmo, seu tempo, seus prazeres e interesses pessoais, significa dispor de seu “[...] projeto de vida, um projeto de felicidade, colocando toda a sua energia e desejo a serviço da pessoa ‘mais necessitada’ [...]” e, eventualmente, a “[...] identidade dos familiares de doente mental gradativamente vai se cristalizando, empobrecendo [...]”, o que os descaracteriza daquilo que lhes é singular (MELMAN, 2008, p. 9-10).

Por vezes, isto se concretizou de modo tão visceral que algumas das participantes imaginaram que esta pesquisadora pudesse transformar, efetivamente, sua realidade cotidiana com o ente em sofrimento psíquico ou representá-los em suas reivindicações, como se pode perceber nos fragmentos a seguir.

Neste sentido, Laura finaliza sua entrevista,

Ah! O pedido é esse, né? Que desse um acolhimento de acordo [...]. Mas que desse não só pra ela, como pra outras pessoas... Inclusive [...] diferenciado... Às vezes, de repente até ajuda, né? Se é pra ajudar em alguma coisa... O pedido fica esse, né? Gostaria nem que fosse... Que não tivesse que fazer esse pedido, né? Mas, como precisa, né? [...]. Aí fica o pedido e o agradecimento da atenção!

Carlota reivindica no final de sua entrevista, solidarizando-se com a situação de sua “familiar”,

¹⁵Quando esta pesquisadora chegou à casa de Pequena Flor, em companhia da ACS de referência desta família, para a entrevista, foi informada de que a participante estava, no bairro, à procura de um neto portador de transtorno mental, atitude cotidiana na relação entre Pequena Flor e seu “filho-neto” que reside em um “quartinho” no quintal da avó.

Que [...] o nosso governo [olhe] mais pra saúde mental também, porque como eu já tive vários casos na família também [...]. Então, também, eles precisam ser mais cuidados [...].

Já, Ana interpela no desfecho da entrevista, com manifesto desespero,

Olha! No meu ponto de vista... Eu acho que as autoridades competentes, né? Deveriam ter um pouco mais DE AMOR a essas pessoas assim... Porque é m-u-i-t-o triste... É muito triste! E... A gente fica sem saber o que faz! Eu já estou sem chão! Já não sei mais aonde pedir SOCORRO! Eu não falo nem em [me ajudar]... Não é socorro pra mim! É socorro pra uma pessoa nessas condições... Entendeu?

Catarina formula uma solicitação para a existência de um CAPS próximo de seu domicílio, importante argumento que será tratado com distinção nesta pesquisa,

O sonho de qualquer pessoa que tem 'psiquiatria' dentro de casa... Era que existisse de vez de praça, um CAPS pras pessoas serem acompanhadas... Que o sofrimento não é só o meu... É de várias pessoas... De várias!

Compreender o modo como os familiares percebem a própria motivação para cuidar de seus entes portadores de transtornos mentais, na cena da vida cotidiana, propicia a relativização da “socialidade” e da alteridade – para cuidar do outro, do diferente, é preciso ‘estar-junto com’, em uma atitude de penetrar o mundo do outro e de dissolver a individualização para entender o outro e a si mesmo (MAFFESOLI, 1986; MAYEROFF, 1971).

Assim, espera-se que as percepções, ora ‘com-partidas’, possibilitem, minimamente, a caracterização do vivido no cenário e do perfil das participantes desta pesquisa, que contou com o apoio inestimável de ACS, uma vez que viabilizaram o acesso às depoentes e acompanharam esta pesquisadora até o ingresso nos domicílios para garantir a seguridade das participantes, porque estavam recebendo, em seus lares, alguém desconhecido em um primeiro momento.

É importante mencionar que, em entrevista alguma, os entes portadores de transtornos mentais das participantes, desta, estiveram presentes – o que conferiu privacidade, contemplação e serenidade àquele “*instante eterno*” do ‘estar-ali’, sem obrigações, com o desejo, apenas, de ‘com-partir’ o seu vivido com esta pesquisadora.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender como os familiares de portadores de transtornos mentais percebem o seu cotidiano, a partir do momento em que se efetiva o processo de desinstitucionalização e a inclusão destes sujeitos no âmbito familiar, foi a ‘razão sensível’ e premente desta pesquisa que proporcionou penetrar em um universo de sutilezas, que encerra o ambiente doméstico de hábitos intimistas, das relações familiares – *locus* em que a família “ensaia as cenas” para atuar na realidade cotidiana das relações sociais.

Isto envolve processos de experimentação do ‘estar-junto com’ bastante peculiares da ordem das paixões humanas que transita entre o hedonismo, o ideal de *carpe diem*, o senso de autopreservação e o amor instintivo – este, inexplicável, mas que enlaça os membros de uma família. Por isso, sentimentos de afeto, afetação, aflição, angústia, medo, sofrimento, irritação, raiva surgem na relação familiar e, sobremaneira, na ‘re-lação’, na ‘re-ligação’ da família com seu ente portador de sofrimento psíquico, acrescido do sentimento devastador da compaixão piedosa.

Historicamente, a família do portador de transtorno mental se afastou do processo terapêutico de seu ente, porque este figurava como perigoso animal atroz, incapaz de ‘com-partir’ da intimidade com outrem, de quem a sociedade e a família deveriam ser protegidas, apesar de esta ter sido responsabilizada por sua ‘doença mental’. Deste modo, o ‘doente mental’, afastado de sua família, foi alijado da sociedade e de si mesmo, em nome de um ‘saber-fazer tirano’ na modernidade que, embora considerado terapêutico neste contexto, ‘dulcificou’ e ‘normalizou’ este ser.

