



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS – CCHL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS - PPGPP

DIAPONIRA VITÓRIA DA SILVA SANTOS

PRISÃO OU PROTEÇÃO: a percepção das famílias que mantem a pessoa com transtorno mental em cárcere privado na zona norte de Teresina-PI.

TERESINA
2017

DIAPONIRA VITÓRIA DA SILVA SANTOS

PRISÃO OU PROTEÇÃO: a percepção das famílias que mantem a pessoa com transtorno mental em cárcere privado na zona norte de Teresina-PI.

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação da Prof^a.Dr^a. Lucia Cristina dos Santos Rosa.

TERESINA
2017

DIAPONIRA VITÓRIA DA SILVA SANTOS

PRISÃO OU PROTEÇÃO: a percepção das famílias que mantem a pessoa com transtorno mental em cárcere privado na zona norte de Teresina-PI.

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas, sob a orientação da Prof^aDr^a Lucia Cristina dos Santos Rosa.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Lúcia Cristina dos Santos Rosa (Orientadora)

Profa. Dra. Solange Maria Teixeira (Examinadora Interna)
Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Emanuel José Batista de Lima (Examinador Externo)
Universidade Estadual do Piauí

TERESINA
2017

Este trabalho é dedicado ao meu amigo Fábio Cardoso (*in memoriann*) pela dedicação ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Norte e por ter sido tão solícito aos usuários, profissionais e a mim enquanto pesquisadora, contribuindo fundamentalmente para a realização das entrevistas.

AGRADECIMENTOS

- A *DEUS*, razão de tudo em mim, pelo amor incondicional, pelos milagres diários e por derramar sobre a minha vida a Sua infinita misericórdia;
- À minha mãe, *MARIA DAS DORES MENDES DA SILVA PEREIRA* por ter me amado acima de tudo, por ter me dado a melhor educação possível e também por, apesar de tudo, ter sempre investido e acreditado em mim;
- Ao meu irmão *TUPINAMBÁ MESSIAS DA SILVA*, pelo imenso amor que sente por mim, pela amizade, cumplicidade, companheirismo, por sempre estar ao meu lado quando preciso;
- À Aos meus sobrinhos *TUPINAMBÁ JUNIOR E JOÃO VÍTOR*, pelo simples fato de existirem e fazerem de mim a tia mais feliz do mundo;
- A *TODOS OS MEUS FAMILIARES* pelo amor, cuidado, orgulho, apoio e incentivo;
- A *TODOS OS MEUS AMIGOS* que, perto ou longe, estiveram enviando energias positivas e sempre estiveram prontos para me socorrer nas minhas horas de agonia;
- Aos novos amigos que o Mestrado me concedeu, em especial, a *ADRIELLY E KÁTIA*, verdadeiros anjos que me apoiaram durante todo o caminho até aqui, e também *TALITA e LUCIANA*, com quem compartilhei as angústias do final desse processo;
- Aos meus amigos da comunidade Morada Nova da Paróquia Nossa Senhora da Imaculada Conceição, em especial, a *PAULO VICTOR* que sempre demonstrou especial preocupação com a minha conclusão do Mestrado e sempre estava a me incentivar nesta reta final;
- À *FRATERNIDADE MISSIONÁRIA MARIA MÃE DE DEUS*, em especial a *FREI ÂNGELO* pela preocupação e orações;
- Ao *JUAREZFILHO* por, apesar de todos os pesares e seja de que forma for, estar ao meu lado quando eu preciso sempre tão disposto a me apoiar e me auxiliar nas minhas dificuldades;
- À *pro^{af}. Dr^a LÚCIA ROSA* por acreditar em mim quando nem eu mesma acredito, pela paciência e compreensão, pelas referências e orientações dadas, e por ser uma referência para minha vida acadêmica e profissional;

- À profª Drª *SOLANGE TEIXEIRA* e ao prof. Dr. *EMANOEL LIMA* por aceitarem fazer parte da banca e por todas as contribuições dadas na realização deste estudo;
- À *EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E FUNCIONÁRIOS DO CAPS II SUL*, em especial à *SAYONARA*, irmã que a vida me deu, por ter me apoiado e compreendido às minhas ausências nesta reta final;
- À *EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E FUNCIONÁRIOS DO CAPS II NORTE*, por contribuir com a minha pesquisa e sempre me acolher com tanto carinho;
- *A TODOS AQUELES QUE ACREDITARAM E TORCERAM POR MIM.*

"[...] Não mereci chegar onde estou, mas se cheguei aqui eu quero então fazer valer à pena toda dor, levando esperança a esse povo sofredor [...]"

Juliana de Paula

RESUMO

Esta pesquisa discute sobre a percepção que as famílias têm em relação à manutenção da pessoa com transtorno mental em “cárcere privado”. Trata-se de um estudo qualitativo, que contou com levantamento bibliográfico, pesquisa de campo, observação, análise documental, sendo utilizados ainda questionário e entrevista semiestruturada. Fizeram parte da pesquisa cinco cuidadores de pessoas com transtorno mental em “cárcere privado”, que são atendidos no Centro de Atenção Psicossocial, CAPS II Norte, na cidade Teresina-PI. Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo, sendo organizados em cinco eixos de discussão: 1) Quem são as pessoas com transtorno mental em situação de “cárcere privado”, suas famílias e seus cuidadores; 2) Vulnerabilidades sociais; 3) Motivos para a manutenção do “cárcere privado”; 4) Relação com os serviços de saúde e comunidade; 5) Percepção das famílias em relação ao “cárcere privado”. Verificou-se a predominância de cuidadores idosos, famílias monoparentais sob responsabilidade feminina, e precariedade na rede de suporte primária e secundária. Constatou-se, que a manutenção do “cárcere privado” está associada ao medo e à desconfiança no convívio com a pessoa com transtorno mental, além da insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações. Foi possível identificar que as famílias referem utilizar desse fenômeno por proteção, seja em relação aos cuidadores, seja em relação às próprias pessoas com transtorno mental e pressão da rede de vizinhança. Portanto, cabe a necessidade de repensar o “cárcere privado” como desafio, no sentido de não apenas culpabilizar as famílias que o utilizam, mas de compreender a complexidade que envolve cuidar de uma pessoa com transtorno mental e construir novas formas de cuidado junto a essas famílias, apontando novas possibilidades e estratégias.

Palavras-chave: Família; Saúde mental; Cuidado; Cárcere Privado.

ABSTRACT

This research discusses the perception that families have regarding the maintenance of the person with mental disorder in "privateprision". This was a qualitative study, which included a bibliographic survey, field research, observation, documentar analysis, and a questionnaire and semi-structured interview were used. Five caregivers of people with mental disorder in "privatejail" were included in the study. Attended at the Psychosocial Care Center, CAPS II Norte, in the city of Teresina-PI. The data were analyzed based on the content analysis, being organized in five axes of discussion: 1) Who are the people with mental disorder in situation of "privateprision", their families and their caregivers; 2) Social vulnerabilities; 3) Reasons for the maintenance of the "privatejail"; 4) Relationship with health services and community; 5) Perception of families in relation to the "private prision". There was a predominance of elderly caregivers, single-parent families under female responsibility, and precariousness in the primary and secondary support network. It was observed that the maintenance of the "privateprision" is associated with fear and distrust in living with the person with mental disorder, besides in security and discomfort in the face of the unpredictability of their actions. It was possible to identify that families refer to the use of this phenomenon by protection, either in relation to caregivers, or in relation to the people with mental disorder and pressure from the neighborhood network. It is therefore necessary to rethink the "privateprision" as a challenge, not only to blame the families who use it, but to understand the complexity involved in caring for a person with a mental disorder and to construct new forms of care with them. Families, pointing out new possibilities and strategies.

Keywords: Family; Mental Health; Care; Private Prison.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Sexo das pessoas com transtorno mental.....	54
Tabela 2 -	Idade das pessoas com transtorno mental.....	55
Tabela 3 -	Diagnóstico das pessoas com transtorno mental.....	55
Tabela 4 -	Sexo dos cuidadores.....	55
Tabela 5 -	Idade dos cuidadores.....	55
Tabela 6 -	Estado civil dos cuidadores.....	56
Tabela 7 -	Escolaridade dos cuidadores.....	56
Tabela 8 -	Renda familiar.....	56
Tabela 9 -	Composição Familiar.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Família Alves.....	57
Quadro 2 -	Família Brito.....	58
Quadro 3 -	Família Cardoso.....	58
Quadro 4 -	Família Dias.....	58
Quadro 5 -	Família Passos.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Equipes Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio da Família
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIA	Rede Instituições e Articulação
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TAC	Termos de Ajustamento de Conduta

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPITULO II	
ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E FAMÍLIAS	24
2.1 Estado e Políticas Públicas: breve conceituação	24
2.2 Famílias e Políticas Públicas: a intervenção estatal	31
CAPÍTULO III	
FAMÍLIAS E REFORMA PSIQUIÁTRICA: contextualização, dilemas e desafios	35
3.1 A Reforma Psiquiátrica: do nacional ao local	35
3.2 As famílias no contexto da Reforma Psiquiátrica	42
3.3 O cárcere privado na Saúde Mental	45
CAPÍTULO IV	
FAMÍLIAS E VULNERABILIDADES SOCIAIS: as situações de cárcere privado na saúde mental	53
4.1 Quem são as pessoas com transtorno mental em situação de cárcere privado, suas famílias e seus cuidadores?	53
3.1.1 <i>Perfil socioeconômico</i>	53
4.1.2 <i>Caracterizando as famílias</i>	55
4.2 Vulnerabilidades sociais	57
4.3 Motivos para a manutenção do cárcere privado	62
4.4 Relação com os serviços de saúde e comunidade	68
4.5 Percepção das famílias em relação ao cárcere privado	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	87

INTRODUÇÃO

A família é um grupo historicamente situado e datado. É produto da determinação histórico-social, tendo como função assegurar a reprodução dos seres humanos na dimensão biológica, socioeconômica e ideológica, portanto primeira esfera de formação do cidadão.

É um primeiro espaço de proteção social, sendo encarregada de prover os cuidados primários, a socialização, o sentimento de pertencimento, sendo fonte de apoio, mas, também espaço de tensões e conflitos (BRUSCHINI, 1989).

No geral, a experiência com uma pessoa com transtorno mental na família é vivenciada como algo inesperado. Nenhuma família ou familiar cuidador está preparado para produzir cuidado a uma pessoa adulta com transtorno mental, sendo lançada a várias situações e contextos desafiantes, desconhecidos/inéditos.

Segundo Colvero *et al* (2004), as famílias de pessoas com transtorno mental apresentam demandas diversas entre elas: a dificuldade em lidar com as situações de crise vividas, os conflitos familiares emergentes, a culpa, o pessimismo por não ver uma saída para os problemas enfrentados, as dificuldades materiais e também com a complexidade do relacionamento com a pessoa com transtorno mental, além do desconhecimento do transtorno mental, ainda percebido como um enigma e, tantas outras insatisfações.

Frente a tantas dificuldades e sem receber a devida atenção pelas políticas públicas, as famílias vão construindo suas próprias estratégias para produzir cuidado, pois são cobradas pelos serviços de saúde e pela própria comunidade, sobretudo em circunstâncias em que a pessoa com transtorno mental apresenta em momentos de crise, comportamentos inconvenientes ou considerados inadequados socialmente. Às vezes, por não enxergar saída, as famílias acabam por utilizar-se do “cárcere privado” na lida cotidiana da pessoa com transtorno mental.

“Cárcere privado”, para efeitos desta pesquisa, é entendido como confinamento de um sujeito em cômodo particular isolado (DRAGO, 2010), aqui especificamente da pessoa com transtorno mental.

Ressalta-se que, segundo o Código Penal Brasileiro em seu artigo 148, o cárcere privado é definido como crime contra a liberdade pessoal, caracterizado basicamente pela privação de liberdade, de locomoção ou retenção do direito de ir e

vir do indivíduo, no local onde ele se encontra, desconsiderando sua condição de sujeito de direitos e, como tal, de cidadão.

Embora definido como crime, esta pesquisa pretende evidenciar a necessidade do diálogo entre a Política de Saúde Mental e o Sistema de garantia de direitos, tendo em vista que o “cárcere privado” da pessoa com transtorno mental precisa ser compreendido a nível macrossocial e não de forma simples e isolada, resolvida em sua imediaticidade por meio de denúncia e intervenção jurídica sobre essa situação.

Analisar as situações de “cárcere privado” da pessoa com transtorno mental traz a necessidade de olhar além do âmbito microfamiliar, indicando que para que ocorra, de fato, a transformação dos modelos asilares torna-se urgente que sejam transformadas também as relações das famílias e, principalmente, da comunidade, junto à pessoa com transtorno mental. É preciso que se estabeleçam ações de vínculo, acolhimento e suporte entre os sujeitos envolvidos: familiares, profissionais de saúde, e comunidade:

A complexidade do fenômeno exige que as ações propostas sejam radicais, no sentido de abordarem os fundamentos e a totalidade do que é objeto de transformação. Não basta à reforma abrir serviços, ela deve deixar o limite da assistência e se configurar como processo sociocultural. (DIAS; FERIGATO; BIEGAS, 2010, p. 70)

Nesse sentido, verifica-se que, para além de um crime encerrado simplesmente no âmbito jurídico, o “cárcere privado” que envolve a pessoa com transtorno mental constitui um fato histórico e sociocultural que reproduz discursos e práticas de uma cultura manicomial, compreendida como “um conjunto de concepções que implica práticas de isolamento, segregação, infantilização, maus-tratos e descaracterização do louco como sujeito e cidadão” (DIAS; FERIGATO; BIEGAS, 2010, p. 49).

O trabalho como Assistente Social da Fundação Municipal de Saúde em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) permitiu a aproximação com várias manifestações da questão social, dentre elas, aquelas envolvendo os grupos familiares que acabam por submeter a pessoa com transtorno mental ao “cárcere privado”, comumente, sem saber que estão cometendo um crime. Vale destacar que desde a graduação o estudo e a atuação sobre a Política de Saúde Mental fez parte

dos meus interesses e cotidiano. Como bolsista no Programa de Iniciação Científica, estudei “A experiência do adolescente com transtorno mental” no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil Dr. Martinelli Cavalca no município de Teresina, local onde também realizei Estágio Supervisionado I e II, disciplina do Curso de graduação em Serviço Social. Tal serviço também foi o lócus da minha pesquisa de conclusão de curso “Avó – a contínua arte de ser cuidadora”, na qual estudei as avós que cuidavam dos netos com transtorno mental em acompanhamento no CAPS i. Após a conclusão do curso, atuei por um ano na Política de Assistência Social, porém logo fui convocada em concurso na Fundação Municipal de Saúde, sendo lotada no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Sul, local onde trabalho desde janeiro de 2011. Na Fundação Municipal de Saúde foi possível atuar também no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Norte, por meio da realização de substituições de férias de outras Assistentes Sociais do referido serviço. Nos diversos períodos em que estive no CAPS Norte, a vivência do cárcere privado da pessoa com transtorno mental, mesmo após a implantação de serviços comunitários, típicos do processo de Reforma Psiquiátrica, despertou o meu interesse pelo estudo deste fenômeno.

