

O Lugar das Famílias de Usuários do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) do Município de Itajaí - SC, na Produção das Necessidades de Saúde Mental

Patricia María Ingrasiotano¹
Bisan Cavalcante Akil²
Carlos Eduardo Máximo³

Introdução

Ao discutir necessidades em saúde precisamos tomar como pano de fundo a história da saúde Brasileira, pois esta nos remete à árdua luta social, reivindicações de direitos e demandas por saúde, que deram corpo ao Sistema Único de Saúde (SUS), feito que acontece no ano 1988, a partir da promulgação da Constituição Cidadã.

Durante esse processo de negociações complexas, cabe citar a relevância de duas Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas em 1987 e 1992, cujos protagonistas levaram à pauta a discussão sobre as necessidades de saúde mental da população. Estas conferências são precursoras da reestruturação da assistência psiquiátrica no país conhecida como Reforma Psiquiátrica, cujas

¹ Psicóloga; Mestranda em Educação no Programa de Pós-Graduação em Educação – PPGE da Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI

² Graduanda do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI.

³ Doutor em Psicologia - Professor do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho e do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí.

negociações possibilitaram à promulgação, em 2001, da Lei Federal 10.216, a partir da qual, se redireciona a assistência em saúde mental privilegiando a oferta de tratamentos em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento mental (BRASIL, 2001).

A política de saúde mental no Brasil tem como princípio substituir a atenção centrada no asilamento hospitalar, anteriormente realizada em hospitais psiquiátricos, pela atenção em serviços comunitários de base territorial, que atuam necessariamente em rede. A rede está constituída com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de atenção Psicossocial (CAPS), Serviços de Residências Terapêuticas, leitos em Hospitais gerais, ambulatorios, bem como outros programas. Isto conforme o processo advindo do movimento de transformação das práticas de cuidado em saúde mental, ao qual denominamos reforma psiquiátrica (BRASIL, 2011).

Os CAPS surgem como serviços de atenção diária, ambulatória, cujo funcionamento responde à lógica do território e suas modalidades de serviços são estabelecidas no artigo nº 1 da Portaria n.º 336/GM, 2002, a saber: CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II, definidos por ordem crescente de porte/complexidade, abrangência populacional, e intimamente relacionados com um sistema multiassistencial atuando na forma de rede, capaz de fornecer ao individuo e sua família o suporte necessário (BRASIL, 2002).

O CAPSi, local escolhido para nossa pesquisa, atende um público que transita da infância a adolescência. A chegada destes ao serviço depende da iniciativa de um adulto, em geral um dos pais, familiar ou cuidador. No intento de compreender as necessidades de saúde dos usuários do CAPSi, tomamo-las na perspectiva do encontro entre usuários: crianças, adolescentes e suas famílias, e o serviço. Falar de necessidades de saúde implica em apreender os modos de produção destas necessidades. Compreender como este modo constitui um campo de conhecimentos, práticas científicas e políticas que atravessam a saúde pública (NUNES, 2009).

Este campo do saber fazer da produção de necessidades de saúde nos situa na perspectiva da complexidade de processos negociados, definidores e identificatórios do processo saúde/doença entre diversos atores. As discussões sobre estas necessidades são de caráter indeterminado e mutável, posto isto, dependem das contingências e de seus determinantes históricos. A invenção política das sociedades ocidentais produziu saberes, instituições, profissões, práticas e técnicas que compuseram o setor saúde. A razão deste campo se propôs dar conta de uma rede de necessidades em saúde que abrangem a população, trabalhadores, gestores, políticas públicas até os autores dos programas, órgãos financiadores, entre outros (CAMPOS e MISHIMA, 2005). Este cenário reinventa a realidade sanitária à medida que se coloca como produtor de discursos e sentidos sobre o viver com saúde e doença (CAMARGO JUNIOR, 2005).

Diante disso, prevê-se que os CAPS sejam dispositivos aptos à promoção de mudanças do modelo assistencial. Isto por conta de terem sido pensados como produtores de cuidado, capazes de gerar espaços sociais de convivência, solidariedade, sociabilidade e inclusão social e, sobretudo, subjetividades mais autônomas. Assim compõe-se e se organiza um processo relacional entre os diferentes atores: usuário, familiares ou cuidadores, integrantes da equipe, profissionais de outros serviços e instituições. Podemos falar de um fluxo relacional calcado em tensões onde se originam as possibilidades de encontro com o outro. Encontro esse que alimenta ou enfraquece a “nossa potência de existir, agir e pensar” de acordo à relação que compõe com o nosso corpo e as nossas ideias (YASUI, 2007, p.164).

Frente a isso podemos afirmar que a qualidade relacional do encontro depende do afeto que se imprima neste. Um bom encontro pode atender às necessidades do usuário, enquanto um mau encontro enfraquecer sua condição de existir, de pensar e de agir. Assim, o ato de cuidar é a essencial. Entendemos que o cuidado visa preservar a vida humana a fim de que o sujeito exista

de fato, seja reconhecido, e não somente como um objeto de intervenção, uma doença, uma entidade (BOFF, 2004).

Sob esses pressupostos e, na medida em que nos aproximamos das famílias de usuários do CAPSi, a fim de compreender a relação dos mesmos com este serviço especializado fomos lançados a uma dimensão política, desenhada nas ondulações de um campo semântico, discursivo, cujo início sempre era datado no segundo ou terceiro ano de vida dos filhos. Nesse momento, as famílias, de modo geral, relatam ter recorrido a uma Unidade Básica de Saúde em busca de solução para o que se passava com os seus filhos, demorando anos até chegar no CAPSi.