Em nome da razão disciplinar, moralizante, a psiquiatria moderna afastou este sujeito das relações ‘imaginais’, ‘intuitivas’, experienciadas a partir da ‘ligação’ com a família e com o saber do senso comum em que pouco importa a ‘ilusão da verdade’. Ao contrário, esta ‘empíria’ expressa a noção de ‘corpo místico’, surgido da ‘socialidade’, do vivido comum e do ‘vitalismo’ no “estar da pós-modernidade” – elementos da “compreensão maffesoliana” que permitem um olhar liberto, não estigmatizado, mas ‘matizado’ sobre “as coisas do mundo”.

Este olhar permeou esta pesquisa com o intento de relativizar a realidade do vivido cotidiano das famílias de portadores de transtornos mentais que, a partir da

Reforma Psiquiátrica, passaram a coabitar com seus entes egressos de instituições manicomiais – Sem que fossem consultados? Sem que fossem preparados? Questionamentos irônicos e difíceis de responder, porque a Reforma Psiquiátrica que ‘está-aí’, necessária e incontestada, é fruto de um processo jurídico, social, político-administrativo, cultural/ideológico ainda inacabado – justamente, por se tratar de um processo – e se efetivou com a sanção da Lei n.º 10.216/2001.

É sabido que o projeto desta lei tramitou por longos doze anos no Congresso Nacional, isto incita a seguinte inquietação: O que gestores, educadores, formadores de opinião, representantes políticos e sociais fizeram para os sujeitos envolvidos no processo de desinstitucionalização? Tão importante quanto refletir sobre isto, é compreender esta expressão para além do sentido da desospitalização. E, com isto, surge outra inquietação: A conquista da desospitalização de portadores de sofrimento psíquico, a criação do aparato substitutivo é garantia para a desinstitucionalização?

Com o retorno de egressos manicomiais para suas famílias e para a sociedade, a responsabilidade pelo cuidado dos mesmos não deve ser reservada ao familiar, mas, ‘com-partida’ de modo simbólico e concreto entre o ‘corpo social’ – isto pode soar como um argumento hipócrita ou uma ilusão simplista, porque a noção do individualismo, apesar da saturação de construtos da modernidade, permeia parte deste ‘corpus’.

Para compreender a mística de ‘com-partilha’, é preciso considerar aspectos da pós-modernidade, como a retomada do ‘tribalismo’, a valorização do ‘presenteísmo’, do ‘pluralismo’ e do ‘hedonismo’, para, então, admitir e sublimar que a questão do outro não apenas me incomoda, mas me preocupa e me interessa. Este é o modo como a sociedade, os gestores, os educadores, os profissionais de saúde e, em especial, os enfermeiros devem assumir sua postura ante os familiares cuidadores dos portadores de transtornos mentais.

É preciso ‘estar-junto com’ estes sujeitos de modo factual e isto ocorre quando, na *práxis*, o profissional enfermeiro e os demais elementos da equipe transdisciplinar exercerem a assistência no campo da saúde mental com responsabilidade, horizontalidade e excelência, o que deve ser modulado a partir do respeito e interesse mútuos; da escuta ativa e qualificada dos profissionais de saúde; do empoderamento destes familiares cuidadores e de seus entes; da

aproximação do ‘saber-fazer’ técnico-científico ao saber popular, do senso comum, que é gerado a partir de experiências sensíveis do cotidiano.

Esta é a materialidade do ‘estar-junto com’, os familiares cuidadores de transtornos mentais, desprendida do mecanicismo e da histeria de valores da modernidade que os subjeta ao academicismo, o que facilita a relação destes profissionais de saúde dos componentes da RAPS e viabiliza um cuidado que ressignifica sua relação com seu ente portador de transtorno mental, tornando-a menos sofrível, porque se compreende acolhido em suas próprias demandas, não apenas referentes àquelas do ‘ser cuidado’.

Isto posto, é relevante rememorar os depoimentos das participantes desta pesquisa para refletir, especificamente, na enfermagem. Na enfermagem brasileira que começou sua trajetória profissionalizante por entre os ‘corpos sociais’ na primeira metade do século XX. Nas entrelinhas da “medicina que não tem corpo”, a enfermagem encontrou e se deparou com as demandas sociais no que, hoje, é reconhecida como a grande densidade da atenção à saúde – a assistência à saúde das famílias e das comunidades.

Essas mesmas famílias que se justapõem a um cuidado linear e periférico às subjetivações dos sujeitos de que cuidam, esquadrinhando dois matizes de cuidado – o “cuidado real”, que lhes é imposto pelo ‘vitalismo da era moderna’ com motivações ligadas à ordem do controle, da punição e da vigilância, e o “cuidado ideológico”. Este último, legitimado pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, articula-se com modelos interacionistas da lógica da ‘socialidade’, solidariedade, e dos aspectos humanísticos, existenciais dos sujeitos.

Resgatar a enfermagem, neste momento terminal, foi intencional porque, entre os discursos dos familiares participantes, não caberia a exortação de profissionalismos e muito menos de tecnologias sem ferir o solene momento da captação da realidade das participantes, relacionado ao cuidado vivido e não ao cuidado pensado de modo ideológico e científico.

Agora sim, é preciso dirigir o olhar por entre as “fendas do mundo vivido” dos familiares para aproximar os saberes e as práticas da enfermagem dos sujeitos desospitalizados e de suas famílias, principalmente, quando se reconhece que não foi no manicômio nem tão pouco é agora – fora dele – que familiares e seus entes, “transtornados”, ‘re-encontraram-se’ de forma humana e afetiva. Sim, existe um afeto! Existe o humano que apela em ser reconhecido nas tecnologias e nas práticas

da enfermagem que atua no campo da saúde mental, como um meio de se estabelecer uma 'razão sensível' nas relações de atenção à saúde.

Ante estes argumentos, emergem os seguintes questionamentos: Por onde andam as relações dialógicas destas famílias e seus entes, tendo como mediadora a enfermagem? Onde a enfermagem se insere como escopo central dos discursos da liberdade, da gestão participativa e do controle social, como uma profissão que se formou inicialmente e vem se consolidando como prática social historicamente construída?