Nesse cenário, observei a necessidade de maior compreensão sobre essa realidade, o que permeia as principais indagações norteadoras da presente pesquisa: **Quais as percepções dos familiares sobre o “cárcere privado”? O “cárcere privado” constitui estratégia de proteção ou punição, na concepção de familiares cuidadores? Como se configuram essas famílias? Que vulnerabilidades encontram-se subjacentes ao cárcere privado?**

Nessa perspectiva, é necessário compreender as circunstâncias que envolvem as situações de cárcere privado na saúde mental, visto que a Política de Saúde Mental atual define as famílias como parceiras e co-responsáveis na assistência e cuidado com a pessoa com transtorno mental, recaindo sobre elas a função de cumprir com esse papel de agente de proteção social em conjunto com o Estado e, por que não dizer, na ausência ou restrição dele.

Desta forma, esta pesquisa tem como **objetivo geral** analisar a percepção das famílias têm em relação à manutenção da pessoa com transtorno mental em “cárcere privado” e, como **objetivos específicos**, mapear essas famílias, analisando o perfil sociodemográfico das mesmas, além de verificar os determinantes da

manutenção do cárcere privado e identificar os tipos de suporte e apoio social com as quais os cuidadores familiares podem contar.

Investigar e compreender os contextos de **vulnerabilidades sociais** em que estão inseridas essas famílias, bem como verificar quais tipos de suporte social elas contam, contribui não apenas para identificar situações ou possibilidades, mas ensejar mudanças nas ações da Política de Saúde Mental voltadas para as próprias famílias que são tão sujeitas ao cuidado quanto à pessoa com transtorno mental e os profissionais.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, pois envolve os processos sociais subjacentes ao “cárcere privado”, incorporando o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais que envolvem tal questão (MINAYO, 1998).

Como tal, esta pesquisa não se preocupa em mensurar o fenômeno a partir de grandes grupos, pois busca entender o contexto no qual o “cárcere privado” ocorre.

Empregou-se técnicas que permitiram a observação de vários elementos simultaneamente em pequenos grupos a fim de obter um conhecimento mais aprofundado sobre as situações de cárcere privado que envolvem a pessoa com transtorno mental **na zona norte de Teresina**, possibilitando a explicação deste fenômeno (VICTORA, 2000).

Para tanto, foi realizada, além do levantamento bibliográfico, a pesquisa de campo, “aquela em que o pesquisador, através de questionários, entrevistas, protocolos verbais, observações, etc., coleta seus dados investigando os pesquisados no seu meio” (PRESTES, 2011, p.31). Como técnicas de pesquisa foram utilizadas a observação, a análise documental, além de duas ferramentas construídas pela pesquisadora, o questionário e a entrevista semiestruturada.

Segundo Victora (2000), em uma pesquisa qualitativa, a observação consiste em explorar com todos os sentidos um evento, um grupo de pessoas, um indivíduo dentro de um contexto, a fim de descrevê-lo. O uso da observação é de grande valia, pois existem muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita (ambiente, comportamentos, gestos, linguagem não verbal) e estes constam também como subsídios que contribuem para a posterior interpretação das informações.

Por sua vez a análise documental, mesmo não sendo muito utilizada em pesquisas qualitativas, caracteriza-se como boa fonte de informações que, aliada a outras técnicas de pesquisa, complementa ou evidencia novos fatos (VICTORA, 2000). Os documentos são de primeira mão, ou seja, aqueles que ainda não foram passíveis de um tratamento analítico. Podem ser oficiais (leis, decretos, regulamentos), pessoais (cartas, diários, autobiografias), públicos (livros, jornais, revistas, discursos). Nesta pesquisa, foram analisados documentos públicos, nos quais são registrados todos os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional do serviço de saúde mental, denominados prontuários. Além destes, foram necessários para o levantamento e mapeamento das famílias estudadas, o livro e as fichas onde são registradas as solicitações e as observações das visitas domiciliares realizadas pelo serviço. A análise desses documentos foi de fundamental importância, sobretudo, para identificar e contatar as famílias que utilizam o cárcere privado como estratégia de cuidado em saúde mental, que são os sujeitos desta pesquisa.

Após o mapeamento das famílias, foram realizados contatos telefônicos com as mesmas para que a pesquisa fosse realizada *in loco*, permitindo, assim, melhor observação das situações de cárcere privado. Inicialmente, as famílias responderam ao questionário que permitiu caracterizar quem são essas famílias, auxiliando na análise do perfil socioeconômico das mesmas, que constitui um dos objetivos da pesquisa.

Após a aplicação do questionário, foram realizadas as entrevistas, “um procedimento utilizado na investigação social, para a coleta de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social” (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 80), caracterizada como semiestruturada com perguntas abertas, permitindo à entrevistadora liberdade para desenvolver as situações e a conversação na direção dos objetivos da pesquisa, adotada por permitir a interação com os participantes da pesquisa, possibilitando que incluam novos ângulos de análise e por tratar de um tema delicado, ainda pouco explorado e que configura juridicamente como crime.

Para selecionar os participantes da pesquisa foram empregados como critérios: 1) aceitar participar da pesquisa 2) ser familiar que mantém a pessoa com transtorno mental em “cárcere privado”, na qual os sujeitos, tanto a pessoa com transtorno mental, como os familiares, fossem maiores de idade, tivessem registros

de atendimento no Centro de Atenção Psicossocial, CAPS II Norte e que, ainda assim, mantinham a pessoa com transtorno mental em um cômodo particular, isolado da casa, em sua maioria, com grades.

O recrutamento dos sujeitos da pesquisa ocorreu após um levantamento das situações de “cárcere privado” nos registros de atendimento do CAPS II Norte – prontuários, livros e fichas de visita domiciliar. Após este levantamento, foi realizada a análise dos prontuários em que se registravam as situações de “cárcere privado”. Foram encontradas dez situações de cárcere privado, porém só foi possível a realização de cinco entrevistas, pois, entre as dez, um não se encontrava mais em situação de cárcere, uma familiar recusou-se a dar entrevista e não foi possível contato com as outras três famílias.

A construção de informações aconteceu nos meses de dezembro de 2016 e janeiro de 2017.

O cenário da pesquisa foi o CAPS II Norte na zona norte de Teresina, região que deu início ao povoamento da cidade, na qual há a predominância de famílias de classe média/baixa, possuindo uma área urbana muito extensa principalmente após ter incorporado expressiva área da zona rural que abriga, especialmente em sua área de expansão, uma faixa significativa de pessoas vivendo em condições de pobreza (SEPLAN, 2014).

O Diagnóstico da Infra-estrutura Socioeconômica e Cultural da cidade de Teresina destaca que a região norte conta com organizações governamentais de grande importância e recentemente observa-se a existência de um nascente pólo de saúde, destacando-se os investimentos públicos e privados na construção e manutenção de hospitais e maternidades.

Ressalta-se que, no tocante à saúde mental, a zona norte é marcada por ter abrigado os dois hospitais psiquiátricos do Piauí - o Hospital Areolino de Abreu e o Sanatório Meduna - locais que marcaram o início da assistência em saúde mental no estado, pois a assistência psiquiátrica piauiense ficava concentrada nas duas instituições da capital, enquanto nos municípios do interior não disponibilizavam atendimento médico especializado, contribuindo para que todos os casos graves fossem encaminhados para a capital, Teresina (TELES *et al*, 2009).

O Caps II Norte, serviço de saúde mental, é vinculado à Fundação Municipal de Teresina. Os CAPS são normatizados pela Portaria 336/2001 do Ministério da Saúde. Tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de

abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, além do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004, pag. 13).

O CAPS II Norte foi implantado em agosto de 2005 pela Fundação Municipal de Saúde, vinculado à Coordenadoria Regional de Saúde Centro Norte. Durante os três primeiros meses, o serviço passou por um processo de organização com ações administrativas, iniciando suas atividades em novembro de 2005 (TELES *etal*, 2009, p. 151).

Localizado na Rua Lucrécio Dantas Avelino, nº521, no bairro Água Mineral em Teresina-PI, o CAPS II Norte funciona de segunda a sexta-feira, de 08:00h às 18:00h com uma equipe multiprofissional composta por três psiquiatras, quatro psicólogas, quatro assistentes sociais, quatro enfermeiras, duas terapeutas ocupacionais, dois educadores físicos, duas nutricionistas, quatro técnicas em enfermagem, dois artesãos, quatro auxiliares administrativos, cinco auxiliares de serviços gerais, quatro agentes de portaria, quatro militares, uma coordenadora, um administrador, e uma secretária.

A caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes indicou como principais traços dos perfis:

- a) Com relação ao sexo, quatro das pessoas em cárcere privado são do sexo masculino e uma do sexo feminino. Já em relação aos entrevistados, que são os principais cuidadores dessas pessoas, tem-se quatro do sexo feminino e um do sexo masculino. Tal fato traz à luz para um dos motivos do “cárcere privado” a relação de força física desigual, pois o que se apresenta são cuidadores do sexo feminino e a pessoa com transtorno mental do sexo masculino. Isso pode ser explicado também porque o cuidado está intimamente ligado à identidade feminina, que na divisão sexual do trabalho ficou associado ao modo de ser mulher, como um “ato de amor” e, conseqüentemente, atividade não reconhecida socialmente como um trabalho. Assim, “o que se pode interpretar dessas informações é que o cuidado é majoritariamente um encargo da família de origem e é um trabalho feminino” (ROSA, 2008, p. 277), o que o insere na esfera das relações afetivo-familiares, baseado no amor e, por isso, gratuito e abnegado. Mesmo após as transformações sociais do último século

oriundas, principalmente, do movimento feminista que alterou os papéis sociais do homem e da mulher e, conseqüentemente, a divisão de gênero do trabalho e o domínio do homem sobre a mulher e a conquista da independência feminina, o cuidado e a maternidade ainda são próprios da identidade feminina.

- b) Com relação à idade, três das pessoas em “cárcere privado” estão na faixa etária entre 26 e 40 anos e uma na faixa etária de 41 a 60 anos. Já em relação aos cuidadores, uma está na faixa etária entre 41 e 60 anos e quatro possuem idade superior aos sessenta anos. Neste aspecto também pode ser destacado outro determinante para o cárcere privado, pois se constata que pessoas idosas estão cuidando de pessoas jovens e, estando em processo de envelhecimento, os cuidadores já não dispõem da mesma energia, sendo usualmente vitimados por fragilidades físicas e de saúde o que compromete a qualidade do cuidado prestado à pessoa com transtorno mental.
- c) Com relação ao estado civil, todas as pessoas em “cárcere privado” são solteiras. Já em relação aos cuidadores, duas são solteiras, um é casado e duas são viúvas. Pelo estigma que historicamente rondou a pessoa com transtorno mental, sobretudo grave, há tendência de sua exclusão do mercado matrimonial. Por sua vez, observa-se as cuidadoras solitárias na responsabilidade de casa e do cuidado, pois a maioria é solteira ou viúva, sem ter com quem compartilhar o ônus do cuidado e da geração de renda.
- d) Com relação à escolaridade, todas as pessoas em “cárcere privado” possuem ensino fundamental incompleto. Já os familiares, três possuem ensino fundamental incompleto, uma tem ensino médio completo e uma possui ensino superior completo.
- e) Em relação à composição familiar, temos quatro das pessoas com transtorno mental em “cárcere privado” em seio de famílias monoparentais, na qual a principal cuidadora é a mulher, caracterizando, portanto, a família monoparental feminina. Dos sujeitos entrevistados, duas mães cuidadoras são viúvas, sendo elas as referências da família. Nas outras duas situações de cárcere privado, a principal cuidadora é a irmã, que mesmo sendo a mais nova entre os irmãos, após o falecimento da mãe, assumiu os cuidados com o irmão com transtorno mental, já a

outra, quem é responsável é a tia da pessoa com transtorno mental que, mesmo tendo residência fixa próxima, optou por residir junto com a irmã e a sobrinha para melhor prestar os devidos cuidados. Apenas uma das pessoas com transtorno mental em cárcere privado está em seio de família conjugal.

- f) Em relação ao tamanho das famílias, percebe-se a predominância de famílias consideradas grandes, possuindo entre 4 e 6 membros (três das famílias entrevistadas), o que destoia da tendência nacional atual de diminuição do grupo familiar. As outras famílias (duas) são pequenas, residindo apenas a pessoa com transtorno mental em “cárcere privado” e a familiar cuidadora. Nesses casos, destaca-se o apoio dos parentes mais próximos, os irmãos da pessoa com transtorno mental em cárcere, que residem próximo e auxiliam nos cuidados prestados ao familiar em cárcere privado.
- g) Em relação à renda familiar, três das famílias entrevistadas possuem renda familiar mensal entre 1 e 2 salários mínimos e duas entre 3 e 4 salários mínimos. Vale destacar que quatro das pessoas com transtorno mental possuem o Benefício de Prestação Continuada (BPC), assegurado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que garante o valor de um salário mínimo mensal às pessoas com idade superior a 65 anos e/ou às pessoas com deficiência que não possuem condições de prover a própria subsistência ou tê-la provida por sua família. Nota-se, portanto, que o benefício constitui importante valor para a renda das famílias estudadas, o que traz a evidência de se tratar de famílias consideradas de baixa renda, a quem se destinam os benefícios da assistência social.
- h) Com relação ao diagnóstico das pessoas em cárcere privado, duas são diagnosticados com Esquizofrenia duas possuem diagnóstico de Retardo Mental e uma apresenta diagnóstico de Esquizofrenia associado a Retardo Mental. Vale destacar que três das famílias estudadas possuem, além da pessoa em cárcere privado, outras pessoas com transtorno mental, fato que pode ocasionar maior sobrecarga aos familiares cuidadores, pois, diante dos dados apresentados, quatro dos principais cuidadores apresentam idade superior aos sessenta anos, caracterizando uma

população idosa como referência no cuidado em uma idade em que os mesmos também necessitam de cuidados.

Nota-se, a partir do levantamento do perfil sociodemográfico apresentado, que as famílias que mantêm a pessoa com transtorno mental em “cárcere privado” apresentam vulnerabilidades sociais que envolvem múltiplas dimensões, desde o condicionamento físico, por se tratar de pessoas idosas referenciando o cuidado, até as condições financeiras diante de famílias beneficiárias da Assistência Social que é uma política voltada para os mínimos sociais a quem deles necessitar.

Com este estudo espera-se contribuir com a geração de conhecimentos dos grupos familiares que mantêm as pessoas com transtorno mental em “cárcere privado”, bem como acerca das vulnerabilidades sociais que cercam esse fenômeno, ainda pouco estudado na literatura da saúde mental.