Por considerar que o âmbito da família reflete a produção social, pois expressa tanto em suas relações internas, quanto com outros atores do território, as relações institucionais que a constituem (SCHEINVAR, 2006), nos propomos examinar o lugar das famílias nos processos participativos de relações junto aos serviços de saúde, e os sentidos produzidos, uma vez que a partir da apropriação desses sentidos, as pessoas constituem as necessidades em saúde.

1. Aspectos metodológicos

A pesquisa contou com a participação de seis famílias de usuários do CAPSi do Município de Itajaí, SC. As famílias foram informadas da pesquisa e convidadas a participar da mesma pela Coordenadora do CAPSi. Esta apresentou a proposta enquanto as famílias aguardavam em sala de espera. A partir desse momento, voluntariamente, as famílias agendaram dia e data para a primeira entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas no CAPSi durante o horário de expediente uma vez assinado o termo de consentimento livre esclarecido.

Os dados demográficos dos participantes são os seguintes: ambos os sexos, suas idades oscilam entre 32 e 52 anos, pais e mães de usuários do CAPSi. Todos participantes dos serviços há pelo menos um ano e residentes do Município de Itajaí.

Esta pesquisa foi orientada pelas resoluções nº 196/96 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da resolução nº 016/200 de 20 de dezembro de 2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí (CEP/Univali), sob o parecer nº 854.533 de 30 de outubro de 2014. Isto implicou em respeitar os seguintes itens: Assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de cada participante da pesquisa antes de iniciar a coleta dos dados; Respeito aos valores sociais, morais, culturais, religiosos e éticos dos entrevistados; Acesso livre dos participantes a suas informações, assim como aos resultados obtidos; Respeito em relação à recusa do participante para ser entrevistado; Manter o anonimato dos sujeitos entrevistados. Com respeito a este último se informa que as identidades dos sujeitos entrevistados foram preservadas por nomes fictícios.

Como abordagem se utilizou a perspectiva qualitativa de caráter exploratório, em razão de oferecer subsídios para compreender em profundidade a forma de vida das pessoas (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000). Para a coleta de dados foi tomado por base a técnica de entrevista em profundidade (OLABUENAGA,1996).

Os registros dos dados coletados foram gravados em áudio, logo transcritos e submetidos a análise. Isto requereu uma leitura exaustiva do material a fim de distinguir as frases e palavras com maior representatividade e logo confrontá-las com o material teórico escolhido pelos pesquisadores.

2. Eixos temáticos

O referido processo evidenciou dois núcleos temáticos norteadores, um deles baseado nos percursos das famílias na rede de saúde e, o outro, a respeito dos processos de normatização. Sendo assim, no primeiro eixo denominado: trajetórias dos usuários e suas famílias: relações e sentidos, nos propomos discutir o

percurso da família desde que solicita, pela primeira vez, atenção para a saúde do filho, até chegar no CAPSi. O segundo eixo: o peso da norma e a demanda institucionalizada, tratamos os processos de normatização evocados pelas instituições.

2.1 Trajetórias dos usuários e suas famílias: relações e sentidos

Procuramos dar visibilidade às relações que se estabelecem entre famílias e serviços de saúde, e os sentidos que estas suscitam, uma vez que sua influência na busca por estratégias de cuidado para os filhos, nos permite perceber como se tecem as negociações entorno as necessidades de saúde e o lugar que as famílias ocupam nessas negociações. Nesta empreitada, as limitações enfrentadas pelas famílias apontaram caminhos silenciados, aqueles que não foram apresentados como opção de estratégia em saúde, em razão das necessidades de saúde dos filhos, em princípio, serem negligenciadas.

Mencionamos um dado que se manteve constante em todas as entrevistas e nos surpreendeu, trata-se do tempo que se passa desde a queixa inicial, quando a família demanda por atenção, até chegar a validar essa demanda no CAPSi, em geral, a pedido da escola, uma vez que a criança inicia o processo de alfabetização.

Assim, a demanda inicial, aquela que apresentam ao chegar ao serviço, encontra-se assujeitada a/por múltiplas vozes que produziram discursos, práticas e sentidos outros. Estes, em geral, aumentaram o sofrimento das famílias e a incerteza dos caminhos a seguir na procura por saúde, como refere o pai de Daniel “eu sei que foi uma luta... foi... até chega onde a gente chegou”. Luta que envolveu encontrar especialistas, acertar a dosagem dos remédios e driblar os entraves para aceder ao serviço especializado.

Contudo, uma vez no CAPSi, as famílias referem melhoras na qualidade de vida dos filhos. Isto, em base aos atendimentos dos profissionais do serviço e às formas de participação oferecidas às famílias, das quais obtêm apoio e orientação.

Os relatos descrevem trajetórias que começaram aos 2 ou 3 anos de idade das crianças, momento em que a família recorre a uma Unidade Básica de Saúde em razão de perceber algo diferente no filho. Trata-se de aspectos desenvolvimentais, como os atrasos da fala, dos processos cognitivos e controle de esfínteres; comportamentais, como agressividade, agitação e isolamento social, e contingenciais, tais como os temores noturnos.