Nesta pesquisa, como um todo, existe uma lacuna no que tange à enfermagem nos depoimentos das participantes desta pesquisa. Embora, esta, não fosse uma questão de tomo inicial, permitiu-se, propositadamente, que se desvelasse o modo como a enfermagem se mostra distante e "apagada" do vivido destas famílias.

Então, é preciso acurar os discursos e as tecnologias da enfermagem para que atue de maneira efetiva, enquanto agente transformador e coadjuvante do empoderamento, destas famílias, na relação de cuidado com seus entes portadores de sofrimento psíquico, uma vez que "cuidar" é o seu objetivo amplamente debatido, divulgado, estudado e propagado por entre instituições e academias de formação.

Existe uma distância real entre a enfermagem e as famílias de portadores de transtornos mentais que, embora aquela tenha migrado do 'corpo social' para o individual, a partir dos anos de 1970, experimentam, hoje, uma nova oportunidade de 're-aproximação' a partir da RAPS, em que se inclui a ESF, com a intenção de estreitar as relações de cuidado para que este seja estabelecido conjuntamente – entre enfermagem, famílias, portadores de transtornos mentais e demais membros da equipe transdisciplinar – além dos muros das instituições.

O cotidiano dos familiares de portadores de transtornos mentais deve ser uma preocupação da enfermagem. Esta deve se acercar da realidade do cuidado no interior do domicílio destas famílias, para assumir a sua cota de contribuição e de solidariedade em uma ação ética, social, política e humanística que se materializa enquanto contribuição para o estado de bem-estar social e para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Flávio Aparecido de, CEZAR, Adieliton Tavares. As residências terapêuticas e as políticas públicas de saúde mental. **Revista IGT na Rede**, v. 13, n. 24, p. 105-114, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v13n24/v13n24a07.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2016.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed., Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 136 p.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013. 120 p.

ARAÚJO, Inês Lacerda. Michel Foucault: *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France*. **Natureza Humana**, v. 7, n. 2, p. 479-494, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v7n2/v7n2a09.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2015.

ARAÚJO, Leonel Martins. Europa renovada: renascimento e humanismo- do maneirismo ao barroco. **Revista da Católica**. v. 3, n. 5, p. 20, 2011. Disponível em: <http://catolicaonline.com.br/revistadacatolica2/artigosn4v2/11-historia.pdf>. Acesso em: 28 maio 2015.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. A representação social de familiares nos Centros de Atenção Psicossocial. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 354-360, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a19>. Acesso em: 7 fev. 2016.

BAPTISTA, Ana de Pina. A integração do portador de transtorno mental na família. 2011. 86f. Monografia para a obtenção do grau de Licenciatura em Serviço Social – Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Cabo Verde (Portugal), 2011. Disponível em: <http://bdigital.cv.unipiaget.org:8080/dspace/bitstream/10964/284/1/Ana%20Baptista.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2016.

BEHENCK, Andressa; SILVA, Alessandra Dartora da; HUMEREZ, Dorisdaia Carvalho de; MANCIA, Joel Rolim; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. A família frente ao processo de tratamento e reinternação do portador de esquizofrenia. **Enfermagem em Foco**, Conselho Federal de Enfermagem: Brasília, n. 2. v. 4, p. 210-214, 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/185/121>. Acesso em: 12 ago. 2014.

BESSA, Jacqueline Botura; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto**

Contexto Enferm, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, jan./mar. 2013. Acesso em: 20 maio 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_08.pdf. Acesso em: 19 jan. 2015.

BIROLI, Flávia. **Família**: novos conceitos. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2014. 86 p. Disponível em: <http://redept.org/uploads/biblioteca/colecaoquesaber-05-com-capa.pdf>. Acesso em: 25 out. 2014.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 248p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 43 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relafinal.pdf. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 25 fev. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Lei n.º 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 25 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002. 213 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Programa “De Volta Para Casa”**. Brasília, dez. 2003. 24 p. Disponível em:
[http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/de%20volta%20para%20cas
a.pdf](http://www.ee.usp.br/departamento/nucleo/CComs/doc/de%20volta%20para%20casa.pdf). Acesso em: 21 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. **Relatório de Gestão 2003-2006**. Ministério da Saúde: Brasília, jan. 2007, 85 p. Disponível em:
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-
2006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf). Acesso em: 25 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Trabalho e direitos: cooperativismo social como compromisso social, ético e político (documento base). **Conferência temática de cooperativismo social**. Brasília, maio 2010a, 42 p. Disponível em:
[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/aa_ppdeficiencia/Texto_base_25
%5B1%5D.05.2010_0.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/aa_ppdeficiencia/Texto_base_25%5B1%5D.05.2010_0.pdf). Acesso em: 25 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2010b, 210 p. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf. Acesso em: 20 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 25 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos**, Brasília, 2012. Disponível em:
[http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_vers
ao_final_196_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf). Acesso em: 25 set. 2014.

BRITO, Andiara Araújo Cunegundes de; BONFADA, Diego; GUIMARÃES, Jacileide. Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1293-1312, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2015.v25n4/1293-1312/pt>. Acesso em: 21 jul. 2016.

BUENO, Rinaldo Conde. **O pensamento de Franco Basaglia e a estrutura da desinstitucionalização na *Psiquiatria Democrática Italiana* vistos por um brasileiro**. 2011. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

Disponível em: http://www.pucminas.br/documentos/rinaldo_conde.pdf. Acesso em: 10 set. 2015.

BURGOS, Ana Lúcia Alencar. **Um enfoque de gênero na política urbana – experiências de participação feminina no Recife**. 2013. 242 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA), Recife, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/10626/1/TESE_Ana%20L%C3%BAcia%20Alencar%20Burgos.pdf. Acesso em: 1 maio 2016.