Diante disso, o produto desta pesquisa está distribuído: 1) Introdução, na qual apresenta-se os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada, bem como alguns resultados encontrados; 2) Estados, Políticas Públicas e Famílias, apresentando uma análise da relação entre Estado e famílias, considerando-os como agentes de proteção social; 3) Famílias e Reforma Psiquiátrica: contextualização, dilemas e desafios, que discorre sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil e no Piauí, apontando os impactos causados por este processo nas famílias das pessoas com transtorno mental, a fim de compreender o “cárcere privado” mesmo após o novo modelo de cuidado proposto pela reforma; 4) Famílias e Vulnerabilidades Sociais: as situações de “cárcere privado” na saúde mental, no qual são analisados os determinantes do “cárcere privado” e as principais vulnerabilidades sociais que envolvem as famílias das pessoas com transtorno mental, sujeitos desta pesquisa. Por fim, a conclusão aponta algumas estratégias que podem contribuir para reverter as situações de “cárcere privado” na saúde mental.

2 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E FAMÍLIAS

Inicialmente, apresenta-se uma aproximação conceitual de Estado e Políticas Públicas a fim de compreender como eles interferem e se relacionam com as famílias ao decorrer de diferentes conjunturas. Tal análise permitirá melhor compreensão sobre os papéis que as famílias passam a adquirir a partir da Reforma Psiquiátrica, seus dilemas e desafios que serão trabalhados no capítulo seguinte.

2.1 Estado e Políticas Públicas: breve conceituação

O Estado foi criado pela sociedade, tornando-se instituição verdadeiramente política no século XVII quando, devido à ascensão da organização burocrática e de seu relativo distanciamento do controle da sociedade civil, adquiriu personalidade própria, independente da pessoa do governante e de influências religiosas (PEREIRA, 2009).

Segundo Pereira (2009), foi a partir do fortalecimento e extensão da burocracia que houve a demarcação territorial, tornando mais fácil o recolhimento de impostos, de informações de todos os tipos e o exercício da regulação institucional. Conseqüentemente, a estrutura técnica administrativa mais forte combinada com os recursos garantidos pelos impostos, possibilitou a criação e a manutenção de forças armadas como a encarnação do aparelho repressivo do Estado – que passou a ser o único dotado, legalmente, de poder coercitivo de última instância.

Vale destacar que o conceito de Estado é amplo e complexo, havendo discordância entre os autores em suas definições. Pereira (2009), porém, traz a conceituação de Estado a partir de quatro elementos constitutivos sob a ótica dos autores que afirmam que há concordância em sua definição, são eles:

- I) Conjunto de instituições e prerrogativas, entre eles o poder coercitivo;
- II) O território, ou seja, o espaço geográfico delimitado onde exerce seu poder;
- III) A máquina burocrática;
- IV) Conjunto de condutas e comportamentos gerais e previsíveis regulados pela máquina burocrática do Estado em seu território, contribuindo para a criação e manutenção de uma cultura política

comum a todos que fazem parte do que é denominado como nação.

Entretanto, a autora destaca que tais elementos têm caráter mais ideal do que real, pois o Estado, na prática, possui grande dificuldade de exercer seu poder, regular a sociedade, aplicar regras e controlar a entrada de elementos externos indesejáveis no seu território. Pereira (2009) afirma, ainda que com a concordância quanto a sua definição, a existência do Estado não é tranquila, assim como também não são as ligações que ele mantém com seus elementos constitutivos e, principalmente, com a sociedade, com quem estabelece constante e simultânea relação, marcada por antagonismo e reciprocidade.

Desta forma, diante da complexidade do conteúdo a ser considerado na conceituação de Estado, não é possível tratá-lo linearmente e de forma parcial, pois, como afirma Pereira (2009), o Estado é um fenômeno histórico e relacional.

Histórico porque é algo em movimento e em constante mutação e, por isso, um fenômeno que deve ser considerado como um processo que contém em si uma dinâmica que articula passado, presente e futuro. Relacional porque é um fenômeno em constante relação e não é isolado ou fechado em si mesmo, “não é um fim, mas um meio que interage com outros meios para atingir objetivos que os ultrapassam” (PERREIRA, 2009, p. 145).

Nessa perspectiva, faz-se necessário compreender Estado em seu processo histórico e a maneira pela qual tem se relacionado com os outros meios, especialmente, com a sociedade, analisando as suas definições e características, destacando os modelos liberal, intervencionista e neoliberal, tendo as políticas públicas como ponto de partida para esta análise.

De origem grega, a palavra política está associada *apolis*, que quer dizer cidade, indicando toda atividade humana com referência à esfera social, pública e cidadã. Com o tempo, o termo política foi perdendo o seu sentido original e adquirindo várias conotações, porém mantendo como seu centro o Estado.

Embora, sofrendo alterações, Pereira (2008) traz em sua análise a partir de autores como Gramsci (1990) e Arendt (1998), que alguns elementos continuam presentes e o primeiro deles é que governantes e governados são reais, concluindo-se, portanto, que, desde os primórdios, “a política constitui uma relação entre pessoas diferentes e desiguais, tendo por isso caráter conflituoso” (p. 88).

Caracterizada como uma relação entre diferentes que buscam consensos, mediados pelo Estado, a política surge no espaço da convivência humana:

Dessa forma, a política não é inerente à natureza dos homens, mas resulta do imperativo de convivência entre eles, que não apenas são diferentes do ponto de vista da idade, do sexo, da cor, da etnia, mas possuem valores, crenças, opiniões e ideologias distintas e estão desigualmente situados na estrutura social (de classe e status) (PEREIRA, 2008, p. 89).

Todas essas diferenças e desigualdades geram conflitos que de todo não são ruins, pois são eles que movem a história e o próprio desenvolvimento político que podem, utilizando-se do consenso, assumir a forma de regulação civilizada e substituir outras formas arbitrárias do uso do poder.

Assim, a política é um “instrumento de consenso, negociação e entendimento entre as partes conflitantes, usado nas democracias ou nos Estados ampliados” (PEREIRA, 2008, p. 89). Ressalta-se que a possibilidade de resolução de conflitos por meio da política não decorre apenas do fato de que ela é uma das formas de regulação, mas, sobretudo, por ser dialeticamente contraditória, constituindo-se como uma arena de conflitos de interesses:

Dessa feita, a política compõe-se, ao mesmo tempo, de atividades formais (regras estabelecidas, por exemplo) e informais (negociações, diálogos, confabulações) adotadas num contexto de relações de poder e destinadas a resolver, sem violência, conflitos em torno de questões que envolvem bens e assuntos públicos (PEREIRA, 2008, p. 91).

No final do século XIX, a política passou a ter conotação de Política Pública, sendo a política social uma espécie de Política Pública. Esta faz parte de um ramo de conhecimento que surgiu nos Estados Unidos no segundo pós-guerra denominado de *polycy science* que tem na Política Pública seu objeto central, assim como a dinâmica de sua formação e processamento (PEREIRA, 2008).

Como principais características deste ramo de conhecimento, Pereira (2008) aponta:

- I) A multidisciplinaridade, pois abrange temas e questões tratados por outras disciplinas científicas, como Economia, Direito, Serviço Social, entre outras;

- II) Caráter intervencionista, porque não se restringe ao conhecimento de seu objeto, mas procura interferir nele e transformá-lo;
- III) Caráter normativo, pois seu interesse está tanto no “ser” quanto na definição do “dever ser”.

Vale destacar que, assim como na conceituação de Estado, não há uma unanimidade na conceituação de política pública, interessando para este estudo o entendimento de política pública para além da política estatal:

Política Pública, como já indicado, não é sinônimo de política estatal. A palavra *pública*, que sucede a palavra *política*, não tem identificação exclusiva com o Estado. Sua maior identificação é com o que em latim se denomina de *res publica*, isto é *res* (coisa), *publica* (de todos), e, por isso, constitui algo que compromete tanto o Estado quanto a sociedade. É, em outras palavras, ação pública, na qual, além do Estado, a sociedade se faz presente, ganhando representatividade, poder de decisão e condições de exercer o controle sobre a sua própria reprodução e sobre os atos e decisões do governo (PEREIRA, 2008, p. 94).

Como ação pública resultado da relação entre Estado e sociedade, as Políticas Públicas são diretamente influenciadas pelo modelo que o Estado assume em determinado momento histórico. Por isso, a necessidade de analisar os modelos de Estado, especialmente o liberal, o intervencionista e o neoliberal, a partir das políticas públicas.

Embora não seja possível precisar o nascimento das primeiras iniciativas que podem ser reconhecidas como políticas sociais públicas, Santos e Vasconcelos (2015), à luz de Behring e Boschetti (2011), afirmam que sua origem está relacionada aos movimentos de massa e ao estabelecimento dos Estado-nação na Europa ocidental do fim do século XIX, porém a sua generalização ocorre na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista.

Nas sociedades pré-capitalistas as forças de mercado não eram privilegiadas e algumas das responsabilidades sociais assumidas tinham como finalidade não o bem comum, mas a manutenção da ordem social e a punição da vagabundagem.

A Nova Lei dos Pobres, instituída em 1834, marcou, no capitalismo, o primado liberal do trabalho como única e exclusiva fonte de renda, relegando a já limitada assistência aos pobres a mercê da filantropia. Tal Lei traz uma série de mudanças, porém sem marcas de cidadania:

Se as ações de “proteção assistencial” já se configuravam como ações tímidas, restritas e seletivas até aquele momento, a partir do avanço da liberdade e competitividade de mercado (que incide diretamente na relação de compra e venda da força de trabalho, os mecanismos de “proteção” aos pobres sofrem significativa regressão (SANTOS; VASCONCELOS, 2015, p. 24).

Isso ocorre pelas características do Estado Liberal que não intervém na regulação das leis trabalhistas e acaba por negligenciar o atendimento das necessidades sociais, priorizando, contraditoriamente, a ação estatal na garantia da liberdade de mercado, utilizada como mecanismo de garantia dos interesses do liberalismo na sociedade.

Porém, com a hegemonia do capitalismo e o agravamento da questão social, os trabalhadores começam a se organizar e lutar por seus direitos, trazendo seus problemas para a arena política, ampliando a discussão sobre o papel do Estado frente à questão social. É com o movimento de lutas por direitos sociais que vai se alargando a ideia de que o Estado deveria incorporar às suas responsabilidades os problemas sociais apresentados:

Portanto, observa-se a ampliação do papel do Estado em sua capacidade interventiva. Desse modo, se no século XIX predominou o Estado Liberal, e ainda continuou presente no início do século XX, a transição de um século para o outro foi marcada por um Estado que, mesmo com a adoção de ações tímidas de proteção social, deu início ao desenvolvimento do processo de expansão de medidas de políticas sociais, as quais caracterizaram o denominado Estado Social, ou de Bem-Estar Social (SANTOS; VASCONCELOS, 2015, p. 28).

Nesse contexto, o Estado Liberal vai se enfraquecendo e dando espaço para o surgimento de um Estado com caráter mais abrangente em relação à proteção social, trazendo o aumento nos gastos com políticas públicas a partir do momento em que o Estado torna-se mais interventivo, dando lugar ao denominado Estado de Bem-Estar Social.

Segundo Santos e Vasconcelos (2015), o Estado de Bem-Estar Social é desenvolvido a partir da teoria de Keynes e pretende, essencialmente, reduzir a autonomia do mercado enquanto regulador do desenvolvimento econômico e das relações trabalhistas.

Mesmo defendendo a continuidade do capitalismo, a teoria de Keynes apontava para algumas transformações:

O Estado, por exemplo, deveria intervir na economia, fazendo investimentos maciços e planejando-a, de modo a garantir empregos, ou seja, deveria atuar na regulação da economia de mercado, impedindo que esta fosse conduzida, exclusivamente, pela “mão invisível do mercado”. Além disso, deveria ser preocupação do estado garantir o pleno emprego e um conjunto de serviços sociais universais (SANTOS; VASCONCELOS, 2015, p. 31-32).

Entende-se, portanto, que o Estado de Bem-Estar Social emerge na perspectiva de que o mercado não é o único regulador, pois há importante interferência estatal que deve garantir um padrão, ainda que mínimo, de vida para todos os cidadãos, ou seja, como direito social. Desta forma, o Estado teria de se preocupar em garantir o pleno emprego e ainda um conjunto de serviços sociais universais, ampliando, assim, suas funções econômicas e sociais.

O Estado de Bem-Estar Social prevaleceu até a década de 1970, marcando profundamente a relação entre Estado-sociedade de forma nunca vista anteriormente, baseada em princípios que objetivava a extensão dos direitos sociais, a preocupação com o pleno emprego, a oferta universal de serviços sociais, além da institucionalização da assistência social e da seguridade social a fim de combater a pobreza absoluta e garantir a manutenção dos padrões mínimos de atenção às necessidades sociais (SANTOS; VASCONCELOS, 2015).

A partir da década de 1970, o Estado de Bem-Estar Social entrou em crise, retornando o receituário do liberalismo acerca da liberdade de mercado em detrimento da retração do papel do Estado em suas funções econômicas e sociais.

Santos e Vasconcelos (2015) afirmam que o capitalismo, em seu processo de acumulação, passou por períodos extensos de crescimento e depressão variando conforme suas fases históricas e apresentando suas crises cíclicas. Movimentado pela lógica da lei do valor, o seu principal objetivo é a extração máxima da mais-valia, ou seja, da obtenção de superlucros. Desta forma, em cada uma de suas fases, o capital adotou uma base responsável por extrair a mais-valia:

A teoria keynesiana garantiu o desenvolvimento associado do fordismo-taylorismo, através de uma regra social de consumo, adotada como estratégia para retomar a acumulação de capital. Assim, num dado momento de desenvolvimento tecnológico e instituição do *WelfareState*, fundamentado no keynesianismo, o capitalismo, consegue, sobretudo, a partir do período do pós-guerra, não somente retomar o processo produtivo como também realizar a taxa de mais-valia, isto é, taxas elevadas de lucro, num período de longos ciclos expansivos, sendo caracterizado, ou denominado, dentre outros, como “idade de ouro capitalismo” ou “anos gloriosos”. Assim, o capitalismo passou por um padrão de desenvolvimento

no qual foi possível registrar conjunturas de grande crescimento econômico, onde as crises periódicas que o atingiam se configuravam apenas como episódios breves, portanto, não exigiam muita atenção (SANTOS; VASCONCELOS, 2015, p.40).

Ressalta-se que a guerra fria entre Estados Unidos e União Soviética, marcada pelo risco de revolução socialista/comunista impulsionou processos de criação e manutenção do *Welfare State*, sobretudo no pós II guerra.

No entanto, em fins da década de 1960, segundo as autoras acima, o Estado de Bem-Estar Social começa a apresentar sinais de enfraquecimento, não sendo capaz de continuar respondendo às crises cíclicas, principalmente devido ao declínio tendencioso das taxas de lucros, evidenciando o início da saturação do modelo padrão de acumulação até então vigente.

Desta forma, a partir da década de 1970, inicia-se o processo de reestruturação da economia, desenvolvida por meio da revolução tecnológica e organização da produção, implicando profundas alterações tanto no mundo do trabalho quanto nas relações sociais (SANTOS; VASCONCELOS, 2015).