Estes indicadores, elencados nos relatos, mostravam-lhes que algo não estava bem, logo, ao despertar inquietações na família, ou no entorno, derivavam em pedidos de auxílio no setor da saúde. Observemos o que referem as famílias:

eu já percebi assim que ele com dois anos ele não falava... ele era bem bebeção... não falava... e... aquilo ficou... era preocupante, uma criança de dois anos não fala?! todo mundo praticamente já te uma experiência pelo menos em... começar a falar “papa” “mama” ele não falava nada nada.. E aí eu chamei uma fonoaudióloga (FAMÍLIA DE NELSON).

quando ele tinha 3 anos de idade ele já começou a tratar com um neurologista... minha esposa percebeu que ele estava muito agitado, ele tinha um pouco de dificuldade pra dormir...uns medos de ficar sozinho de dormir sozinho, ele tem dificuldade de pra apre... ele fazia xixi na cama (FAMÍLIA DE DANIEL).

tinha três anos de idade e na creche que viram que ele era muito agitado. Eles orientaram a levar no médico e aí contando pro pediatra, o pediatra chegou a conclusão de que ele tinha que passar pelo neuro, que ele realmente era.. tinha esse problema de déficit de atenção... (FAMÍLIA DE GABRIEL).

A partir desse primeiro acesso sucedem-se consultas esporádicas, pontuais, provocadas por alguma situação limite e não em base a um planejamento. As famílias se deparam com situações imprevisíveis e não sabem o que fazer, faltam subsídios de informação e recursos assistenciais acessíveis.

Aparecem diagnósticos que a causa de como foram comunicados pelos profissionais, desprovidos de dados e com uma certa desimplicação com o sofrer do outro, dificultaram à família encontrar uma resposta à sua necessidade. Lacunas e omissões emergem das entrelinhas dos relatos, sejam dos serviços ou dos servidores:

ele tava cada vez pior, então a gente precisava procurar, eu já tinha procurado...não sabia como lidar com aquela situação, a princípio eu achava que simplesmente ele era bravo... e as coisas foram tomando uma proporção... e a gente via que não era só isso.. e eu não sabia onde procurar, o que fazer... levei em psicólogo particular...(FAMÍLIA DE LEONEL)

tudo era muito vago... alguns testes que não dava resposta, ele não interagia nesse meio tempo eu percebi que ele já estava com.. quatro... cinco anos... estava com cinco anos e ele não falava...não falava... não interagia...até que eu levei ele no neuropediatra e daí ele falou, não ele tem Síndrome de Asperger, assim tem que procurar uma psicóloga... Ah eu fui pesquisar no computador, fui pesquisar na internet, porque ele falou assim é... é um leve autismo e tal... eu nem sabia o que que era autismo, o que que a criança com autismo fazia ou deixava de fazer, quer dizer, era uma coisa muito própria, quer dizer eu estava com um filho que tinha todas as características que eu não sabia lidar... que era meu primeiro filho e tal eu não conhecia ninguém que tinha esse problema, as pessoas não... a não ser o próprio médico... não tinha um diagnóstico... ninguém sabia... (FAMÍLIA DE NELSON).

Percebemos que a falta de informação deixa a família sem saber como continuar, como nos conta a família de Leonel: “e eu não sabia onde procurar, o que fazer...”. Na medida em que não se oferece um caminho norteador, a família fica confusa, perdida. A rede pública se omite e se agrega mais um fator complicador, pois a família é obrigada a recorrer à consulta particular. Diante disso, é quase um passo lógico que esta se perceba excluída do SUS, como manifestado nesse apelo da mãe de Nelson “Olha... meu filho, ele

nunca teve atendimento de fonoaudiologia pela rede pública... a escola pública ela dá essa... quem estuda na escola pública tem direito... porque que o meu filho não tem?”. Citamos que a especialidade de fonoaudiologia, referida pela mãe, é um dos atendimentos imprescindíveis na reabilitação das crianças com Síndrome de Asperger, sobretudo, diante de um quadro de inibição da fala que desafia o tempo desenvolvimental, uma vez que a criança “tava com cinco anos e ele não falava...”.

Retomemos uma questão fundamental, pois podemos ser levados a pensar que foi a família quem caiu em um engano quando escolheu marcar atendimentos na via particular. Sendo o SUS, um serviço cujas diretrizes comportam o princípio da universalidade, impedir o ingresso à rede pública de alguém que estuda em rede privada, nem pensar. Visto que este princípio garante a todas as pessoas, sem discriminação, o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, fortalecendo o direito ao atendimento público e gratuito à saúde (BRASIL, 1990). Contudo, ambos os relatos trazem a tona lacunas e silêncios calcados nas práticas cotidianas dos serviços da região que produzem, entre outras, relações de exclusão, tal como nos explica Sawaia (1999), situações causadoras de sofrimento ético-político uma vez que ignoram este princípio para operacionalizar suas práticas.

Enquanto aos servidores, a falta de explicações abrangentes dificulta à família discernir se a manifestação da criança é uma birra ou um problema de saúde, como observamos no relato da família de Leonel. Assim, a própria invisibilidade do sofrimento mental levanta os fantasmas familiares, ao tratar das aflições da família quando o serviço desconsidera que o mal estar apresentado pelo usuário seja um problema de saúde mental (ROSA, 2003). Neste caso, a família precisou passar por situações angustiantes, até o momento em que a proporção dos acontecimentos evidenciasse um problema de saúde mental. Notemos a que se refere essa proporção mencionada pela mãe:

ele era só um menino de 8 anos.. ele fez um buraco na parede... que aí a força parece que vem mais acentuada... eu não sei nem como explicar assim, porque ele era muito pequeno pra fazer... quebrar uma cadeira dessas, de ferro jogando contra uma parede (FAMÍLIA DE LEONEL).