CANDA, Cilene Nascimento. Lá vai a vida a rodar: reflexões sobre práticas cotidianas em Michel Maffesoli. **Revista Rascunhos Culturais**: Coxim/MS, v. 1, n. 2, p. 63-77, jul./dez. 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267808756_La_vai_a_vida_a_rodar_reflexoes_sobre_praticas_cotidianas_em_Michel_Maffesoli. Acesso em: 23 out. 2015.

CANOVA, Loiva. A questão da loucura na historiografia ocidental e nos jornais da cidade de Cuiabá na Primeira República. **Revista Territórios & Fronteiras**, Cuiabá, v. 5, n. 1, p. 143-166, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.ppghis.com/territorios&fronteiras/index.php/v03n02/article/view/103/105>. Acesso em: 25 maio 2015.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão à solidariedade**: uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2000. 100p. [Versão digitalizada].

_____. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1, p. 95-103, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a15v14n1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

_____. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. **R. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 101-122, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p101>. Acesso em: 9 maio 2016.

CARDOSO, Antonio José Costa; TRINO, Alexandre; PEDRA, Marcelo; MEDEIROS, Pollyanna Pimentel de. Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p. 57-63, 2014. Disponível em: <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1453/1308>. Acesso em: 25 mar. 2015.

CARVALHO, José Carlos Marques de. **Esquizofrenia e família**: repercussões nos filhos e cônjuge. 2012. 227 f. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto (Portugal), 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63724/2/Esquizofrenia%20e%20Familia%20repercusses%20nos%20filhos%20e%20conjuge.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2016.

COELHO, Vívian Andrade Araújo; VOLPE, Fernando Madalena; DINIZ, Sabrina Stephanie Lana; SILVA, Eliane Mussel da; CUNHA, Cristiane de Freitas. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3605-3616, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03605.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

COMPARATO, Fábio Konder. Capitalismo: civilização e poder. **Estud. av.**, São Paulo, v. 25, n. 72, p. 252-276, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-40142011000200020&pid=S0103-40142011000200020&pdf_path=ea/v25n72/a20v25n72.pdf. Acesso em: 25 maio 2015.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-6, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>. Acesso em: 7 de fev. 2016.

COSTA, Lorena de Farias Pimentel. **Desafios de familiares envolvidos no processo de cuidar de dependentes químicos**. 2015. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7582/2/arquivototal.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes da; FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. O fenômeno da cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo de caso. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 839-851, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n4/v22n04a13.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

CUSINATO, Caroline. **Reforma psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2016. 117 f. Dissertação (mestrado) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2016. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/144447/cusinato_c_me_bot.pdf;jsessionid=84DFB92099D309E9D28D4EC6360F6ECB?sequence=3. Acesso em: 30 ago. 2016.

DALLA VECCHIA, Marcelo; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 159-168, 2006. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/30086/S1413-294X2006000200005.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jun. 2016.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção de conhecimento**: metodologia científica no caminho de Habermas. 7. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2009. 125 p.

ESTEVAM, Michelle Caroline; MARCON, Sonia Silva; ANTONIO, Maria Marlene; MUNARI, Denize Boutelet; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 679-686, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a19.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

FAVA, Mariana Caramore; SILVA, Nilson Rogerio; SILVA, Meire Luci. Avaliação da sobrecarga em cuidadores familiares de pacientes de um centro de atenção psicossocial. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 41, p. 41-55, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/4690/3872>. Acesso em: 18 fev. 2016.

FERNANDES, Evelyn Blaut. Laços de família: alguns nós na literatura brasileira. **Terra roxa e outras terras – Revista de Estudos Literários**, Londrina, v. 20, p. 15-25, dez. 2010. Disponível em: http://www.uel.br/pos/letras/terraroxa/g_pdf/vol20/TRvol20b.pdf. Acesso em: 13 dez. 2015.

FONSECA, Antonio Cezar Lima da. A ação de destituição do pátrio poder. **Revista de Informação Legislativa**, Brasília, a. 37, n. 146, p. 261-279, abr./jun. 2000. Disponível em: <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/597/r146-20.pdf?sequence=4>. Acesso em: 15 maio 2014.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. Tradução do original: *Histoire de la sexualité*. Tomo I. *La volonté do savoir*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1976. 296 p. Disponível em: <http://www.lacanw.be/archives/institutionnalites/LaVolonteDeSavoir%28M.Foucault%29.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2014.

_____. **Microfísica do poder**. Tradução e Organização de Roberto Machado. 1. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 296 p. Disponível em: http://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf. Acesso em: 13 dez. 2014.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Tradução de Andréa Daher. Consultoria de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997. 134 p. Disponível em: http://monoskop.org/images/0/06/Foucault_Michel_Resumo_dos_cursos_do_College_de_France_1970-1982.pdf. Acesso em: 13 dez. 2014.

_____. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. Título original: *Surveiller et punir*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 288 p. [Versão digitalizada].

_____. **História da loucura:** na Idade Clássica. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. Título original: *Histoire de la folie à l'âge classique*. 1. reimp. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007a. 551p.

_____. **El poder psiquiátrico.** Traducido por Horacio Pons. Título original: *Le pouvoir psyquiatrique*. 1. reimp. 1. ed. Buenos Aires: Fondo da Cultura Económica, 2007b. 448 p. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0Bwm3dl13n5jINzI4YjYyNDktZmYwNC00NDU3LWExMzAtZDlhMDdjYzhhZGY0/edit?pref=2&pli=1>. Acesso em: 18 dez. 2015.

GONÇALVES, Jurema Ribeiro Luiz; LUIS, Margarita Antonia Villar. Atendimento ao familiar cuidador em convívio com o portador de transtorno mental. **Rev enferm UERJ**, v. 18, n. 2, p. 272-277, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a18.pdf>. Acesso em: 6 dez. 2015.