Tal processo, também denominando de reestruturação produtiva, aliado à doutrina neoliberal, potencializa transformações intensas através do incremento de novas tecnologias que se refletem diretamente no mundo do trabalho, atingindo a classe trabalhadora objetiva e subjetivamente:

As transformações atingem não somente a classe trabalhadora, exigindo-lhes novos requisitos e modificando suas condições de inserção no mercado de trabalho, como também alcançam o complexo conjunto das relações sociais como um todo, rebatendo no papel desempenhado pelo Estado, sobretudo no tocante aos mecanismos de proteção social adotados (SANTOS; VASCONCELOS, 2015, p. 44-45).

É neste processo de intensas mudanças que o ideário neoliberal passa a orientar o papel do Estado tendo como base a mínima proteção social em prol do desenvolvimento econômico. É esta doutrina que predomina nas ações do Estado que retrai sua intervenção e está pautado na privatização, descentralização e focalização, ofertando programas sociais de caráter seletivo e fragmentado.

Esse contexto de crise internacional de capital, reestruturação produtiva e incorporação do ideário neoliberal, é condicionante histórico que configura as atuais políticas sociais que, atualmente, encontram nas famílias suas principais parcerias

na proteção social. Para tanto, é necessário compreender como ocorreu, ao longo dos anos, a intervenção estatal nas famílias por meio das políticas públicas.

2.2 Famílias e Políticas Públicas: a intervenção estatal

A intervenção do Estado nas famílias data do nascimento do próprio Estado moderno. O surgimento do Estado é condição para o aparecimento da família moderna como espaço do particular e dos afetos. O Estado também se configura como uma fonte de controle e de normas relativas à família como instituição e às relações familiares (SARACENO, 1992).

Saraceno (1992) afirma que a relação família-Estado coincide com o processo pelo qual o Estado afirma seu papel e poder como detentor do monopólio da força e, ao mesmo tempo, como centro de elaboração de normas. As legislações que tratam sobre casamento, família, trabalho infantil, trabalho das mulheres, vacinação e escolas obrigatórias são iniciativas que buscam simultaneamente eliminar o pauperismo e normalizar a família proletária, inicialmente nos países europeus.

Nessa perspectiva, a autora apresenta duas linhas interpretativas sobre a relação família-Estado. A primeira considera a intervenção estatal na família como uma progressiva invasão e controle da vida individual e familiar, já a segunda como meio para a progressiva emancipação dos indivíduos, que na intervenção do Estado, em sua qualidade de protetor e garantidor de direitos, encontra uma maneira para contrariarem os centros de poder tradicionais com as suas hierarquias.

A autora ainda ressalta-se que o debate sobre a relação famílias-Estado deve considerar não só os modelos culturais de famílias presentes em uma dada sociedade, mas também dos modelos de Estado, estando particularmente ligado ao Estado Social.

Assim, Saraceno (1992) apresenta duas linhas interpretativas sobre a intervenção do Estado nas famílias. A primeira linha interpretativa, que tem o Estado como invasor e destruidor das famílias, é a mais difundida, mais rica e razão das análises críticas sobre o desenvolvimento das formas do Estado Social nas nações ocidentais. Nessa linha, estão os autores que veem as famílias progressivamente esvaziar-se de suas funções, na sua autonomia de capacidade de ação, por parte de um Estado cada vez mais autoritário ou implicitamente totalitário em sua pretensão de regulamentar dimensões cada vez mais numerosas da vida privada. Já outros

autores indicam a invasão do Estado na família e as modificações radicais que causam não na redução de suas funções, mas na atribuição de novos deveres, o que também é definido como sobrecarga funcional da família.

Já a segunda linha interpretativa da relação famílias-Estado, percebe a intervenção estatal como um meio para a autonomia das famílias em relação aos parentes e à comunidade e também das linhas ferrenhas do mercado e ainda para a autonomia dos indivíduos em relação à autoridade familiar, observando que, no Estado Social, ocorre o processo de definição e garantia dos direitos individuais prometidos pelo Estado. Vale destacar que a extensão do reconhecimento dos direitos individuais favoreceu, especialmente, os membros mais fracos da sociedade e das famílias, tais como crianças, idosos, mulheres, pessoas com deficiência, entre outros.

A autora observa também que, juntamente ou por meio do reconhecimento dos direitos individuais, a intervenção do Estado, principalmente por meio de políticas públicas, favorece instrumentos de apoio essenciais ao bem-estar das famílias, modificando parcialmente as consequências do funcionamento do mercado de trabalho sobre a disponibilidade de recursos de famílias diversamente situados na estratificação social. Nessa perspectiva, a intervenção não é criticada por ser invasiva, mas por ser ineficiente ou insuficiente, visto que não consegue verdadeiramente subtrair da eventualidade do mercado a satisfação das necessidades básicas das famílias.

Segundo Saraceno (1992), a família é de fato objeto de intervenção do Estado e, conseqüentemente, de políticas. Nesse contexto, as políticas sociais são as que interferem na relação família-Estado de forma mais visível.

O Estado Social nasce a partir da intervenção e assunção da responsabilidade por parte do Estado relacionada às condições de reprodução, ou seja, às condições em que os indivíduos e as famílias suprem as próprias necessidades que, para tanto, necessitam do apoio das políticas públicas. As diversas medidas do Estado Social fornecem meios e, ao mesmo tempo, definem padrões para as condições de vida e de bem-estar. Desta forma, nota-se que o Estado Social realiza sua intervenção diretamente no campo da reprodução que também é o campo da família. Porém, isto não implica necessariamente a subtração dos deveres que antigamente eram próprios das famílias, e sim que o Estado é um dos interlocutores e, ao mesmo tempo, um parceiro forte (SARACENO, 1992).

É nessa lógica de parceria, que as famílias são chamadas a atuar junto às políticas sociais públicas, principalmente, a partir do avanço do ideário neoliberal que, atualmente, vem determinando o modelo de Estado e a forma pela qual ele executa a sua intervenção.

Carvalho (2015) afirma que as funções das famílias são semelhantes às das políticas sociais, pois ambas objetivam a reprodução e a proteção social dos grupos que estão sob sua tutela. Anteriormente, eram funções quase que exclusivas da família, na contemporaneidade, elas são compartilhadas com o Estado por meio de políticas públicas.

A sociedade contemporânea caracterizada pela globalização da economia, da informação, da política, da cultura, marcada pelos avanços tecnológicos e pela transformação produtiva, é complexa e multifacetada, pois, ao mesmo tempo em que mantém cidadãos fortemente interconectados, produz cidadãos extremamente vulnerabilizados em seus vínculos relacionais de inclusão e pertença.

Desta forma, Carvalho (2015) aponta como desafios: a) a questão da partilha de responsabilidades na proteção social diante da pobreza persistente, desemprego e envelhecimento da população; b) a questão da partilha de responsabilidades formativas na socialização de crianças e adolescentes frente ao individualismo exacerbado e perda de valores; c) o descrédito e o descarte de instituições totais de proteção social – internatos, orfanatos e manicômios.

Para descartar as alternativas institucionalizadoras é necessário retomar a família e a comunidade como lugares e sujeitos imprescindíveis de proteção social, daí a implantação de serviços que atuem sob a lógica do território.

A lógica territorial é própria dos movimentos reformistas da década de 1970, inclusive do processo de Reforma Psiquiátrica que visa um cuidado comunitário das pessoas com transtorno mental, respeitando seus direitos enquanto cidadãos que devem ser cuidados em liberdade, ocupando todos os espaços que lhes sejam possíveis.

Vale destacar que esse processo, embora com tantos avanços, ainda está em construção e são muitos os desafios que ainda lhe são colocados, especialmente no tocante às famílias, visto que elas são de fundamental importância no cuidado das pessoas com transtorno mental, sendo co-responsáveis junto aos serviços de saúde mental e como tais necessitam de apoio e suporte por parte desses serviços, o que

ainda constitui um nó nos processos de trabalho dos CAPS e demais serviços da atualidade.

Nessa perspectiva, será analisado a seguir as famílias dentro do processo de Reforma Psiquiátrica, buscando identificar as principais dificuldades encontradas e os desafios frente ao novo modelo de atenção e cuidado em saúde mental.

3 FAMÍLIAS E REFORMA PSIQUIÁTRICA: CONTEXTUALIZAÇÃO, DILEMAS E DESAFIOS.

Para melhor compreensão do cárcere privado como estratégia de cuidado na saúde mental, faz-se necessário uma contextualização sobre o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e as implicações nas famílias que também são sujeitas desse processo. Desta forma, inicialmente, apresenta-se um breve histórico acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil e também no estado do Piauí, segue-se analisando os impactos nas famílias como provedoras de cuidado que são alcançadas pelo processo de desinstitucionalização e também pelos efeitos do ideário neoliberal pelo qual o Estado vem conduzindo as políticas públicas, e, finalmente, analisa-se o cárcere privado como estratégia de cuidado na saúde mental.

3.1 A Reforma Psiquiátrica: do nacional ao local

A Reforma Psiquiátrica Brasileira configura-se sob forte influência da experiência italiana que desloca o cuidado da pessoa com transtorno mental do hospital para a comunidade, mostrando a dimensão política e social da loucura que, a partir de Franco Basaglia, na Itália, passa a ocupar um lugar central no campo da saúde mental (NICÁCIO, 2013). A forma de compreensão da loucura e dos modos de cuidar, a liberdade da pessoa com transtorno mental como eixo central, os serviços criados e o questionamento da cultura manicomial na sociedade são elementos que marcaram e marcam a Reforma Psiquiátrica Brasileira (LIMA, 2015).

A extinção da cultura manicomial é um dos principais pontos de luta do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que, oriundo das lutas sociais dos anos de 1970, em prol da Reforma Psiquiátrica, compreende-a para além das relações das estruturas arquitetônicas, é uma cultura instalada nas práticas e nas ações cotidianas, sendo assimiladas e incorporadas pelos indivíduos, nos seus desejos e singularidades, reproduzindo a discriminação e a marginalização. (MNLA, 1993 *apud* ROSA, 2008).

Assim, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início a partir de um grande movimento de luta por uma transformação no cuidado para com as pessoas com transtorno mental, denunciando abusos, maus-tratos, supressão de direitos

civis e todas as irregularidades ocorridas nos manicômios que excluía o sujeito do seu convívio familiar e social (LEME, 2013).

Tal movimento era composto por vários atores sociais, tais como, trabalhadores de saúde mental, usuários, familiares e, ao longo do processo, conquistava mais adeptos, envolvendo ONGs, sindicatos, associações de familiares, trazendo à arena política suas demandas e necessidades, exigindo do Estado concretização de seus direitos (YASUI, 2006).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica Brasileira constitui-se em um movimento social e político que propõe um novo paradigma baseado na atenção psicossocial, que implica em intensas mudanças de assistência na área de saúde mental, que preconiza a diminuição do número de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de serviços comunitários e substitutivos a estes, objetivando, assim, a redução do tempo de internação em instituição psiquiátrica e a criação e ampliação de uma rede comunitária de atendimento em liberdade às pessoas com transtorno mental.

Em oposição ao modelo manicomial, no qual o cuidado era realizado em instituições fechadas, onde a pessoa com transtorno mental ficava sob tutela, custódia, vigilância e disciplina (CALDAS; NOBRE, 2012), a reforma redireciona este sujeito para o cuidado integral em serviços abertos e comunitários, que preservem os vínculos familiares e sociais e seus direitos de cidadania (ROSA, 2005).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica Brasileira também é intitulada como processo de desinstitucionalização, na perspectiva de desconstruir todo aparato que segregou a pessoa com transtorno mental. Tem como principal objetivo a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade, propondo a construção de uma rede substitutiva de serviços que, ao contrário do que acontecia nos manicômios, promova vida, reinvente relações e outras sociabilidades.

Vale destacar que o processo de desinstitucionalização preconizado na Reforma Psiquiátrica não deve ser reduzido ou confundido como um processo de desospitalização. Sobre isto, Amarante (1995) alerta:

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não apenas administrar-lhes fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades (AMARANTE, 1995, p. 493-494).

Desta forma, desinstitucionalizar requer não só novos serviços, mas também novas práticas, culturas e discursos que os tornem espaços sociais de reprodução de sujeitos, de produção de subjetividades, de exercícios de auto-ajuda, convivência, sociabilidade, solidariedade e de integração (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1987 *apud* AMARANTE, 1995).

Nessa perspectiva, vem sendo implementada uma série de ações voltadas para a consolidação de uma rede de serviços extra-hospitalar e para a construção de um novo lugar social para a pessoa com transtorno mental. Nicácio (2013) destaca que este novo lugar social depende não somente de ação dos profissionais de saúde mental, mas também de um conjunto de forças sociais que busquem a intervenção nos planos, político, jurídico, cultural, e organizacional, pois o que se pretende não é apenas mudar a qualidade da assistência psiquiátrica, e sim promover qualidade de vida às pessoas com transtorno mental em termos de moradia, trabalho, lazer, e cultura, contribuindo para o enfrentamento do estigma a que elas estão submetidas e, assim, transformar o modo como a sociedade compreende e lida com a loucura.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem provocado inúmeros avanços na compreensão e assistência às questões de saúde mental da população, pois, compreendida como um processo social complexo alcança quatro dimensões: teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2008 *apud* LIMA, 2015).

Em relação à dimensão teórico-conceitual, ocorreu a ampliação dos pressupostos teóricos e conceituais que definem a compreensão sobre a loucura, passando esta a ser qualificada como experiência da existência humana. Já na dimensão jurídico-política, com o fortalecimento da luta antimanicomial, tem-se a criação de leis e portarias ministeriais como instrumentos para consolidar a substituição dos manicômios por uma rede de serviços de base territorial e comunitária, refletindo, assim, na dimensão técnico-assistencial que amplia suas ações a partir da criação de novos dispositivos ligados à sociabilidade, convivência, moradia, trabalho e/ou ocupação laboral. Por fim, a dimensão sociocultural, apresenta avanços no tocante ao amadurecimento da compreensão da questão da saúde mental para além da ação dos técnicos e serviços especializados em saúde mental, devendo também articular outros setores da sociedade para que seja

construída uma cultura de solidariedade e de cuidado (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Vale destacar que a Reforma não avançou igualmente em todas essas dimensões, observando maior avanço na dimensão técnico-assistencial. A dimensão sociocultural, em comparação com as demais, foi a que teve menos atenção e investimento, embora apresente relevância fundamental na proposta de desinstitucionalização (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

O avanço na dimensão técnico assistencial pode ser constatado pelo crescimento do número de serviços substitutivos propostos pela Reforma. Tais serviços existem no Brasil desde 1987 quando foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo. O Ministério da Saúde, por meio da portaria 224/92, passou, então, a autorizar e financiar a construção de CAPS em todo território nacional, serviços que se constituem como uma das principais estratégias para o avanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira (LIMA, 2015).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS), regidos pela Portaria 336/2001 e destinados ao cuidado da pessoa com transtorno mental grave e persistente que justifique sua necessidade de atenção diária em um “dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004, p.13). Desta forma, os CAPS funcionam sob a lógica do território, a fim de buscar integrar a pessoa com transtorno mental a um ambiente sociocultural concreto, no espaço das cidades, onde acontece sua vida cotidiana e a de seus familiares (BRASIL, 2004).

Sendo principal estratégia para a Reforma, ocorre um processo de expansão na implantação de CAPS no país. Em 2014 o Brasil já contava com 2209 tipos de CAPS, número que em 1998 era de apenas 148. (BRASIL, 2015).