De outro lado, quando o profissional lança um diagnóstico fechado, tal como "Síndrome de Asperger", sem outra explicação, retira-lhe toda potência. Percebe-se então, que um achado libertador, como o fato de saber, quanto antes, o que se passa com uma criança cujas manifestações aludem ao Transtorno do Espectro do Autismo, produz um efeito contrário, pois a família fica atordoada frente a termo pesado, hermético, que a estigmatiza. Aqui a palavra estigma, utilizada para descrever a posição onde foi colocada a família, extrapola o significado de marca, cicatriz perdurável, encontrada no dicionário Priberam da Língua Portuguesa (PRIBERAM, 2014). Aproxima-se, então, ao conceito de estigma uma vez que aos ouvidos da mãe, "leve autismo", mesmo que ela não soubesse racionalmente de que se tratava, descreve a "coisa muito própria" do filho, junto com todas as características que ela reconhece não saber lidar, e que a partir desse momento adquiriam um valor social depreciativo (GOFFMAN,1988).

Até aqui, frente aos relatos, podemos deduzir práticas alheias ao acolhimento e ao cuidado em saúde. Práticas desavisadas de que o sujeito, neste caso o usuário, é uma pessoa-relação, cujas ações em saúde se tecem a partir dos posicionamentos dos servidores e dos serviços. Ao situar-se, o profissional da saúde, mesmo por um breve momento, no lugar do outro, daquele que solicita atenção, lhe é possível captar, através do sofrimento manifesto deste, tanto o risco de sofrimento futuro, como ações definidoras de um plano de cuidado integral da vida desse sujeito (YASSUI, 1989; MATOS, 2001; AYRES, 2001).

Estas colocações ganham força uma vez que as necessidades em saúde se produzem por um certo modo de agir em saúde ou pela omissão da ação. Assim, em base as omissões, necessidades de receber apoio, assessoramento e encaminhamentos adequados

foram geradas, junto com sentidos outros que referem à exclusão e à estigmatização.

De outro lado, considerando que a família esteja inserida na rede pública de saúde, ainda restam-lhe anos a mercê de posicionamentos imediatistas até chegar ao CAPSi. Isto, por conta de referências e contra-referências que catapultam a família de um serviço a outro, de um profissional a outro. Observamos que este tipo de encaminhamentos vazios afasta à família da produção de sentidos contundentes, responsivos às suas necessidades mais concretas de saúde:

tinha três anos de idade e na creche que viram que ele era muito agitado. Eles orientaram a levar no médico e aí contando pro pediatra, o pediatra chegou a conclusão de que ele tinha que passar pelo neuro, que ele realmente era.. tinha esse problema de déficit de atenção... Ele foi atendido pelo neuro, pelo pediatra, e tinha atendimento na escola duas vezes por semana na... que faz uns quatro anos que veio na multi sala... daí tinha uma psicóloga na policlínica também, eu sempre procurei, eu sempre fui atrás das coisas, ele já teve atendimento na psicóloga na Univali... ficou um ano.. que daí lá mudava muito... aqui no CAPSi faz dois anos e meio só que a gente tá que foi muito difícil bota ele aqui. O Gabriel tá com quinze anos agora (FAMÍLIA DE GABRIEL).

nunca tive uma resposta assim muito.. exata... não ele precisa de um tratamento, não ele não precisa, sempre ficava muito vaga por ele ser muito pequenininho... porque desde os dois anos ele vinha dando problema na escola com isso... então desde os dois anos eu tava procurando... aprendendo junto, porque eu não sabia pra que lado ir... então, levei num e noutra e não dava... ele chegou a fazer uma... uma entrevista no Centro Municipal de Educação Alternativa do Município (CEMESPI), mas disseram que não era caso do CEMESPI, mas também não me encaminharam pra cá... tipo, não me deram, ah não, talvez isso seja pro CAPSi, não, assim, ah não não é, isso aí deve ser adaptação, foi o que eu recebi no CEMESPI, aí voltou tudo pra trás...(FAMÍLIA DE LEONEL).

Do modo que lhes foi possível, as famílias garimpavam recursos durante anos a fim de fortalecer os filhos. Seja do lado da medicina, da psicologia (Policlínica; Clínica de Psicologia da Universidade Local), dos recursos da psicopedagogia escolar (multi-sala), ou ainda, institucional (CEMESPI), as falas deixam claro o longo percurso recorrido até chegar ao serviço especializado.

Todavia, nem sempre é a especialidade que eles precisam para atender suas necessidades de saúde. Percebamos que o CEMESPI, instituição que se ocupa de promover formas alternativas de aprendizagem e inclusão e atende crianças e jovens com deficiências intelectuais e físicas, não comporta os recursos para atender a problemática de Leonel, que apresenta desde cedo indícios de sofrimento mental. Entretanto, foi encaminhado para lá.

Cada família, em maior o menor medida, arca o custo de algum desvio quando na hora de encaminhar. A vida da família fica amarrada em volta de um circuito de inconsistência assistencial que provoca um desgastante psicossocial, pois os obriga a deambular pelos serviços em vão. Isto denota, em princípio, a falta de um fio condutor, sem pretendermos dar a entender algo ininterrupto, senão um contínuo delicado de atos responsivos que se costurassem para dar amparo, orientação, atenção em saúde e que nascessem, necessariamente, a partir do encontro.