GUEDES, Patrícia Fátima Mendes; SOUZA, Maria Celeste Reis Fernandes de. Cartografias de exclusão e inclusão de pessoas com sofrimento mental nos processos de territorialização da Política Nacional de Saúde Mental. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 40-57, 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/16058/12065>. Acesso em: 15 abr. 2016.

GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial:** história contada por profissionais de enfermagem. 2011. 212 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011. Disponível em: https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/26247/DISSERTACAO_ANDREA%20NOEREMBERG%20GUIMARAES_A%20PRATICA%20EM%20SAUDE%20MENTAL%20DO%20MODELO%20MANICOMIAL%20AO%20PSICOSS.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 17 jul. 2016.

GUIMARÃES, José Maria Ximene; JORGE, Maria Salete Bessa; MAIA, Regina Claudia Furtado; OLIVEIRA, Lucia Conde de; MORAIS, Ana Patrícia Pereira; LIMA, Marcos Paulo de Oliveira Lima; ASSIS, Marluce Maria Araújo; SANTOS, Adriano Maia dos. Participação social na saúde mental: espaço de construção de cidadania, formulação de políticas e tomada de decisão. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2113-2122, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a25v15n4.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

ICLE, Gilberto. Pesquisa como conhecimento compartilhado: uma entrevista com Michel Maffesoli. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 521-532, maio/ago. 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3172/317227057015.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2016.

JORGE, Maria Salete Bessa; DINIZ, Alexandre Melo; LIMA, Leilson Lira de; PENHA, Jardeliny Corrêa da Penha. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção

do cuidado em saúde mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 112-20, jan./mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00112.pdf. Acesso em: 7 jul. 2016.

KEBBE, Leonardo Martins; RÔSE, Lígia Beatriz Romeiro; FIORATI, Regina Célia; CARRETTA, Regina Yoneko Dakuzaku. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 38, n. 102, p. 494-505, jul./set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0494.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2015.

LACERDA, Gustavo Biscaia de. Augusto Comte e o “positivismo”: redescobertos. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 17, n. 34, p. 319-343, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/v17n34/a21v17n34.pdf>. Acesso em: 25 maio 2015.

LEAL, Bruna Molina; ANTONI, Clarissa De. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, v. 40, p. 87-101, jan./abr. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a08.pdf>. Acesso em: 30 maio 2016.

LIMA, Ana Izabel Oliveira; SEVERO, Ana Kalliny; ANDRADE, Nathaly da Luz; SOARES, Gabriela Pinheiro; SILVA, Larissa Melo da. O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da Atenção Primária. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 71-82, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n1/v21n1a05.pdf>. Acesso em 2 out 2015.

LUSSI, Isabela Aparecida de Oliveira; PEREIRA, Maria Alice Ornellas. Empresa social e economia solidária: perspectivas no campo da inserção laboral de portadores de transtorno mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 515-521, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a29.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

MAFFESOLI, Michel. A superação do indivíduo. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, v. 12, n. 1-2, p. 334-342, 1986. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rfe/article/view/33373/36111>. Acesso em: 9 dez. 2015.

_____. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Apresentação de Luiz Felipe Baêta Neves. Tradução de Maria de Lourdes Menezes. Título original: *Le temps des tribos: le déclin de l'individualisme dans les sociétés de masse*. Revisão técnica Arno Vogel, 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988a. Disponível em: <https://docs.google.com/file/d/0B0oJkXF5m1XQVFjVUdpYjc2Rkk/edit?pli=1>. Acesso em: 25 abr. 2015.

_____. **O conhecimento comum**: compêndio de Sociologia Compreensiva. São Paulo: Brasiliense; 1988b. 294 p. [Versão digitalizada].

_____. **Elogio da razão sensível.** Tradução de Albert Christophe Migueis Stuckenbruck. Título original: *Éloge de la raison sensible*. Petrópolis: Vozes, 1998. 207 p. [Versão digitalizada].

_____. A terra fértil do cotidiano. **Revista FAMECOS – mídia, cultura e tecnologia**, Porto Alegre, v. 15, n. 36, p. 5-9, ago. 2008. Resumo do seminário especial Metodologia, Epistemologia e Pós-modernidade – Sociologia Compreensiva, Razão Sensível e Conhecimento Comum, ministrado pelo Prof. Dr. Michel Maffesoli, de 8 a 11 de maio de 2005, na PUCRS, por iniciativa do PPGCOM. Dados coletados: Eduardo Portanova Barros (bolsista CNPq). Revisão: Luiz Maurício Azevedo (bolsista CNPq). Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/4409/3308>. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. **A república dos bons sentimentos.** Tradução de Ana Goldberger. São Paulo: Iluminuras: Itaú Cultural, 2009. 96 p.

_____. **Saturação.** Tradução de Ana Goldberger. São Paulo: Iluminuras: Itaú Cultural, 2010a. 120 p. Disponível em: http://d3nv1jy4u7zmsc.cloudfront.net/wp-content/uploads/itau_pdf/001733.pdf. Acesso em: 20 fev. 2015.

_____. **No fundo das aparências.** Tradução de Bertha Halpern Gurovitz. Petrópolis: Vozes, 2010b. 309 p.

_____. **O tempo retorna:** formas elementares da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. 128 p. [Versão digitalizada].

MALUF, Adriana Caldas do Rego Freitas Dabus. **Novas modalidades de família na pós-modernidade.** 2011. 347 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2131/tde-31012011-154418/pt-br.php>. Acesso em: 13 dez. 2014.

MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter Ferreira de. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Santa Catarina, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1273-1284, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01273.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

MARX, Karl. **Manuscritos econômico-filosóficos.** Tradução, apresentação e notas de Jesus Ranieri. 4. reimpr. São Paulo: Boitempo Editorial, 2010. 176 p., il. (Coleção Marx-Engels). Título original: *Ökonomie-philosophische Manuskripte*. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=Y4_R2Cn6L4oC&printsec=frontcover&dq=Manuscritos+econ%C3%B4mico-filos%C3%B3ficos&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwiYiMiQ0aPdAhVFh5AKHa0qBSIQ6AEIKDAA#v=onepage&

q=Manuscritos%20econ%C3%B4mico-filos%C3%B3ficos&f=false. Acesso em: 25 fev. 2015.