No Piauí, o surgimento dos CAPS data de 2004, retratando um atraso de 17 anos em relação à criação do primeiro serviço substitutivo dessa natureza no Brasil (LIMA, 2015). Rosa (2008) ao analisar a assistência psiquiátrica no Piauí afirma que, devido ao seu lugar de periferia capitalista e à dependência das verbas do governo federal, o estado segue o modelo assistencial estabelecido pela União. Desta forma, a história da psiquiatria no Piauí também inicia sob a lógica manicomial, mesmo 55 anos depois da instalação desse modelo no país, com a fundação do Asilo de Alienados em 1907 na cidade de Teresina.

Rosa (2008) ao discorrer sobre a evolução da assistência psiquiátrica no Piauí ressalta que, apesar de guardar semelhanças com o histórico nacional, e além do atraso na instalação do modelo, o marco histórico do estado é a figura do médico como ator social e político dominante e estruturante da assistência em saúde mental no Piauí.

Os dois hospitais psiquiátricos do Piauí anteriormente referidos, Hospital Areolino de Abreu e Sanatório Meduna, têm suas histórias enraizadas nas figuras de médicos que marcaram a saúde mental do Estado. Areolino de Abreu, médico de profissão e vice-governador do Estado desde 1906 começa a mobilizar a sociedade e o poder público para a construção de um prédio para o Asilo de Alienados. Já Clidenor de Freitas Santos, após ocupar a direção do Asilo de Alienados, recomendando a mudança de nome do asilo para Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu e dando um caráter científico às suas práticas, inaugura em 1954 seu próprio hospital na cidade de Teresina, o Sanatório Meduna (ROSA, 2008).

Como afirma Rosa (2008), o Piauí inicia a assistência psiquiátrica, assim como os outros estados do país, centrado no modelo hospitalocêntrico e centralizado na capital, Teresina. Lima (2015) destaca que as transformações no âmbito da saúde mental, mantendo a característica histórica de personificação na figura de alguns psiquiatras, estão sempre ligadas ao Hospital Areolino de Abreu e ao Sanatório Meduna.

No tocante ao processo de Reforma Psiquiátrica no Piauí, percebe-se o atraso em relação aos demais estados, que está relacionado à figura do médico como ator social e político e à ligação aos dois hospitais psiquiátricos em processos de afirmação do *status quo*, a redução do número de leitos psiquiátricos no Hospital Areolino de Abreu e as dificuldades financeiras apresentadas pelo Sanatório Meduna desde 2000, que culminou com o seu fechamento em 2010, e a ação do Ministério Público, contribuíram para a efetivação do processo de desinstitucionalização no estado que passa a construir uma rede de atenção psicossocial, em especial, com a instalação dos CAPS em vários municípios, principalmente entre os anos de 2004 e 2012 (ROSA, 2008; LIMA, 2015).

Vale destacar que o Ministério da Saúde, ao impor a nova política de saúde mental e seu incentivo para a criação de CAPS, e o Ministério Público do Estado do Piauí – MPE/PI, por meio de vários Termos de Ajustamento de Conduta – TAC, foram dois poderes essenciais para o fortalecimento do processo de Reforma

Psiquiátrica no Estado, pressionando e recomendando a composição da Rede de Atenção Psicossocial no Piauí (LIMA, 2015).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3088/01, é constituída por sete componentes, a saber: 1) Atenção Básica em Saúde, 2) Atenção Psicossocial Especializada, 3) Atenção de Urgência e Emergência, 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório, 5) Atenção Hospitalar, 6) Estratégias de Desinstitucionalização e 7) Reabilitação Psicossocial. (BRASIL, 2011). O Piauí conta com 1.247 Equipes Saúde da Família (ESF), 221 Equipes de Núcleo de Apoio da Família (NASF) e uma Equipe de Consultório na Rua enquanto dispositivos do componente 1; possui 59 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades enquanto dispositivos do componente 2; a presença do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em 67 municípios constitui o componente 3; 02 Unidades de Acolhimento Adulto (UA ADULTO) e 01 Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UA INFANTO-JUVENIL) como dispositivos do componente 4; 04 leitos em hospital geral e 01 Serviço Hospital de Referência para as necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, com 20 leitos como elementos do componente 5; e 05 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) juntamente com 22 beneficiados com o Programa de Volta para Casa (PVC) como constituintes do componente 6. Vale destacar que não há no estado materialização de dispositivos do componente 7, Reabilitação Psicossocial, relacionado à iniciativa de produção de trabalho e renda, fundamental para o fortalecimento do processo de Reforma Psiquiátrica (LIMA, 2015).

Como resultado desta luta, vem sendo implementadas uma série de ações voltadas para a consolidação de uma rede de serviços extra-hospitalar e para a promoção da inclusão social da pessoa com transtorno mental.

Vale destacar que, como observa Rosa (2005), a política de saúde mental se encontra em fase de transição, havendo a coexistência do novo modelo com o anterior, bem como as contradições e crises, singulares e comuns a todo processo de mudanças.

Esse processo de mudança atinge não somente os serviços de saúde mental, alcançando as várias esferas da vida dos sujeitos envolvidos, modificando também as relações familiares e o envolvimento das famílias no cuidado da pessoa com transtorno mental.

A nova lógica assistencial, designada pela expressão atenção psicossocial, caracterizada pela organização das práticas de atenção à saúde mental em novas bases por meio de serviços abertos, tais como centros de atenção diária, centros de atenção psicossocial, hospital-dia, de base territorial e comunitária (NICÁCIO, 2013), ao valorizar tais serviços, tem as famílias como parceiras, como mediadoras entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade (ROSA, 2005).

É a partir dessa nova lógica que as famílias de origem da pessoa com transtorno mental adquirem papel fundamental na produção do cuidado comunitário, passando a compartilhar com os serviços substitutos ao hospital psiquiátrico o cuidado que, antes, era realizado quase que exclusivamente pelos manicômios.

Nessa perspectiva, a atual política de saúde mental traz o cuidado compartilhado entre o Estado, as famílias e a sociedade, que é explicitado no artigo terceiro da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei 10.216 de 06/04/2001:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

É a partir da Lei da Reforma Psiquiátrica que, contrariando a exclusão social vivida pelo modelo hospitalocêntrico da Política de Saúde Mental anteriormente vigente, as famílias são implicadas na assistência prestada às pessoas com transtornos mentais, tornando-se parceiras explícitas dos serviços de saúde mental.

Nessa perspectiva, é importante avaliar de que forma a Reforma Psiquiátrica impacta as famílias e que consequências ela traz tanto para as pessoas com transtorno mental como para seus cuidadores no âmbito doméstico e suas relações com os serviços de saúde mental.

Essas famílias, como observa Duarte (2013), que ora são vistas “como suporte, recurso, provedoras de cuidados” e ora são vistas “de forma negativa, incômoda, e culpabilizada, na maioria das vezes, pelos técnicos nos serviços públicos de saúde mental” (p.76), necessitam ser compreendidas em suas limitações para que sejam capazes de poder cumprir com seu papel de agente de proteção social.

Por sua vez, assiste-se a mudanças intensas no meio familiar, como a multiplicação de configurações familiares, envelhecimento das chefias, diminuição no tamanho do grupo, crescimento das famílias monoparentais, principalmente chefiadas por mulheres, o que implica em maiores complicações no processo de produção de cuidado às pessoas em situações de vulnerabilidades nas unidades familiares.

Soma-se a isto, o ideário neoliberal que, segundo Rosa (2003), vem reorientando as políticas públicas desde a década de 1970, devolvendo às famílias muitas funções anteriormente exercidas pelo Estado, pautado em um discurso de enfraquecimento do poder regulamentador estatal, buscando envolver o quanto for possível o segmento familiar e a comunidade enquanto agentes de proteção social (GOMES, 2012).

Nesse sentido, as famílias assumem um novo papel e novas tarefas no cuidado em saúde mental, necessitando não só reaprender a conviver com a pessoa com transtorno mental, mas também conhecer e entender assuntos ligados ao transtorno em si, aos medicamentos e à produção do cuidado na comunidade e no meio familiar, além de mediar tensões e conflitos próprios da convivência, visto que a incidência de um transtorno mental na família exige de seus membros a capacidade constante de repensar e reorganizar suas estratégias e dinâmicas interna (ROSA, 2008).

Rosa (2005) aponta que a família necessita de um preparo para o cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental para que, assim, possa enfrentar suas próprias questões múltiplas e complexas.

Geralmente, cabe aos novos serviços, abertos e comunitários, o desafio de implementar práticas diferenciadas com as famílias, de criar novas tecnologias e abordagens e, sobretudo, de dar maior visibilidade e valor à sua condição de provedora de cuidados domésticos (ROSA, 2005).

Porém, o que se percebe é que, ao trazer as famílias para compartilhar o cuidado da pessoa com transtorno mental, a Política de Saúde Mental não define bem o lugar que as famílias realmente ocupam e como dar-se-á esta parceria com os serviços de saúde mental, pois tal processo encontra-se em construção.

Rosa (2005) destaca que a abordagem da família cuidadora, na condição de parceira e co-responsável pelo cuidado, ainda está em processo de construção, envolvendo limites, potencialidades e desafios que irão depender de cada contexto.

Diante disso, será analisado a seguir os riscos de uma política familista que permeia a parceria entre a política de saúde mental e as famílias em um contexto neoliberalizante, e de intensas vulnerabilidades em que se encontram as unidades familiares, tendo como foco a questão do “cárcere privado”.

3.2 As famílias no contexto da Reforma Psiquiátrica

As famílias voltam à cena no debate contemporâneo devido ao lugar central que elas são convocadas a estar nas políticas sociais brasileiras, pois, como afirma Teixeira (2015), “a tendência atual na esfera das políticas sociais e econômicas nacionais e internacionais é a de ressaltar a centralidade da família como objetivo, sujeito e instrumento das políticas públicas” (p.211).

Na atual política de saúde mental, as famílias deixam de ser apontadas como principal responsável pelo desencadeamento do transtorno mental para adquirir papel fundamental na atenção psicossocial, sendo considerada como parceira e apoio nesse processo.

Vale destacar que isso ocorre em um contexto em que se tem de um lado a crise do Estado de Bem-estar Social, acompanhada pelo retorno ao ideário neoliberal que em suas reformas traz a noção de Estado reduzido nas ações econômicas diretas e nos gastos sociais e aponta a questão social e as saídas das crises como responsabilidade de todos, e do outro, as lutas nacionais e internacionais que propõem a desinstitucionalização, no sentido restrito de desospitalizar dos usuários da saúde mental e da assistência social, valorizando, assim, o retorno à família e a comunidade (TEIXEIRA, 2015).

Nessa perspectiva, Teixeira (2010) observa que a família é parceira explícita do Estado na proteção social, mas esse grupo tem limites de variadas ordens, haja vista que sua capacidade de prover cuidados está diretamente vinculada à proteção social que recebe do Estado.

Para melhor compreender o debate contemporâneo relacionado às famílias é importante compreender e, como define Miotto (2013), reconhecer as famílias como

um espaço altamente complexo, que se constrói e reconstrói histórica e cotidianamente por meio das relações e negociações que se estabelecem entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se que, além da sua capacidade de produção de

subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos (MIOTO, 2013, p.3).

Partindo desse entendimento, observa-se que o surgimento de um transtorno mental nas famílias traz uma crise, uma ruptura de rotinas, conflito de papéis, no qual faz-se necessário cuidar de uma pessoa adulta, dependente, o que, geralmente, não está previsto na história do grupo e nem em seu repertório de respostas, sendo necessário que as famílias reconstruam sua unidade, aprendam a se relacionar com o transtorno mental, com os serviços e profissionais de saúde mental (ROSA, 2005), sendo necessário, inclusive, o conhecimento da própria Política de Saúde Mental para que possam fazer valer seus direitos em sua relação com o Estado e com a sociedade.

Rosa (2005) afirma que as famílias levam para os profissionais de saúde não somente a crise psiquiátrica, mas todos os seus problemas existenciais, pois “a crise psiquiátrica apenas intensifica os dramas vividos pelas famílias, vulnerabilizadas pelo contexto de pobreza e exclusão/destituição social” (p. 215).

Nesta direção, Gomes (2012) destaca os efeitos do projeto neoliberal no âmbito do trabalho, tais como desemprego e processos de precarização do trabalho, e ainda em relação à minimização do Estado nas políticas de proteção social, agravando as vulnerabilidades sociais que afetam diretamente as famílias e as funções sociais a elas destinadas. Por isso, a autora analisa o lugar que as famílias ocupam nas políticas sociais contemporâneas, evidenciando a necessidade de entender as famílias e seus movimentos de organização-reorganização, visto ser um grupo social que mantém estreita relação com o contexto sociocultural. A autora chama atenção para os novos desafios trazidos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que postula as famílias como parceiras dos serviços de saúde mental, mas que, historicamente, estiveram invisíveis na abordagem dos serviços que nem mesmo se preocupou em conhecer o perfil sociodemográfico desse grupo.

No contexto original do *Welfare State* meritocrático brasileiro, as famílias passam a exercer papel fundamental na provisão de cuidados e proteção social a seus membros, porém, também sofrem, sobretudo a partir dos anos de 1950, intensas mudanças sociodemográficas em seu seio. Nesse contexto, há dificuldades em articular o “cuidado comunitário”, tal como postulado na política de saúde mental, a partir dos anos 1990, o que arrisca configurar o “familismo”, sobrecarregando o

grupo familiar da pessoa com transtorno mental. Isto ocorre porque ainda não foi realizada uma avaliação explícita sobre o impacto do cuidado comunitário sobre o grupo familiar e ainda está em construção o lugar e as “parceiras” com as famílias na abordagem da saúde mental.

O familismo, termo utilizado por Saraceno (1992) e Esping-Andersen (1999), ou seja, a responsabilização das famílias por grande parte da proteção social, reforça a centralidade da família como provedora de bem-estar e seus papéis clássicos, histórica e culturalmente, dividido por gêneros, não apontando em direção à inclusão social e oferta de um rede intersetorial de serviços que possam atender suas mais variadas demandas e necessidades que ofereçam as condições que de fato possam garantir a vida familiar e evitar as rupturas e violações de direitos (TEIXEIRA, 2015).

Nessa perspectiva, Teixeira (2010) afirma a necessidade de uma política familiar adequada às mudanças na sua estrutura e à diversidade crescente dos desenhos familiares, enfatizando a necessidade de uma:

política que tenha uma orientação “amistosa” em relação às mulheres, no sentido de ser “desfamiliarizante” e que, portanto, ofereça uma rede de serviços sociais de apoio às famílias, liberando as mulheres de suas responsabilidades domésticas que, historicamente, restringiram sua inserção no mercado de trabalho. (TEIXEIRA, 2010, p. 71)

Rosa (2005) ressalta que a política de saúde mental encontra-se em transição, observando-se a coexistência do novo modelo com o anterior, assim como contradições e crises próprias de todo processo de mudança, aliadas ao jogo político, que, em muitos momentos, repõem em cena antigas práticas manicomiais.