Os processos de trabalho em saúde são relações intercessoras, pois se produzem em ato, uma vez que o cuidado à saúde é um trabalho vivo (MERHY e FRANCO, 2003). Logo, o fio condutor refere à intencionalidade clara de responsabilizar-se pelo outro, não por sua vida, nem pelo sofrimento, referimo-nos ao destino assistencial do próximo passo.

Uma vez no CAPSi, entretanto, as famílias referem uma mudança de perspectiva. Quando perguntamos como percebem os cuidados dispensados no serviço, referem apoio e algum tipo de participação:

mas, aí, ele começou aqui foi muito bom já começou a vir na psicóloga ele, eu no grupo de família e já mudou cem por cento. Eu ... agora participo.. porque... eu sei eu.. já já entendi.. que sozinha não posso conduzi ele, só com a medicação(FAMÍLIA DE GABRIEL).

a psicóloga conversou bastante comigo... do jeito dele ser ...me orientaram... me abriram meus olhos.... que o que eu tava fazendo era mal... então eu estou... aprendendo...Estou lidando bem mais, com muita mais paciência... que antigamente eu não tinha paciência nenhuma... agora eu ainda... converso... antes não tinha papo... Eu acho que todos os cuidados, tanto como pra mim, como pra ele...eu... com meu filho eu tinha assim uma raiva... dele... então eu fui bem orientada (FAMÍLIA DE RICARDO).

a gente mora meio longe... então...eu estou trazendo ele e estou participando, eu quero participa, quero fica por dentro quero fica ligado, pra ficar sempre junto com ele pra... até porque eu acho que eu preciso mais né... de estar participando porque lá em casa o mais explosivo era eu já mudei muito (FAMÍLIA DE DANIEL).

É... a profissional é... bem... como é que eu vou dizer... parece bem capacitada para lidar com os pais... de maneira geral... quando você já chega assim meio que atrasada... assim né que... o bom seria antes... agora eu já estou meio que descolada já nessa parte... então... é mais para ter o acompanhamento dele mesmo (FAMÍLIA DE NELSON).

Neste ponto das entrevistas as famílias parecem animar-se, sentir-se com maior disposição. Percebe-se nas falas um sentido de pertencimento enquanto relatam as oportunidades de orientação, apoio, compreensão mais abrangente dos problemas que acometem os filhos, aconselhamento quando solicitado e, sobretudo, desejo de participar, de estar presente, de contar com o outro. Entendemos isto como avanço, sem por isso perder de vista a composição

inteira da obra, pois como superar o tempo calendário e acolher as marcas que vem sendo talhadas há tantos anos?

A relação entre CAPSi e família é determinada por uma produção de necessidades da sociedade contemporânea que acaba fechando as possibilidades de diálogo. A família participa, sobretudo escuta, recebe apoio e orientação, porém sobre o que foi instituído, nada novo surge da relação. Ao final das contas, o lugar da família como coprodutora, coeditora das possibilidades de vida dos filhos, de um modo ou de outro, continua silenciado.

2.2 O peso da norma e a demanda institucionalizada

Dada a contextualização da trajetória das famílias até o CAPSi e as diversas situações e participações nela contidos, buscamos neste momento refletir sobre as múltiplas vozes que demandam pelo controle de alguns comportamentos que vão ao encontro da manutenção de uma ordem social também evidenciados nas falas dos entrevistados, controles esses que são solicitados por instituições, seja pela escola, família entre outros, até que as crianças chegassem aos atendimentos no CAPSi.

São falas que chamam a atenção para um descolamento dos comportamentos de crianças como se os primeiros fossem entidades independentes prontas a serem disciplinadas, controladas, corrigidas e medicalizadas, ignorando desta forma todo o contexto de necessidade de saúde que permeia o indivíduo.

A voz da escola, por vezes citada como colaboradora, aquela que se co-responsabiliza pelos cuidados da criança, é apontada pela maioria das famílias na sua face demandante, aquela que exige à criança atender as normas da instituição, mesmo que a inquietação desta precise ser silenciada com medicação, seja esta pertinente, ou não.

Também foi mencionado o Conselho Tutelar procurado pela família como recurso de proteção, entretanto, este sugere à família abrir mão do filho e deixa-lo a sua sorte, como refere a mãe de Eduardo. Esta mãe buscou, na referida instituição, um lugar de

assessoramento e orientação diante das dificuldades de lidar com os comportamentos de rebeldia do filho adolescente, como aponta sua fala “[...] eu tava desistindo dele, antes de fazer qualquer... burrada na vida.. eu procurei o Conselho Tutelar, aí a única coisa que me disseram... o conselheiro falou assim.. eu não tenho o que fazer... larga a mão...”.

Diante de orientações que funcionam ao avesso, tais como nos conta a mãe de Nelson “leva o teu filho pro psicólogo...[...]”, vinda do médico sem perceber que isso soa estranho à mãe, como expressa esta fala “uma coisa muito assim estranha, levar no psicólogo? Nem sabe o que meu filho tem... não conhece ele... não sabe o que ele gosta de comer... não sabe o que ele gosta de vestir...”, pois a desorientam.

Respostas descompromissadas, tais como a dada pelo Conselho Tutelar, ou de escolas que associam problemas de aprendizagem com saúde mental, sem perceber que o comportamento de uma criança pode responder a múltiplos fatores, como aconteceu com Ricardo, como nos conta sua mãe “as professoras me ligaram três vezes... mal começou o ano... mesmo ele sentando lá na frente ele não... não presta atenção” Não consegue? Perguntamos-lhe, “não... não consegue...”. Logo fomos descobrir que o menino tem hipermetropia e precisa usar óculos, pois sem esse recurso o que não consegue é enxergar.