MAYEROFF, Milton. **On Caring**. Rio de Janeiro: Record, 1971. 95 p. [Versão digitalizada].

MELLO, Rita Mello de; SCHNEIDER, Jacó Fernando. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 226-33, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a03v32n2.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2015.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras Editora, 2008. 160p.

MERHY, Emerson Elias. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. *In*: LOBOSQUE, Ana Marta. Seminário saúde mental: os desafios da formação. **Caderno Saúde Mental**, Belo Horizonte: ESP-MG, v. 3, 2010. 202 p. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/caderno_SM3_Os_desafios_da_formacao.pdf. Acesso em: 15 mar. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 32. ed. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 2011. p. 21-22.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, 2012. 408 p.

MORENO, Vania. Enfermeiros e a família do portador de transtorno mental os e a família do portador de transtorno mental. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 603-607, jul./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/16.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

MUNHOZ, Renata do Nascimento Vieira. **A pertença estendida de adultos na família de origem**. 2012. 112 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-10052012-150625/.../munhoz_me.pdf. Acesso em: 13 dez. 2014.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

NÓBREGA, Juliana Fernandes da; NITSCHKE, Rosane Gonçalves; SOUZA, Ana

Izabel Jatobá de. A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em enfermagem. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 373-376, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v17n2/v17n2a25.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2014.

NUNES, Jeanine Maria Sobral; GUIMARÃES, José Maria Ximenes; SAMPAIO, José Jackson Coelho. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p.1213-1232, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01213.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2016.

NUNES, Viviane Soares; TORRES, Marília de Albuquerque; ZANOTTI, Susane Vasconcelos. O psicólogo no CAPS: um estudo sobre oficinas terapêuticas. **ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, pp.12, 2015. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1649/1200>. Acesso em: 17 jul. 2016.

SIANI, Sergio Ricardo; CORREA, Dalila Alves; LAS CASAS, Alexandre Luzzi. Fenomenologia, método fenomenológico e pesquisa empírica: o instigante universo da construção de conhecimento esquadrihada na experiência de vida. **Revista de Administração da UNIMEP**, v.14, n.1, p. 193-219, jan./abr. 2016 Disponível em: <http://www.raunimep.com.br/ojs/index.php/regen/article/viewFile/1002/670>. Acesso em: 21 jul. 2016.

PEIXOTO, Paulo Cesar; BERTANI, Íris Fenner. A constituição do corpo do doente mental. *In: VII Seminário de Saúde do Trabalhador e V Seminário O Trabalho em Debate "Saúde Mental Relacionada ao Trabalho". Sem. de Saúde do Trabalhador de Franca*, sep. 2010. 15 p. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sst/n7/a26.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2015.

PIMENTA, Eliane de Souza; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 3, n. 1, p. 75-84, ago. 2008. Disponível em: www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/...n1/.../Pimenta_Romagnoli.doc. Acesso em: 7 fev. 2016.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02>. Acesso em: 25 set. 2014.

QUINDERÉ, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível

em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01273.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2015.

RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; BARROS, Sônia. O modo de cuidar da pessoa com transtorno mental no cotidiano: representações das famílias. **REME Rev Min Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 515-524, out./dez. 2009. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/219>. Acesso em: 29 ago. 2014.

_____. A família no desenho terapêutico dos usuários dos CAPS: representações dos profissionais de saúde. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 7, p. 1956-1964, jul. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9871/10105>. Acesso em: 19 jan. 2015.

RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto contexto enferm.**, v. 13, n. 4, p. 543-550, out./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a06.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARÃES, Jacileide; ENDERS, Bertha Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/aop1411>. Acesso em: 25 set. 2014.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 367 p.

SANTANA, Vagner Caminhas; OLIVEIRA, Daniel Coelho de; MEIRA, Thiago Augusto Veloso. Novos arranjos familiares: uma breve análise. **EFDeportes.com**, Buenos Aires, v. 17, n. 177, fev. 2013. Disponível em: <https://vdocuments.site/documents/novos-arranjos-familiares-uma-breve-analise.html>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SANT'ANA, Marília Mazzuco; PEREIRA, Valdete Preve; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SILVA, Alcione Leite da. O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto contexto - enferm.**, v. 20, n. 1, p. 50-58, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/06.pdf>. Acesso em: 2 out. 2015.

SILVA, Maura Lima Bezerra e; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, v. 66, n. 3, p. 31-46, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v66n3/04.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2016.

SILVA, Marli Appel da; GUARESCHI, Pedrinho Arcides; WENDT, Guilherme Welter. Existe sujeito em Michel Maffesoli? **Psicologia USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 439-

455, abr./jun. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v21n2/v21n2a11.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2016.

SILVEIRA, Lucimara Cristina da. **O trabalho como produção de subjetividade e estratégia de reabilitação psicossocial**. 2015. 20f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde Coletiva – Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Campinas, Campinas, 2015. Disponível em:
<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/tcc2014lucimaracristinadasilveira.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2016.

SOARES, Janaina Soares; VARGAS, Divane de. Padrões de uso do álcool e questões associadas: uma análise do conhecimento de enfermeiros. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 321-328, 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-321.pdf. Acesso em: 20 jan. 2011.

SOARES, Janaina Soares; VARGAS, Divane de; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), v. 7, n. 1, p. 45-52, jan./abr. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38739/41594>. Acesso em: 20 jan. 2016.

SOUSA, Noelma Cavalcante de; MENESES, Antonio Basílio Novaes Thomaz de. O poder disciplinar: uma leitura em vigiar e punir. **Saberes**, Natal, v. 1, n. 4, p. 18-35, jun. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/561/510>. Acesso em: 25 maio 2015.