Para tanto, faz-se necessário ações articuladas entre a política de saúde mental e outras políticas sociais, sobretudo assistência social, educação, e políticas para as mulheres, na lógica intersetorial. A saúde mental sozinha não dá conta das múltiplas necessidades que permeiam as relações familiares. Na fase de transição e incertezas da política de saúde mental, observa-se a falta de estruturação dos serviços e dispositivos para se efetivar, de fato, a rede de atenção psicossocial articulada com as demais políticas públicas, o que pode levar as famílias a reproduzirem em suas próprias casas, por meio do cárcere privado, elementos da

cultura manicomial como privação de liberdade e de cidadania, segregação, controle do sujeito (SILVA; SOUSA; VERAS *et al*, 2015).

A seguir será analisado o “cárcere privado” como estratégia de cuidado da qual as famílias lançam mão diante das vulnerabilidades sociais vivenciadas e dificuldades vividas no cotidiano do cuidado com a pessoa com transtorno mental.

3.3 O “cárcere privado” na saúde mental

Cuidar significa atenção, cautela, desvelo, zelo, porém é ainda mais que isto, é uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com ser cuidado (BOFF, 2007, p. 33).

Desta forma, tal ação está presente na vida de todo o ser humano, desde o nascimento até a morte. Em todas as fases da vida o indivíduo ou desempenha o papel de cuidado ou cumpre o papel inverso, o de cuidador, mas é sempre sujeito ativo ou passivo do cuidar.

Como observa Costenaro e Lacerda (2001), “ter cuidado com alguém ou alguma coisa é um sentimento inerente ao ser humano, ou seja, é natural da espécie humana, pois faz parte da luta pela sobrevivência e percorre toda humanidade”. Por isso, através do ato de cuidar, de acordo com Heidegger (1994), é possível entender o ser humano e suas ações, pois é a partir da preocupação com o cuidado que se expressam seus valores, atitudes e comportamentos do cotidiano.

Segundo Gerondo (2006),

O ato de cuidar e ser cuidado possui formas que diferem de acordo com as particularidades de cada pessoa com a qual se relaciona, com a origem de cada indivíduo. Relacionamento e cuidado estão ligados intimamente e, neles, um não vive sem o outro, e as relações se solidificam na medida em que se é cuidado e em que se cuida dos demais (GERONDO, 2006, p.17).

Gama (2014), porém analisa o cuidado como trabalho invisível, o qual histórica e culturalmente foi atribuído às mulheres que, geralmente, são as principais cuidadoras, exercendo esta função no seio familiar no papel de mãe. A autora atribui esta invisibilidade a dois grandes fatores que envolvem a definição da família como lugar de consumo e a naturalização da divisão sexual do trabalho no interior das famílias. Tal fato pode ser justificado porque,

O provimento de cuidado e as relações que lhe são consideradas próprias foram historicamente construídas. Com base na sociedade moderna, sobretudo a partir do século XVIII, houve um aprofundamento da divisão de gênero do trabalho que procurou separar a esfera pública da privada, estabelecendo lugares sociais conforme o sexo de cada sujeito, forjando-se uma hierarquia entre as pessoas (ROSA, 2008, p. 275).

Desta maneira, como já dito anteriormente, estabeleceu-se o domínio do homem sobre a mulher de forma que as diferenças sexuais foram apropriadas e ressignificadas socialmente produzindo outras formas de desigualdades para além das econômicas:

Neste contexto, o homem passa a ser associado com o espaço da rua, da política, da competição, do trabalho remunerado e assume a condição de provedor da unidade doméstica bem como o status de autoridade moral da família. A mulher torna-se vinculada à esfera doméstica, privada. Os serviços, “invisíveis”, realizados no lar pela mulher e voltados para a reprodução social do grupo familiar, convertem-se em “atos de amor”. A mulher também passa a comportar as funções de articuladora da coesão da unidade familiar, administradora do orçamento e consumo doméstico, educadora e prestadora de cuidados para o homem e para seus filhos (ROSA, 2008, p. 275).

Na divisão sexual do trabalho, o cuidado ficou como algo inerente à condição reprodutiva da mulher, o que leva Gama (2014) a “conceber o cuidado como uma atividade feminina geralmente não remunerada, sem reconhecimento, nem valoração social” (p.47).

A este respeito, Duarte (2013) afirma que o trabalho do cuidado assim como todas e quaisquer atividades realizadas na esfera privada, geralmente, não é considerado importante por não conter valor econômico e ser marcado pela invisibilidade na produção de valores posta pelo capital na lógica do mercado e por um Estado que não o reconhece como investimento e agenciamento coletivo.

O autor destaca que o cuidado não institucionalizado assume uma ótica de gênero que foi socialmente construída e demarca que, no tocante à política de saúde mental, essa tarefa também tem sido atribuída às mulheres, ressaltando a necessidade de reconhecer econômica e politicamente o trabalho do cuidado, visto que é nesse cotidiano, nas relações singulares entre os sujeitos que “se produzem e reproduzem comportamentos socialmente construídos, uma arena de conflitos, disputas, cooptações, refúgio de um mundo sem coração, em suma, uma oficina das relações sociais” (GAMA, 2013, p. 78).

Nessa perspectiva, Colvero *et al* (2004) afirma que as famílias de pessoas com transtorno mental em seu cotidiano apresentam necessidades internas entre elas: dificuldade em lidar com as situações de crise vividas, conflitos familiares emergentes, culpa, pessimismo por não ver uma saída para os problemas enfrentados, dificuldades materiais e ainda com a complexidade do relacionamento com a pessoa com transtorno mental, além do desconhecimento do transtorno mental, ainda percebido como um enigma e, tantas outras insatisfações. Mas, há também um contexto externo, de crescimento da violência urbana, de esgarçamento do tecido social, que tolhe a ampliação da solidariedade para com as pessoas diferentes, no caso, a pessoa com transtorno mental.

Frente a tantas dificuldades e sem receber a devida atenção pelas políticas públicas de saúde mental, as famílias vão construindo suas próprias estratégias para produzir cuidado, pois são cobradas dos serviços de saúde e da própria comunidade, sobretudo em circunstâncias em que a pessoa com transtorno mental apresenta comportamentos inconvenientes ou considerados inadequados socialmente durante os momentos de crise. Às vezes, por não identificar saída e sem apoio profissional e institucional qualificados, acabam por utilizar-se do “cárcere privado” na lida cotidiana da pessoa com transtorno mental.

“Cárcere privado” compreendido como confinamento de um sujeito em cômodo particular isolado (DRAGO, 2010), aqui especificamente da pessoa com transtorno mental. O “cárcere privado” pode ser implementado a partir do sentimento de insegurança e desconforto devido à imprevisibilidade das ações da pessoa com transtorno mental e à expectativa de que algo súbito possa acontecer a qualquer momento, resquícios do ideário de incurabilidade e periculosidade social ligado ao transtorno mental. É também entendido como uma estratégia de cuidado às avessas, devido a pressões sociais, por comportamentos inconvenientes da pessoa com transtorno mental na comunidade, respostas às limitações físicas e sobrecarga dos cuidadores, dentre outros.

Desta forma, observa-se que:

O retorno do doente mental à família e à comunidade é polêmico e permeado por contradições; dentre estas, é oportuno reiterarmos a carência de serviços extra-hospitalares na comunidade, a descontinuidade dos programas de reinserção social do doente mental e a desconsideração dos desgastes a que ficam sujeitos os familiares (COLVERO *etal*, 2004, p. 200).

Por outro lado, pode traduzir as hostilidades do meio social de vida para com as pessoas com transtorno mentais. O parco apoio das famílias em relação aos profissionais e instituições da rede de suporte sócioassistencial, para construir outras formas de enfrentamento ao estigma e cuidados para com o diferente no território vivido.

Este fato ocorre pela forma que o Estado brasileiro vem conduzindo a redução dos leitos e o fechamento dos hospitais psiquiátricos, sem observar a necessária e efetiva articulação com a abertura e funcionamento de uma rede substitutiva de serviços que tenham uma atuação territorializada capaz de assumir a completa responsabilidade pela atenção à saúde mental nas respectivas áreas de abrangência (RIBEIRO, 2009).

Além disso, é evidente que as famílias também necessitam de apoio contínuo para conseguir promover o suporte necessário, juntamente com os serviços de saúde mental, à pessoa com transtorno mental, pois muitos familiares não se sentem preparados para arcar com os cuidados e, para tanto, necessitam, também, de orientações e acompanhamento. Porém, percebe-se que as famílias ainda não têm recebido a devida atenção pelas políticas públicas de saúde mental:

O familiar, ainda, apresenta-se aos serviços simplesmente como 'informante' das alterações apresentadas pelo doente mental e deve, por conseguinte, seguir passivamente as prescrições dadas pelo tratamento oferecido. Portanto, acolher suas demandas, considerando as vivências, inerentes a esse convívio, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestas pelo grupo familiar continuam a ser o maior projeto de superação (COLVERO *et al*, 2004, p. 198).

Diante das dificuldades no cuidado e convívio familiar e da ausência de serviços na comunidade suficientes e disponíveis que consigam dar conta com efetividade das demandas da pessoa com transtorno mental e seus familiares, o “cárcere privado” aparece como **estratégia** de fácil acesso para a população, mantendo as características do modelo asilar e de exclusão social anteriores à Reforma Psiquiátrica:

Parece que a pessoa com transtorno mental, mesmo fora do manicômio, e sua família estão sendo punidos através da segregação e do estigma que elas ainda sofrem. Desta forma, é urgente que as políticas públicas na área não centrem as ações nos usuários, mas que possam incluir a família e suas relações com a pessoa com transtorno mental e com a rede de cuidado como prioridade, garantindo apoio psicossocial e cuidado integral

(...) para que se possa romper de fato com a cultura manicomial (RIBEIRO *et al*, 2009,p. 139).

Visto isso, Dimenstein e Liberato (2009) afirmam que é necessário investir na saúde mental como uma questão social que requer “uma rede de recursos com amplo leque de estratégias interdependentes, não só sanitárias, mas de suporte social, de moradia, de geração de renda, de potencialização, dos recursos comunitários e etc.” (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009, p. 9) e, assim, promover a inclusão social e o combate ao preconceito, abrindo as portas dos “cárceres privados” e reinserindo a pessoa com transtorno mental em sua comunidade, oferecendo os dispositivos, atenção e apoio necessários a ela e a sua família.

Vale destacar que, em relação à revisão de literatura, há uma escassez de textos e autores que trabalhem com a temática sobre o “cárcere privado” na saúde mental. Dos poucos artigos encontrados, destacaram-se dois que analisam a existência do cárcere privado da pessoa com transtorno mental em municípios específicos – Caicó (RN) e Parnaíba (PI).

Embora de autores e municípios diferentes, os artigos apresentam semelhanças, pois estes apresentam casos em que foi identificado o cárcere privado da pessoa com transtorno mental. Enquanto Silva, Sousa e Veras *et al* (2015) discorrem sobre a caracterização dos casos, Dias, Ferigato e Biegas (2010) descrevem a intervenção das equipes na realidade encontrada a fim de transformá-la.

Posterior à caracterização dos casos e descrição de estratégias de intervenção, os autores analisam o “cárcere privado” da pessoa com transtorno mental, apontando para a necessidade do envolvimento das instâncias de saúde com situações como as de “cárcere privado”:

(...) identificamos que a presença de um Caps em um município não é garantia de que as práticas de saúde mental sejam convergentes às propostas no âmbito da reforma psiquiátrica. Ao contrário, o fato de as instâncias de saúde não enfrentarem situações como as dos cárceres privados dá legitimidade ao fenômeno e dá status de normalidade à situação (DIAS; FERIGATO; BIEGAS, 2010, p. 64).

Nesse sentido, profissionais e serviços de saúde precisam ter ações que levem à consolidação das propostas da Reforma Psiquiátrica, sendo coerentes em suas práticas com os ideais desse processo de transformação:

Para tanto, não é com uma visita ou atendimentos esporádicos que iremos avançar frente aos casos de cárcere privado no município. A construção permanente do vínculo, a escuta, a discussão do caso, o projeto terapêutico e a coordenação e continuidade do cuidado por parte das equipes de saúde (ESF, NASF, CAPS), com ações mais sistemáticas, consistentes e em longo prazo, com foco no paciente e na família, é imperativo para mudarmos essa realidade (SILVA; SOUSA; VERAS *et al*, 2015, p. 133-134).

Além do envolvimento dos profissionais e serviços de saúde, Silva, Sousa, Veras *et al* (2015) recomendam ainda que este envolvimento precisa se aproximar da realidade em que vivem as famílias que mantêm a pessoa com transtorno mental em “cárcere privado”.

Ressalta-se que no Brasil, até finais do século XX, o cuidado ofertado às pessoas com transtorno mental tinha como principal característica as internações prolongadas, ou seja, a institucionalização que gerava o afastamento e o corte radical de seus laços sociais com o ambiente familiar, social e trabalho, se houvesse. Esta forma de assistência, a partir da década de 1980, passa a ser discutida e surge, gradualmente, a ideia de desinstitucionalização que traz a necessidade de re-envolver as famílias no cuidado, atendê-las e apoiá-las em suas dificuldades frente ao sofrimento de seu familiar.

Nessa perspectiva, “a família torna-se usuária dos serviços e, ao mesmo tempo, aliada no processo da produção de cuidado” (DUARTE, 2013, p. 79), sendo necessário esclarecer que a política assistencial proposta pela Reforma Psiquiátrica não é pura e simplesmente a transferência do usuário para fora dos muros do hospital, confinando-o à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte, sem mesmo ter condições financeiras e estrutura para isso.

Ao analisar o processo de desinstitucionalização à luz de Diamantino (2010) e Estevam (2011), Trad *et al* afirmam que esse processo ocorreu no Brasil predominantemente por meio da desospitalização e sua gradual redução de leitos nos hospitais psiquiátricos com pouco investimento na desmontagem do aparato hospitalar e ideologia da psiquiatria clássica, o que provocou reações negativas por parte de muitas famílias que, bruscamente, passaram a se responsabilizar pelo sujeito com sofrimento mental. Os autores ressaltam que os desafios são maiores para as famílias que viviam em condições de extrema vulnerabilidade social e/ou psicológica e que, acontecendo de forma parcial, o processo de desinstitucionalização traz como efeitos colaterais sentimentos de desamparo, de

descuido, de incapacidade de cuidar adequadamente e de despreparo frente às situações de crise por parte dos familiares.

Nessa direção, romper com as grades dos “cárceres privados” exige que as transformações trazidas pelo processo de Reforma Psiquiátrica não se esgotem nas dimensões teórico-conceitual e jurídico-política, mas que alcancem de forma concreta a dimensão sócio-cultural para que, assim, alcancem um dos seus principais objetivos que é a reinserção social da pessoa com transtorno mental, tendo garantidos os seus direitos enquanto sujeito e cidadão. Impõe ainda compreender em que contexto, condições de vida e significado é implementado o “cárcere privado”. Nesse sentido, é fundamental conhecer os recursos individuais, familiares e comunitários da pessoa com transtorno mental. Os recursos dos equipamentos que atuam em prol da reinserção territorial, sobretudo, os Centros de Atenção Psicossocial, Equipes de Saúde da Família; Centros de Referência de Assistência Social (SARACENO, 1994).