Outras, ainda, negligenciam condições de aprendizagem a uma criança com deficiência intelectual, que não aprende e só para de série em série “os professores falam que é a... única coisa que eles podem fazer” (FAMÍLIA DE EDUARDO).

Às famílias, resta-lhes pouco a fazer. Seja por isso que o passo mais frequente é ceder à sedução de uma biopolítica gerida na medicalização compulsiva das crianças e adolescentes, tal como referem, de forma maciça, as falas dos entrevistados.

Crianças como Ricardo considerado como sendo “muito agitado... muito hiperativo, muito... enérgico assim sabe, uma energia tremenda”, características essas referidas na fala da mãe que diz “eu não tinha muita paciência com ele” indicando desta forma o

desconforto que surge na relação vivida entre mãe e filho por conta do comportamento deste. Crianças que tem seus comportamentos vistos como inapropriados ou inadequados e que rompem com as formas básicas de aprendizagem em um sistema educacional que muitas vezes está a serviço, como nos mostra o campo, a uma ordem social e, com isso tendo como destino a medicalização como forma a dissipar essa assimetria em face a outras crianças:

[...] na época eu não, não aceitava porque assim ó, ele ia pra sala de aula e ele quase que dormia, ele tomava o remédio durante o dia, ele quase que dormia na sala, ele ficava sonolento, e eu não concordava com aquilo porque daí o menino ficava robótico, aí até no início eu falei que pras professoras era mais fácil ele tá lá dormindo do que ele tá lá agitado aprendendo né, elas fica chamando atenção, daí foi cogitado, até certo ponto elas concordaram comigo, que ele não precisava (FAMÍLIA DE DANIEL).

A fala acima, nos conduz à evidência de situações nas quais muitas vezes as relações são dificultadas em decorrência de questões que vão pra além da necessidade de saúde em si, são crianças agitadas, que fazem parte de famílias que não possuem conhecimento necessário acerca do que acontece com seus filhos, no sentido de não darem espaço a possibilidades outras de vida que não o silenciamento desses comportamentos, ressaltando o quanto a família muitas vezes legitima a voz da escola com seus procedimentos. Quando perguntamos como está o filho, a mãe responde:

tá mais assim, tranquilo, é porque ele, eu estou deixando ele brincar bastante antigamente eu não deixava ele muito pra rua, eu não gostava de... que ele fosse pra rua...mas agora eu estou deixando ele ali na frente de casa... no campinho... [...] tira um pouco das energias... daí ele está melhor, ele fica mais comportadinho, mais educado, é porque ele estava bem faltando bastante de... de... de... educação... nele.. e respondia... bastante (FAMÍLIA DE RICARDO).

Diante disso percebe-se a “naturalização de uma estrutura social sustentada na perspectiva indivíduo-família” (SCHEINVAR, 2006, p.50), que vem ocorrendo por intermédio de uma normalização jurídica, do discurso pedagógico e das práticas profissionais que tem sido propostas. A família acaba constituindo o que vem a ser um espaço privado e sendo-lhe conferida a responsabilidade pelos seus membros, ou seja, a escola solicita, e a família precisa dar conta desta demanda, nota-se então a produção de efeitos originados pelas práticas familiares, tanto no que diz respeito ao um espaço privado quanto em um espaço público e estes dois, provenientes de um conjunto de ações de controle disciplinar, ainda que ambos sejam ligados e produzidos concomitantemente, percebe-se por meio das falas que qualquer contradição com a conformidade no comportamento das crianças é boicotado no sentido de aliená-los à norma. A norma não exclui, não rejeita, pelo contrário, a norma traz consigo uma técnica positiva de transformação e intervenção, visto que a norma qualifica e corrige (FOUCAULT, 2001), isso tudo atrelado ao seu poder normativo, como nos remete essa fala:

ele era agitado e tudo assim, mas ninguém percebeu antes, ele começou na escola mesmo com dificuldade de concentração, de se concentra, não se concentrava no que a professora ensinava e muito agitado aí a gente trouxe... hoje ele toma remédio (FAMÍLIA DE EDUARDO).

É importante refletir ao que nos conduz o exposto acima sobre uma intervenção que vem no sentido de alinhar o comportamento da criança às demandas institucionais, e não no sentido de trazer um bem estar ao indivíduo, mas responder à ordem pública que é demandada, sobre uma estrutura social que destitui o ser de individualidade, ou que atribui a ele uma individualidade permeada pela normatização e isto nos remete a procedimentos da Idade Média, quando:

os inspetores deviam passar diante de cada casa, parar e fazer a chamada. A cada indivíduo era atribuída uma janela à qual devia

se mostrar e, quando chamavam seu nome, ele devia se apresentar nessa janela, estando entendido que se não se apresentava é que estava de cama; e, se estava de cama é que estava doente; e, se estava doente é que era perigoso. E, por conseguinte era necessário intervir (FOUCAULT, 2001, p.57).

Essa citação nos coloca a forma de organização e inclusão que é feita por meio de definir onde o sujeito deve estar presente e a forma como é monitorado, e deixa à mostra a invenção das tecnologias positivas de poder, sendo esse um processo histórico fundamental que age por meio do controle, da observação, multiplicando saberes e efeitos de poder, atravessando o domínio da educação, medicina e inclusive produção industrial (FOUCAULT, 2001). Esse movimento de controle ganha força na virada dos séculos com a emergência do campo sintomatológico da Psiquiatria, ao qual diversos comportamentos como, por exemplo, indisciplina, desordem, indocilidade e agitação poderiam ser psiquiatrizados, e com isso normatizados.