SOUZA, Vinícius Rauber. **Contrarreforma psiquiátrica: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande do Sul**. 2012. 166 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em:
<http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/1945/1/000438729-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2016.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 123-127, 2006. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41519/45113>. Acesso em: 25 set. 2014.

TAVARES, Cláudia Mara de Melo; MUNIZ, Marcela Pimenta; ELIAS, Andréa Damiana da Silva; SOUZA, Marilei Tavares e. Atenção de enfermagem à família do portador de transtorno mental: contribuições para a educação permanente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, n. 4, p. 767-774, out./dez. 2012. Disponível em:

<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21659/pdf>. Acesso em: 19 out. 2014.

TAVARES DOS SANTOS, José Vicente. Violências e dilemas do controle social nas sociedades da "modernidade tardia". **São Paulo Perspec.**, v.18, n.1, p. 3-12, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n1/22221.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Michel Foucault e a História da Loucura: 50 anos transformando a história da psiquiatria. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 3, n. 6, p. 41-64, 2012. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1502/1725>. Acesso em: 12 mar. 2015.

VALDERRAMA, Jorge Márquez. *Normalización y biopolítica em la psiquiatria y la salud mental*. **Cad. De Pesq. Interdisc. em Ci-s. Hum-s.**, Florianópolis, v. 15, n. 107, p. 29-48, ago./dez. 2014. Disponível em: http://www.academia.edu/11273436/Normaliza%C3%A7%C3%A3o_e_biopol%C3%ADtica_em_psiquiatria_e_sa%C3%BAde_mental Acesso em: 23 jun. 2016.

VICENTE, Jéssica Batistela; MARIANO, Pamela Patrícia; BURIOLA, Aline Aparecida; PAIANO, Marcelle; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; MARCON, Sonia Silva. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 2, p. 54-61, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a07.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

VIEGA, Larri Padilha. **A rede de serviços de atenção psicossocial na região sudeste da cidade de São Paulo: potencialidades e limites**. 2012. 124f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17611/1/Larri%20Padilha%20Viega.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2014.

VIEIRA, Liszt. **Cidadania e globalização**. Rio de Janeiro: Record, 2016. p. 41.

WACHS, Felipe; JARDIM, Camila; PAULON, Simone Maineri; RESENDE, Vera. Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para serviços residenciais terapêuticos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, pp. 895-912, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a11.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 192 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS (CEP/UFJF)¹⁶
36036-900 – JUIZ DE FORA (MG) – BRASIL

O(A) Sr.(a) _____ está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: **COTIDIANO DOS FAMILIARES DE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DESINSTITUCIONALIZADOS** que objetiva compreender como os familiares de portadores de transtornos mentais percebem o seu cotidiano, a partir do momento em que se efetiva o processo de desinstitucionalização e a inclusão destes sujeitos no âmbito familiar. Considera-se relevante da percepção da família acerca deste processo, em especial, quando coabita com o portador de transtorno mental.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: entrevista individual com registro por escrito de parte dos dados que daremos opções e gravada para que o (a) Sr. (a). possa dizer o que pensa sobre viver o cotidiano familiar com portadores de transtornos mentais egressos de longos períodos de hospitalização. A pesquisa se caracteriza por apresentar risco mínimo aos participantes. Para minimizar os desconfortos serão adotadas as seguintes condutas, em caso de concordância, serão definidos dia e horário da entrevista, respeitando a preferência dos participantes; serão utilizadas técnicas comunicacionais e relacionais em todos os encontros e será utilizado o anonimato do cenário e dos participantes.

Para participar desta pesquisa o (a) Sr. (a). não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa. O (A) Sr. (a). tem assegurado o direito a indenização em caso de comprovação de danos decorrentes desta investigação. Será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto, em qualquer momento que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

A sua participação será voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pela pesquisadora. Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo, ou seja, seu nome não será mencionado. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada e serão utilizados para fins acadêmicos e científicos. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr. (a). não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em 2 vias originais, sendo uma arquivada com a pesquisadora responsável, Graziela Lonardoni de Paula¹⁷ em seu arquivo pessoal juntamente com o instrumento de coleta de dados durante 5 anos a outra via deste termo será fornecida ao senhor (a). Após este tempo toda a documentação será destruída. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de anonimato, atendendo a legislação brasileira (Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **COTIDIANO DE FAMILIARES DE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DESINSTITUCIONALIZADOS**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2015.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

¹⁶Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar: Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFJF (CEP-UFJF): Campus Universitário da UFJF, Pró-Reitoria de Pesquisa CEP: 36036-900. Fone: (32) 2102-3788.

E-mail: cep.propesq@uff.edu.br.

¹⁷Nome do Pesquisador Responsável: Graziela Lonardoni de Paula. Endereço: Rua Coronel Vaz de Melo, 32/101 – Bairro Bom Pastor, Juiz de Fora, MG. CEP: 36035-670. Fone: (32) 3212-3181.