Deste modo será analisado a seguir o produto desta pesquisa que apresenta os determinantes e vulnerabilidades sociais que envolvem as famílias da pessoa com transtorno mental em “cárcere privado” na zona norte de Teresina, buscando não só uma análise crítica deste fenômeno, mas, sobretudo, sua compreensão para que seja possível refletir e apontar estratégias de enfrentamento para tal questão que ainda constitui um desafio diante do processo de Reforma Psiquiátrica.

4 FAMÍLIAS E VULNERABILIDADES SOCIAIS: AS SITUAÇÕES DE “CÁRCERE PRIVADO” NA SAÚDE MENTAL

A partir da interpretação dos dados obtidos com os questionários e as entrevistas, foi possível estabelecer quatro blocos de análise para melhor compreensão das situações de “cárcere privado” na saúde mental na zona norte de Teresina. Inicialmente, apresentam-se as vulnerabilidades sociais que envolvem as famílias e as pessoas com transtorno mental, seguido dos motivos apresentados pelas famílias para a manutenção do “cárcere privado” para, posteriormente, discorrer sobre a relação das famílias com os serviços de saúde e a comunidade e, finalmente, apreender a percepção que elas possuem sobre este fenômeno.

4.1 Quem são as pessoas com transtorno mental em situação de “cárcere privado”, suas famílias e seus cuidadores?

4.1.1 Perfil Sociodemográfico

Como já apresentado anteriormente, o perfil sociodemográfico permite conhecer quem são as famílias e as pessoas com transtorno mental em “cárcere privado” a fim de compreender quais as vulnerabilidades sociais envolvem esse fenômeno na saúde mental. Desta forma, através das tabelas a seguir, retoma-se o perfil sociodemográfico para melhor compreensão dos eixos de discussão.

Em relação à pessoa com transtorno mental, predomina pessoas do sexo masculino com idade entre 26 e 40 anos conforme pode ser observado nas tabelas 01 e 02 a seguir.

Tabela 01 - Sexo das pessoas com transtorno mental

Sexo das pessoas com transtorno mental	Nº	%
Masculino	4	80
Feminino	1	20
Total	5	100

Fonte: Pesquisa Direta

Tabela 02 – Idade das pessoas com transtorno mental

Idade das pessoas com transtorno mental	Nº	%
26 a 40 anos	3	60
41 a 60 anos	2	40
Total	5	100

Fonte: Pesquisa Direta

Em relação ao diagnóstico das pessoas com transtorno mental predominam esquizofrenia e o retardo mental, sendo que em uma das situações esses dois diagnósticos estão associados, como pode ser observado na tabela a seguir:

Tabela 03 – Diagnóstico das pessoas com transtorno mental

Diagnóstico das pessoas com transtorno mental	Nº	%
Esquizofrenia	2	40
Retardo Mental	2	40
Esquizofrenia associado a retardo mental	1	20
Total	5	100

Fonte: Pesquisa Direta

Em relação aos cuidadores, prevalece no perfil pessoas idosas, do sexo feminino, viúvas ou solteiras, às quais são responsáveis pelas famílias e as principais cuidadoras da pessoa com transtorno mental. (Tabela 04, 05 e 06).

Tabela 04 – Sexo dos cuidadores

Sexo dos cuidadores	Nº	%
Masculino	1	20
Feminino	4	80
Total	5	100

Fonte: Pesquisa Direta

Tabela 05 – Idade dos cuidadores

Idade dos cuidadores	Nº	%
41 a 60 anos	1	20
Superior a 60 anos	4	80

Total	5	100
--------------	----------	------------

Fonte: Pesquisa Direta

Tabela 06 – Estado civil dos cuidadores

Estado civil dos cuidadores	Nº	%
Solteiro	2	40
Casado	1	20
Viúvo	2	40
Total	5	100

Fonte: Pesquisa Direta

Observa-se também que entre os cuidadores, predomina níveis baixos de escolaridade e de renda, sendo que esta, na maioria das situações, advém do Benefício de Prestação Continuada (BPC) da pessoa com transtorno mental. (Tabelas 07 e 08).

Tabela 07 – Escolaridade dos cuidadores

Escolaridade dos cuidadores	Nº	%
Ensino Fundamental Incompleto	3	60
Ensino Médio Completo	1	20
Ensino Superior Completo	1	20
Total	5	100

Fonte: Pesquisa Direta

Tabela 08 – Renda familiar

Renda Familiar	Nº	%
01 a 02 SM	3	60
03 a 04 SM	2	40
Total	5	100

Fonte: Pesquisa Direta

Em relação à composição familiar prevalece a monoparental feminina, na qual a mulher é a referência e sobre quem recai a responsabilidade com o bem-estar dos sujeitos dessas famílias (Tabela 09).

Tabela 09 – Composição Familiar

Composição Familiar	Nº	%
Conjugal	1	20
Monoparental feminina	4	80
Total	5	100

Fonte: Pesquisa Direta

A análise das tabelas permite constatar algumas vulnerabilidades sociais que serão melhor discutidas a seguir. Verifica-se com o perfil sociodemográfico que nas situações de “cárcere privado” encontram-se pessoas idosas com baixa escolaridade como referência e sozinhas no cuidado da pessoa com transtorno mental em famílias de baixa renda, atingidas pelo ideário neoliberal que pouco investe em políticas públicas.

Para melhor observar cada família, a seguir será apresentada sua caracterização.

4.1.2 Caracterizando as famílias

A seguir, serão apresentadas características das cinco famílias participantes às quais foram denominadas de maneira anônima¹, por sobrenomes aleatórios em ordem alfabética, que são: Família Alves, Família Brito, Família Cardoso, Família Dias e Família Passos.

Quadro 1 – Família Alves

Composição familiar	PTM, mãe (Cuidadora) e 3 irmãos
Renda familiar	2 Salários mínimos (BPC)
Nº de dependentes	4
Características	Casa própria. Transporte Público. Cuidadora viúva. Filhos, incluindo a pessoa com transtorno mental em cárcere privado, solteiros. Um dos irmãos também apresenta transtorno mental e faz acompanhamento no CAPS.

¹A opção pelo anonimato deu-se por conta de o *locus* empírico da pesquisa ser pequeno, assim como o número de participantes.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 2 – Família Brito

Composição familiar	PTM, mãe, pai (Cuidador principal), 3 irmãos
Renda familiar	3 Salários mínimos (2 de BPC e 1 de aposentadoria rural)
Nº de dependentes	4
Características	Casa própria. Transporte Público. Cuidador principal casado e os filhos, incluindo a pessoa com transtorno mental, solteiros. Dois irmãos apresentam transtorno mental e fazem acompanhamento ambulatorial. A mãe possui deficiência auditiva e saúde comprometida.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3 – Família Cardoso

Composição familiar	PTM, irmã (Cuidadora), Pais falecidos. Irmão reside próximo, é casado e possui três filhos.
Renda familiar	1 Salário mínimo (BPC) Cuidadora autônoma.
Nº de dependentes	1
Características	Casa própria. Transporte Público. Cuidadora solteira, sem filhos, conta com o apoio do irmão e de uma das sobrinhas.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4 – Família Dias

Composição familiar	PTM, mãe, primo e tia (Cuidadora).
Renda familiar	2 Salários Mínimos (BPC e aposentadoria).
Nº de dependentes	3
Características	Casa própria. Utilizam o táxi como transporte. A cuidadora é professora aposentada, sendo que a sua renda não consta na renda acima, pois embora permaneça mais tempo com os

	seus familiares dependentes de seus cuidados, ela é solteira e possui sua casa própria e separa os seus gastos dos demais gastos da casa. A família também conta com uma empregada doméstica. A mãe da pessoa com transtorno mental é idosa, apresenta seqüelas de Acidente Vascular Cerebral – AVC e o primo é diagnosticado com retardo mental.
--	---

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 5 – Família Passos

Composição familiar	PTM e mãe (Cuidadora). Irmão reside próximo.
Renda familiar	2 Salários Mínimos (aposentadoria da mãe e pensão por morte do pai).
Nº de dependentes	1
Características	Casa própria. Transporte Público. Mãe idosa e viúva, conta com o apoio do irmão que é casado e reside próximo.

Fonte: Elaborado pela autora

A ilustração em tabelas busca permitir a melhor visualização das famílias a partir das falas que serão apresentadas a seguir, de modo que facilite a identificação das vulnerabilidades sociais que envolvem cada família.

4.2 Vulnerabilidades sociais

O tema da vulnerabilidade social não é novo e já vem sendo usualmente aplicado por estudiosos de diferentes disciplinas há bastante tempo. É um conceito complexo, constituído por várias e distintas concepções e dimensões que podem voltar-se para o enfoque ambiental, econômico, de saúde, de direito, dentre outros. Porém, vale destacar que, apesar de ser uma temática bastante trabalhada, ela ainda consiste em um conceito em construção devido à sua magnitude e complexidade (MONTEIRO, 2011).

A utilização deste conceito se dá a partir dos anos noventa, difundido no debate das políticas públicas inicialmente a partir da epidemia de AIDS, a fim de reconceituar a tendência individualizante da doença (MONTEIRO, 2011; GAMA; CAMPOS; FERRER, 2014).

Segundo Monteiro (2011), vulnerabilidade social é um conceito gestado nos organismos internacionais como alternativa ao conceito de exclusão social e, por isso, tem sido amplamente difundido como orientação para a intervenção dos Estados na consolidação das políticas públicas. Assim, a vulnerabilidade passa a ser compreendida a partir de múltiplos condicionantes, ligada à exposição a riscos de qualquer natureza, sejam eles econômicos, culturais, ou sociais que coloquem diferentes desafios para seu enfrentamento. O autor destaca ainda como aspecto importante neste conceito que a vulnerabilidade social se constitui como um produto negativo da relação entre recursos simbólicos e materiais, de indivíduos ou grupos, e o acesso a oportunidades.

Gama, Campos e Ferrer (2014) chamam a atenção para que a relação entre saúde/doença mental e vulnerabilidade social não se reproduza em uma lógica simplista que associa “loucura” e “pobreza” e reforce o estigma e o preconceito com relação à população menos favorecida. Faz-se necessário analisar essa relação a partir de uma série de reflexões e contextualizações que problematize essa questão e possa contribuir para indicar possíveis direções para boas práticas de saúde mental. Compreender as vulnerabilidades sociais exige ampliação do olhar, saindo do plano individual para o plano das suscetibilidades socialmente configuradas.

Nesse sentido, este estudo apresenta as vulnerabilidades sociais que envolvem o “cárcere privado” das pessoas com transtorno mental, partindo do plano individual, ao apresentar quem são os sujeitos e as situações que os fazem vulneráveis, até o plano social, analisando quais recursos e redes esses sujeitos podem contar diante de suas vulnerabilidades, assim como também o acesso a oportunidades frente aos desafios encontrados.

Como já observado na apresentação do perfil sociodemográfico dos cuidadores, existe uma predominância de cuidadores idosos (com idade superior a sessenta anos), com dificuldades próprias do processo de envelhecimento, sem dispor da mesma energia para prestar cuidados, especialmente à pessoa com transtorno mental:

Eu já tô sem força pra lutar com um cabra desse, um cabra desse tem força. Isto dia ele arrunhou os pés ali dentro, aí eu me vi em grilo... essa daí foi entrar, pegou uma mãozada logo... aí eu... mas... é bicho que tem força, magrinho daquele jeito, mas o sujeito, ave Maria... (Cuidador da família Brito).

Embora o processo de envelhecimento não seja verdadeiramente uma enfermidade, as mudanças estruturais e funcionais do corpo que ocorrem no organismo, principalmente nos sistemas músculo-esquelético, ósseo e nervoso, fazem com que os sujeitos percam sua capacidade funcional para exercer suas atividades da vida diária (RODRIGUES; WATANABE; PARENTE, 2006).

As pessoas idosas são usualmente vitimadas por fragilidades físicas e de saúde, visto que no processo de envelhecimento existe um conjunto de modificações em todos os sistemas orgânicos em que o indivíduo adquire degradação da vitalidade com probabilidade de adquirir patologias, aumentando seu nível de morbi-mortalidade (GERONDO, 2006).

Isso faz com que os cuidadores, por vezes, necessitem passar por internações hospitalares, o que pode ocasionar mais uma situação de vulnerabilidade social no acesso aos serviços de saúde que exigem acompanhante para pessoas maiores de sessenta anos, pois por já serem os principais cuidadores, não podem contar com um acompanhante durante a internação, sendo necessário mobilizar outro cuidador que possa prestar cuidados à pessoa com transtorno mental:

O problema é que quando não é eu no hospital, é essa daí também... É assim... Tem que fazer comida pra esses outros aí... Aí quando eu tô no hospital, ela ta aqui cuidando deles... eu digo logo, se me quiserem só é só, se num quiserem é só me mandar embora que eu vou, vou morrer em casa... Agora mesmo eu fui pro hospital, tem o papel de lá que eles internam, aí eu passei lá quatro dias, aí disseram: nam, você só pode ficar aqui se ficar com uma pessoa... aí eu digo: pois doutora eu vou lhe dizer uma coisa porque o que eu tenho que dizer eu digo é na hora, se a senhora me quiser aqui sozinho, que eu fique aqui me tratando sozinho, eu fico e se for só mais outro, eu vou embora, pode me mandar embora que eu vou embora porque lá em casa num tem quem possa ficar aqui comigo. (Cuidador da família Brito).

Evidencia-se a necessidade do profissional de saúde investigar e conhecer a realidade social dos seus usuários, buscando a compreensão das situações de vulnerabilidade social, evitando que o próprio serviço de saúde seja causador de mais uma situação de vulnerabilidade ao negar internação ao idoso que não possui

acompanhante. Além da articulação entre os serviços que compõem a rede assistencial a fim de cuidar integralmente dos seus usuários.

Ocorre também que a combinação entre o processo de envelhecimento e a tarefa de cuidar acaba por alterar o cotidiano e limitar as atividades da vida diária quanto às atividades de lazer, pois precisam estar sempre disponíveis para suprir a necessidade ou incapacidade do outro (RODRIGUES; WATANABE; PARENTE, 2006), prejudicando a vida social dos cuidadores e a sua manutenção de relações interpessoais, podendo ocasionar o isolamento social e estresse emocional, além da busca tardia de ajuda quando necessária e a tendência a subestimar a severidade de seus problemas de saúde:

Com o tempo eu não vou ter condições de cuidar deles aqui não! Todo mundo diz que eu cuido deles e deixo de cuidar de mim! Eu tô vivendo só pra eles! Todo mundo diz essa história! Todo mundo que conhece aqui!
(Cuidadora da Família Dias)

Como pode ser observado no depoimento anterior, merece destaque também que o familiar cuidador presta cuidados não só a pessoa com transtorno mental em “cárcere privado”, mas ainda a outros familiares que também apresentam transtorno mental ou são idosos com problemas graves de saúde:

Aqui em casa todo mundo é doente, essa casa é igual a farmácia...
(Cuidador da Família Brito).