De acordo com essa contextualização histórica, que vem no sentido de ampliar o entendimento acerca de como surgiu a norma, podemos observar o que responde a mãe quando lhe perguntamos sobre a contribuição dos óculos:

Não, aí ele deu uma melhorada na escola, deu até uma melhorada assim sobre a escrita dele, ele melhorou até bem, agora o comportamento ainda não... assim, porque ele é sempre agitado, ele não para, ele é movido a 220 pra mais... é super agitado...(FAMÍLIA DE RICARDO).

A voz acima traz notícias de um indivíduo com diagnóstico de hipermetropia, e mesmo com o uso dos óculos, embora haja uma melhora no rendimento escolar, não há melhora no comportamento. A partir da afirmativa de sua mãe, podemos propor a seguinte reflexão, se o rendimento escolar melhora, mas ainda há a questão do comportamento, qual é efetivamente a demanda que está sendo reclamada?

Contudo, pensar na ação da psiquiatria é um paradoxo e porque não dizer um desafio, tendo em vista que vem sendo utilizada como instrumento normatizador e de controle, há séculos. No entanto, não podemos fechar os olhos diante de crianças que precisam de apoios outros, que apelam a uma clínica abrangente, não focada em disciplinar comportamentos, senão atenta aos processos psicossociais e a produção de autonomia como evoca a demanda implícita na falas a seguir:

agora ele toma a Ritalina.. e Risperidona.. e Fluoxetina... porque o Fluoxetina entrou agora mês passado.. O médico passou porque eu questionei porque ele é muito agitado sempre a mil por hora, eu questionei com o Dr que quando eu tomo fluoxetina, que eu tomo, eu fico bem, me tira essa irritação, essa agitação, que eu tenho as vezes eu fico bem irritada, eu já sinto que é falta do meu remédio, aí o médico constatou que se ele tem a mesma genética minha poderia da certo pra ele e deu a fluxetina (FAMÍLIA DE EDUARDO).

ele entrou como depressão... medicaram...tudo... mas ele foi mudando... aí , a psiquiatra achou que ele talvez fosse bipolar... aí ela mudou a medicação pra bipolar... aí ele ficou pior... aí ela voltou com a medicação só da depressão... aí foi indo assim, foram trabalhando nisso pra ver... ele chegou a tomar quatro tipos de remédio junto... e aí eu não vi mais resultado nenhum.. porque daí bagunçou (FAMÍLIA DE LEONEL).

Nota-se pelas falas que não se buscou investigar profundamente ao ponto de dar recursos a uma saúde digna, desvirtuando a real finalidade de produzir saúde e alargar a vida. Não discutimos a necessidade de tomar ou não medicação, e sim as condições como estas medicalizações acontecem.

Percebe-se, por um lado a falta de escuta qualificada, uma vez que se infantiliza à mãe levando-a a acreditar que a Fluoxetina responde a condições genéticas, por outro, a tomar a criança como campo de experimentação. Precisamos ampliar nosso olhar para a

questão da doença, pois a mesma de modo algum poderá ser vista por ela mesma, pois a doença habita um corpo, e este mesmo corpo está inserido em um território, em um contexto, e ambos por intermédio do adoecimento ou da doença, comunicam algo (FIGUEIREDO e FURLAN, 2008).

Considerações Finais

Neste estudo procuramos conhecer como as relações entre as famílias de usuários e o CAPSi do Município de Itajaí, SC, produzem necessidades de saúde mental e qual o lugar das famílias nestas relações.

É lugar comum, nas falas das mesmas, trajetórias que denotam dificuldades de acesso ao serviço, circuitos difusos, de idas e voltas, de (des)encontros que vão dando materialidade, às vezes com nome e endereço, às necessidades de saúde dos usuários até torná-las institucionalizadas.

Em geral, as famílias sabem por onde começar, se aproximam de uma Unidade Básica de Saúde para pedir ajuda pela primeira vez, mas dificilmente fique tão claro para eles, como continuar. Os relatos mostram descontinuidades na trilha assistencial, os problemas iniciais vão mudando de face e aumentando o sofrimento, ao tempo que a falta de informação e orientação adequada impedem às famílias de saber o que se passa com seus filhos. Ninguém conta para eles e o tempo se passa depressa.

As crianças entram na rede de saúde em torno dos 2 e 3 anos de idade e demoram anos até chegar a receber atendimento em um serviço especializado, em geral por indicação da escola. No final, o giro da roda aponta ao CAPSi. A família, nessa instância, ocupa um espaço existencial rodopiante, assim, acata o que está posto e não discute, porém com uma demanda hermética, pois formatada por relações outras e pressupostos inquestionados, sejam da escola, de instituições de ensino especializadas, da psicopedagogia, dos outros serviços de saúde, da pediatria, da neurologia, da psiquiatria, da fonoaudiologia, e, do Conselho Tutelar. Instituições e vozes que,

de acordo aos relatos das famílias, antecederam a chegada ao CAPSi.

Como quebrar o que está posto? Como abrir espaço para que a família possa ocupar lugares outros e ganhe autonomia? Necessário se faz que outras relações sejam construídas e que estas estejam fundamentadas na prática e o pensamento coletivos; a voz da família precisa ser escutada. Isto se inicia no ato de cuidar da saúde de outro, uma vez que se percebe no ato assistencial a possibilidade de gerir projetos com um certo grau de permanência e abrangência, que deem conta do ser humano na sua integralidade, cientes de que, ainda na doença, aquele que sofre, afirma-se à existência.