E-mail: grazilonardoni@gmail.com.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

Projeto: COTIDIANO DOS FAMILIARES DE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DESINSTITUCIONALIZADOS

Dados sociodemográficos			
Caracterização dos participantes	Data nascimento: / /	Data coleta dados: / /	Código participante:
	Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Cor da pele declarada: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Outra, especificar:	
	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Com companheiro <input type="checkbox"/> União estável		
	Religião:	Profissão:	
	Anos de estudo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> Outros, especificar:		
Dados acerca do familiar portador de transtorno mental desinstitucionalizado			
Diagnóstico do familiar portador de transtorno mental:			
Tempo de internação manicomial:			
Questões norteadoras			
Como você percebe o seu cotidiano a partir do momento em que seu familiar não está mais hospitalizado?			
Você percebe alguma mudança do seu familiar portador de transtorno mental com relação ao seu convívio social desde que foi desospitalizado?			
Informações adicionais			

ANEXOS**ANEXO A – Declaração de concordância****JUIZ DE FORA**
P R E F E I T U R A

Prefeitura de Juiz de Fora. Av. Brasil, 2001 – Centro – CEP : 36060-010

DECLARAÇÃO

As Unidades de Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora, por serem cenários de formação de recursos humanos e instituições vinculadas ao desenvolvimento de pesquisa dispõem de espaço e infra estrutura física para viabilizar o processo de coleta de dados da pesquisa intitulada: **“Cotidiano de familiares de portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados”** cujo objetivo é compreender como os familiares de portadores de transtornos mentais percebem a inserção social destes a partir do processo de desinstitucionalização. Diante do exposto, considero compatível e viável que seja realizada a investigação.

Atenciosamente,

Juiz de Fora, 17 de dezembro de 2014.

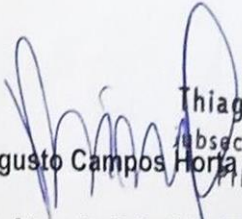
Thiago Augusto Campos Horta**Thiago Campos Horta**
Subsecretário de Atenção
Primária à SaúdeSubsecretário de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental
Prefeitura de Juiz de Fora – MG

ANEXO B – Declaração de infraestrutura**JUIZ DE FORA**
P R E F E I T U R A

Prefeitura de Juiz de Fora. Av. Brasil, 2001 – Centro – CEP : 36060-010

DECLARAÇÃO

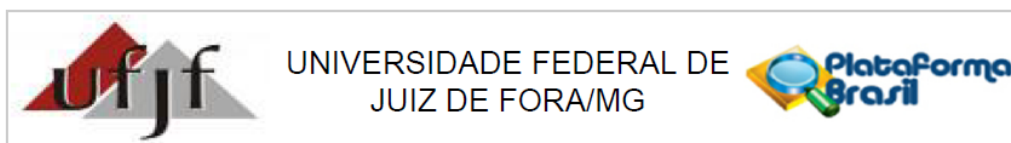
Eu Thiago Augusto Campos Horta, na qualidade de responsável pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Cotidiano de familiares de portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados" a ser conduzida sob a responsabilidade do pesquisador Graziela Lonardoní de Paula; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Juiz de Fora, 17 de dezembro de 2014.

Thiago Augusto Campos Horta
Subsecretário de Atenção Primária à Saúde

Subsecretário de Atenção Primária à Saúde
Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental
Prefeitura de Juiz de Fora – MG

ANEXO C – Parecer consubstanciado emitido pelo CEP-UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COTIDIANO DOS FAMILIARES DE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS DESINSTITUCIONALIZADOS

Pesquisador: Graziela Lonardoni de Paula

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47878215.8.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.374.666

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

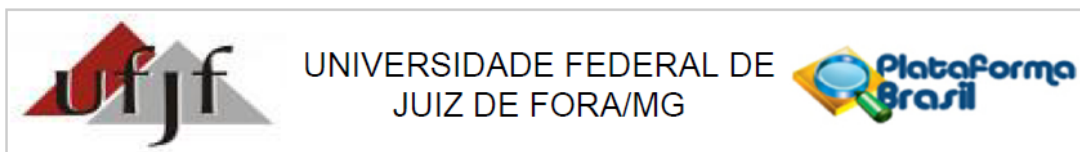
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.374.666

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Apresentar o Resumo do Relatório final de Pesquisa ao CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2016.

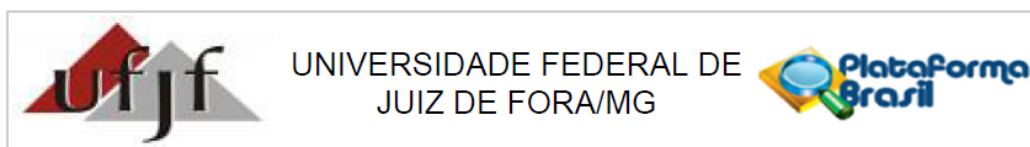
Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_486138.pdf	01/12/2015 14:46:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODETALHADO_GRAZIELA_AOPARECER.pdf	01/12/2015 14:38:43	Graziela Lonardoni de Paula	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GRAZIELA_AOPARECER.pdf	30/11/2015 00:28:24	Graziela Lonardoni de Paula	Aceito
Outros	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.GRAZIELA.pdf	18/07/2015 17:48:37		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Scan 02.pdf	14/04/2015 16:48:46		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Scan 01.pdf	14/04/2015 16:48:26		Aceito
Folha de Rosto	#Folha de rosto.pdf	13/04/2015		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.374.666

Folha de Rosto	#Folha de rosto.pdf	19:06:01		Aceito
Outros	Scan0013.pdf	10/04/2015 12:56:52		Aceito
Outros	Scan0012.pdf	10/04/2015 12:56:14		Aceito
Outros	Scan0011.pdf	10/04/2015 12:55:29		Aceito
Outros	Scan0010.pdf	10/04/2015 12:54:17		Aceito
Outros	Scan0009.pdf	10/04/2015 12:53:36		Aceito
Outros	Scan0008.pdf	10/04/2015 12:52:33		Aceito
Outros	Scan0007.pdf	10/04/2015 12:51:50		Aceito
Outros	Scan0006.pdf	10/04/2015 12:50:45		Aceito
Outros	Scan0005.pdf	10/04/2015 12:49:55		Aceito
Outros	Scan0004.pdf	10/04/2015 12:49:18		Aceito
Outros	Scan0003.pdf	10/04/2015 12:48:35		Aceito
Outros	Scan0002.pdf	07/04/2015 20:41:50		Aceito
Outros	Scan0001.pdf	07/04/2015 20:37:59		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 17 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Francis Ricardo dos Reis Justi
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br