Em se tratando do CAPSi pode-se entender a vasta complexidade e os desafios que se impõem na construção destes encontros e relações diariamente, visto que a princípio o contato é muito frágil, rompido ao menor descuido. Portanto, atenção e cuidados especiais são necessários, seja no que diz respeito à sementeira do primeiro vínculo que começa no momento crítico da busca do serviço, em que alguém da família se apresenta com a criança, ou adolescente, procurando uma resposta, uma solução, um destino possível para o sofrimento que abala a família. Podemos afirmar que quando se trata de cuidar da saúde de uma criança, o ato de cuidado precisa, necessariamente, aumentar em tamanho e complexidade. Dar conta da integralidade de uma criança requer, entre outras coisas, da capacidade de produzir alianças cuidadoras atentas às necessidades da família.

É relevante, no âmbito da saúde ampliar as leituras e manter aquecidas as reflexões a fim de reivindicar a posição de autonomia de usuário e família. Pois, diante dos processos psicossociais percebidos através dos relatos, um quadro vívido de sofrimento ético-político emerge do cotidiano; questões sociais que afetaram o corpo e a alma, neste caso dos usuários e famílias, e lhes tiraram a vida de formas diferentes.

Referências

AYRES, J.R.C.M. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n1, p. 63-72, 2001.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra.** 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 07 de mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001.** Brasília (DF), 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 03 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Brasília (DF), 1990. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080.htm>>. Acesso em: 03 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 04 fev. 2015.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída.** In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (orgs). A Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos. 2 ed. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2005, p. 91-101.

CAMPOS, S. M. S.; MISHIMA, S. M. **Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 21(4):1260-1268, jul-ago, 2005.

FIGUEIREDO, M. D. e FURLAN, P. G. **O subjetivo e o sócio-cultural na co-produção de saúde e autonomia.** In: CAMPOS, G. W. S. (Org.) Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 06 de maio de 2015.

FOUCAULT, M. **Os Anormais:** curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GOFFMAN, E. **Estigma:** Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Tradução de Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

GUARESCHI, P. **Psicologia Social Crítica:** como prática de libertação. 4 ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

ITAJAÍ. Secretaria de Saúde Municipal de Itajaí- Departamento de Atenção Integral à Saúde - Colegiado de saúde mental - **Comissão para políticas de saúde mental:** uma proposta para a saúde mental de Itajaí, manuscrito compilado em setembro de 2006.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões a cerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. **Por uma composição do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves.** Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 27, n 64, p.316-323, set./dez., 2003.

NUNES, E. D. **Saúde coletiva:** uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G.W.S. et al (orgs). Tratado em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

OLABUENAGA, J. **Metodología de la investigación cualitativa.** Bilbao: Universidade de Deusto, 1996.

ROSA, L. **Transtorno Mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez, 2003.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão.** São Paulo: Vozes, 1999.

SCHEINVAR, E. **A família como dispositivo de privatização do social.** Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 58, n. 1, 2006. Disponível em: <
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arpb/v58n1/v58n1a06.pdf>>
Acesso em: 14 set. 2014.

VICTORA, C.; KNAUTH, D. HASSEN, M. N. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

YASUI, S. **CAPS:** aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (org.). SaúdeLoucura. São Paulo: HUCITEC, 1989, v.7, p. 47-59.

YASUI, S. **CAPS:** estratégia de produção de cuidado e de bons encontros. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, AP; SILVA JUNIOR, A.G. e MATTOS R. A.(orgs.). Desinstitucionalização da saúde

mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS:ABRASCO, 2007, p. 155-167.

Recebido em 14/10/2016 e
aceito em 13/12/2016.

Resumo: Procuramos conhecer como as relações entre as famílias de usuários e o Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi) do Município de Itajaí - SC, produzem necessidades de saúde mental e qual o lugar das famílias nestas relações. Tomou-se como campo o contexto de seis famílias de usuários do referido serviço através de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Os resultados apontaram a invisibilidade das necessidades de saúde das famílias, estas marcadas por trajetórias que se alastram durante anos pelos serviços de saúde sem obter resposta. Quando chegam ao CAPSi, suas necessidades de saúde estão institucionalizadas. O CAPSi oferece apoio e orientação, contudo, as possibilidades de construir novas subjetividades percebe-se limitada. A pesquisa visa oferecer dados sobre o universo subjetivo desses atores, a fim de contribuir no desenvolvimento de estratégias de intervenção em saúde, na busca de uma melhor resolutividade para as necessidades em saúde mental emergentes neste processo.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Atenção à saúde, Necessidades.

Title: The family place of the Centro de Atenção Psicossocial Infantil users in the town of Itajaí-SC, on the production of mental health needs.

Abstract: We aimed to comprehend how the relationships between users' families and the Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) of Itajaí - SC, produce mental health needs, and the role of the family in these relationships. The study involved six families of users of the service, through an exploratory qualitative approach. The results highlighted the invisibility of the health needs of the families, which, historically, wait for years in the service, without receiving any response. When they arrive at CAPSi, their health needs are institutionalized. The CAPSi offers support and guidance; however, the opportunities to build new subjectivities appear to be limited. The research seeks to offer data on the subjective universe of these actors, in order to contribute to the development of strategies for health intervention, in search to improve the resolution of mental health needs that emerge from this process.

Keywords: Sistema Único de Saúde, Health care, Needs.