Em três das famílias entrevistadas tal realidade foi observada. Nas demais, trata-se de famílias pequenas, na qual residem apenas a cuidadora e a pessoa com transtorno mental. No caso da Família Alves, a cuidadora tem mais dois filhos com transtorno mental, um deles encontra-se pelas ruas em outra cidade, já o outro, realiza acompanhamento psicossocial e ajuda nos afazeres domésticos. No caso da Família Brito, o cuidador principal conta com o auxílio da esposa, porém esta também é idosa e tem deficiência auditiva, além de mais dois filhos que também apresentam transtorno mental e realizam acompanhamento ambulatorial. No caso da Família Dias, a cuidadora cuida da irmã que apresenta seqüelas de acidente vascular cerebral e de mais um sobrinho com deficiência mental.

Rosa (2008) afirma que o próprio ato de cuidar implica, em grade medida, isolamento no espaço privado e sobrecarga em um único cuidador que tende a centralizar e tomar para si todos os encargos e processos inerentes ao cuidado, não

se restringindo apenas às questões ligadas à pessoa com transtorno mental, mas também a todo grupo familiar.

Isto ocorre também pela limitação da rede social, constituída de todas as relações do indivíduo, divididas em família, amizades, relações de trabalho ou escolares e relações comunitárias, com que essas famílias podem contar, pois a rede social evidencia os pólos de apoio nas mais diversas funções, tais como companhia e apoio social, suporte emocional, guia cognitivo e conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços que estas famílias possuem ou não. (LAVALL; OLSSCHOWSKY; KANTORSKI, 2009).

No tocante à ajuda material e de serviços e o acesso aos recursos materiais e simbólicos, destaca-se que das cinco famílias entrevistadas nenhuma possui transporte próprio, utilizando-se de transporte público ou de táxi para o deslocamento com os usuários. Os familiares relatam este como um fator que dificulta o deslocamento das famílias até os serviços dos quais necessitam para ter acesso aos cuidados necessários:

Agora ficou tudo ruim porque os ônibus mudaram as paradas, aí andar de pé com ele não tem quem acompanha ele. Se ele fosse uma pessoa que a gente pegasse assim na mão dele e “bora, meu filho”, mas não! Ele caminha numa ligeireza monstra (...) Aí pagar um táxi dois dias, três num pode pagar mais, não tem dinheiro. (Cuidador da Família Brito).

A ausência de transporte prejudica o acompanhamento nos serviços e o cuidado profissional do qual os usuários necessitam, o que contribui para a manutenção da pessoa com transtorno mental em “cárcere privado”. A dificuldade na utilização do transporte público, não só em relação à distância entre as paradas de ônibus, mas também ao comportamento do usuário com os demais levam ao isolamento da pessoa com transtorno mental:

Mamãe levava ele lá pra APAE, é? APAE... aí andava de ônibus, aí ele foi crescendo, aí já chegava dentro do ônibus, quem tiver na cadeira aí ele já queria que a pessoa saísse, aí a pessoa tinha que dá o lugar, não tinha jeito... tivesse sentado, ele num queria saber... aí começou já, aí a mamãe deixou de levar ele, de frequentar a APAE, aí pronto, aí ele foi crescendo, foi ficando violento (...) (Cuidadora da Família Cardoso).

Já a respeito das relações de família e comunitárias, os cuidadores apontam que eles estão sozinhos no cuidado, podendo contar apenas com os familiares mais

próximos que, por terem outras responsabilidades, nem sempre podem oferecer o suporte necessário:

Deus! Só Jesus! O irmão dele trabalha, só chega de noite. Tem folga só no domingo... (Cuidadora da Família Passos).

Em situações que os cuidadores contam com o apoio de familiares mais próximos, observa-se que estes residem bem próximo, o que, mesmo diante de outras responsabilidades, facilita o suporte quando é necessário.

Meu outro irmão só trabalha à tarde... Na parte da manhã ele aparece aqui, ele vem, ele limpa tudo aí. Tem a menina dele que vem aqui, dá água pra ele, dá comida, fica por aqui... (Cuidadora da Família Cardoso).

Com relação aos vizinhos, as falas são bastante negativas e o suporte bastante limitado quando acontece:

Dona menina, hoje em dia pra gente dizer assim “eu tenho um vizinho bom” é meio difícil, é meio difícil, difícil mesmo! (Cuidador da Família Brito)

Eles não se importam não! Eles tem é medo! (Cuidadora da Família Alves)

Só com duas vizinhas. Também são as duas que tem coragem! (Cuidadora da Família Dias).

Nesse sentido, observa-se que entre as diversas demandas familiares, está também o isolamento social que não só a pessoa com transtorno mental em “cárcere privado” vivencia, mas também que suas próprias famílias estão sujeitas, pois, além das dificuldades em participar das atividades sociais e de lazer, convivem também com o distanciamento de vizinhos, amigos e outros parentes (RIBEIRO; MARTINS; OLIVEIRA, 2009).

4.3 Motivos para a manutenção do cárcere privado

Além das vulnerabilidades sociais apresentadas anteriormente, que também se constituem como determinantes para as situações de “cárcere privado” das pessoas com transtorno mental serão apresentados a seguir os motivos que as famílias mais apontaram nas entrevistas para a manutenção do cárcere privado.

Vale destacar que, tratando-se de um acontecimento complexo que envolve aspectos físicos, emocionais, culturais e sociais, o transtorno mental, por sua

complexidade, torna-se de difícil compreensão para a sociedade e, sobretudo, para a família que convive com a pessoa acometida pelo transtorno (RIBEIRO; MARTINS; OLIVEIRA, 2009).

Além disso, considera-se também que as famílias possuem um saber, saber este constituído ao longo dos anos na relação e convivência com a pessoa com transtorno mental, profissionais e serviços de saúde mental que, construído no senso comum, consistem em uma operação que dá sentido às metáforas e imagens que lhe são oferecidas pela história social de seu tempo sobre o processo saúde-doença mental e convívio familiar (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Diante disso, podem-se observar nas cinco famílias entrevistadas falas que revelam o medo, a desconfiança, a imprevisibilidade e agressividade ligada à imagem da pessoa com transtorno mental, construída histórica e socialmente:

Quando era novinho ele ao precisava ficar assim não, aí ele começou a ficar agressivo, começou a pegar nas coisas, crescendo, né? Foi desenvolvendo, aí começou já a ficar agitado, aí pega umas coisas e arrasta aí pra dentro do quarto, aí o papai, na época, né? Fez os quartos, o quarto ali pra botar ele... (Cuidadora da Família Cardoso).

Colvero, Ide e Rolim (2004) afirmam que os familiares demarcam aquilo que para eles aparece como comportamento estranho, não esperado e não compreensível e o fazem fundamentados nos saberes historicamente acumulados e reiterados por meio das relações sociais.

Se ele sair só Deus mesmo pra fazer ele voltar... Ele num volta não... E o mais é isso porque pra ele, quando ele sai, tanto faz ele ta vestido como não, ele arranca a roupa fora e se manda no mundo, sem destino. E a gente tem medo de as pessoas assim, num tem a cabeça bem boa, vê essas coisas assim e pensar que ele ta fazendo aquilo porque quer que hoje tem demais... aí, aí a gente não deixa mesmo não, ele sair não, deixa mesmo não. (Cuidador da Família Brito).

A partir de elementos do comportamento, próprias de alguns transtornos mentais, entre eles a esquizofrenia que está entre os principais diagnósticos dos sujeitos dessa pesquisa, e das dificuldades em lidar com eles, tais como alucinações, delírios, distúrbios do pensamento, comportamento de auto e heteroagressividade e ainda com a apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais (COLVERO; IDE; ROLIM,

2004), estão intimamente ligadas à manutenção do “cárcere privado” frente ao medo e à desconfiança no convívio com a pessoa com transtorno mental:

Essas coisas assim é violenta... é de momento. Não é porque ele quer, principalmente porque ele só me chama de mãe quando ele tá aperreado. Ele me chama de dona Maria... (Cuidadora da Família Alves).

Outro motivo apresentado pelas famílias para a manutenção do “cárcere privado” está relacionado à convivência com a pessoa com transtorno mental que, diante das falas, verifica-se ser marcada por um sentimento de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações, fazendo com que os cuidadores convivam com a expectativa de algo súbito possa acontecer a qualquer momento (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004):

Porque ela tem os momentos, a gente ta ali numa boa, quando pensa que não ela vem em cima da gente, num dá tempo nem a gente se levantar... é desse jeito aí, mas tem força! E a pessoa desse jeito (apontando para a mãe da usuária), quase não anda nem dentro e casa, tem condição de ficar sozinha com essa menina solta? É só pra isso mesmo que a gente faz, pra evitar o pior. O pior é só isso! É agressiva, se não fosse... (Cuidadora da Família Dias)

Eu coiso porque tem dias que ele ta agressivo demais (...) Um dia ele tava solto aqui, tacou um pau em minhas costas, aí eu digo: vai matar mesmo, será se vai matar mesmo hoje? (Cuidadora da Família Passos)

A este respeito, Willrich *et al* (2011) afirmam que a agressividade e o comportamento violento constituem um dos desafios para as práticas em saúde mental. O comportamento da pessoa com transtorno mental, tradicionalmente considerado pela psiquiatria como incompreensível e imprevisível, despertou certa dose de temor e justificou a adoção de práticas de exclusão e segregação orientadas pela ideia de que a pessoa com transtorno mental é perigoso para si e para o seu grupo social.

Para desconstruir o sentido de periculosidade social que envolve as situações de crise, é necessário que os aspectos negativos da crise sejam redimensionados de maneira que seja construído o entendimento de a crise ser um uma situação possível de ocorrer mesmo em casos nos quais os profissionais de saúde mental considerem que o usuário em questão esteja em um bom acompanhamento psicossocial. Por isso, para o cuidado da crise é necessário lançar mão de instrumentos complexos, como a escuta que permita a expressão das subjetividades

e uma intervenção que instrumentalize o sujeito a responder às situações desencadeantes da crise (WILLRICH *et al*, 2011).

As famílias também relatam sobre os danos materiais que possivelmente foram causados em situações de crise:

Um dia ele fez um espalhafate aqui que foi preciso fechar aqui, fechar a porta lá. Aí ele se fez de manso, quando ele entrou pra dentro, tacou a mão na televisão que tinha ali, largou no chão e a bagaceira foi feia... Já ta com três (risos) que ele quebra, né? Aí eu sei que o jeito que tem é trancar. (Cuidador da Família Brito).

Quando ele ta agitado, às vezes, ele fica batendo no portão, chuta, chuta, chuta, até entortar os ferros, às vezes, é desse jeito... (Cuidadora da Família Cardoso).

Tava agressivo demais, quebrava cadeira, quebrava tudo, quebrava espelho e ele quebrava tudo, pegava as coisas... Foi mais difícil... eu botava a televisão, tinha as coisas dele lá no quarto, tinha o rádio, aí um dia ele quebrou foi tudo, aí não tem condições da gente dá nada pra ele não... (Cuidadora da Família Passos).

Willrich *et al* (2011) afirmam que os momentos de crise podem gerar nas famílias, em muitas situações, angústia, mobilizando sentidos de impotência a partir da experiência do não saber. Por conseguinte, a atenção à crise precisa romper com o sentido da periculosidade que coloca a pessoa com transtorno mental como ameaçadora, da qual devemos nos proteger. A periculosidade é um critério generalizante usado para a exclusão e segregação da loucura sem nenhuma contribuição no desenvolvimento da escuta. É ainda um critério inadequado por não considerar que todos os sujeitos, ainda que ditos “normais”, podem ter atitudes imprevisíveis e incompreensíveis. Assim, a imprevisibilidade é componente da natureza humana e não está limitada à loucura, embora esta carregue o sentido de medo e a necessidade de distanciamento social, de forma que esse entendimento leve a compreensão de que a crise é uma situação que pode acontecer e que o risco e a insegurança que ela envolve não são diferentes do risco e da insegurança a que estamos expostos no diaadia.

Os autores afirmam ainda que para mudar a lógica do encarceramento, precisamos encarar os desafios e construir formas de convivência com a loucura, inclusive nos momentos de crise. Em vez de dar lugar aos sentidos de perigoso e incapaz, precisa-se estudar possibilidades para o fortalecimento das capacidades

dos sujeitos e para a inserção no corpo social, a partir da construção de práticas de atenção que respeitam e garantam os direitos de cidadania.

Ressalta-se que o medo do louco e da loucura é um sentido que impossibilita à construção de uma relação sujeito a sujeito, de um encontro em que estejam presentes o vínculo, a afetividade e a reciprocidade. Ao temer a pessoa com transtorno mental, a família não permite que ele seja sujeito de sua própria história e nega a possibilidade de conviver e compartilhar, com ele, o momento de sua crise. Assim, tanto as famílias como os profissionais, precisam de disponibilidade afetiva para conviver, para ir de encontro ao outro e caminhar juntos ao outro, respeitando suas decisões e seu tempo (WILLRICH *et al*, 2011).

Vale destacar que, a partir da análise de prontuários, foi constatado que todos os sujeitos da pesquisa passaram por inúmeras internações psiquiátricas, o que pode ter contribuído para a negatividade relacionada ao transtorno mental. Rosa (2008) aponta que, inicialmente, durante a primeira crise e internação, a família ainda apresenta esperanças, movimentando todos os recursos familiares disponíveis para o investimento na cura da pessoa com transtorno mental. Porém, com as novas crises e internações psiquiátricas, as famílias vão substituindo as esperanças pela certeza da incurabilidade, provocando o enrijecimento da relação entre as famílias e a pessoa com transtorno mental e confirmando a suspeita de impossibilidade de mudanças no comportamento dela.

Pode-se perceber que ainda são fortes os traços de uma cultura manicomial, reafirmadas em falas que infantilizam e enfatizam a busca por um “controle” da pessoa com transtorno mental:

É a cabecinha dele, né? Tudo tem que dá na mão... água, comida... ele não se manifesta assim com a própria mão, pra ele comer, tem que dá tudo na mão dele, dar banho... (Cuidadora da Família Cardoso)

Um remédio pra controlar mesmo ela de verdade porque, por enquanto, ainda não ta controlada porque a briga continua, ela briga aí sozinha, fica dizendo que tão fazendo careta pra ela, ela falando em matar a gente, então isso aí, acho que ela não ta controlada. (Cuidadora da Família Dias)

A visão que o cuidador apresenta da pessoa com transtorno mental é alterada a partir das várias reinternações, estabilidade ou intensificação dos sintomas. Um sentimento perceptível, inicialmente, é o de superproteção que tende a levar à

infantilização, fazendo com que as famílias refiram-se à pessoa com transtorno mental com palavras no diminutivo e trata-la como criança. Além da superproteção, muitas vezes, em razão da agressividade, a pessoa com transtorno mental passa a ser vista como ameaça e seus cuidadores passam a conviver com o medo de forma que a expectativa de cura vai dando lugar para a perspectiva do controle comportamental (ROSA, 2008).

Vale destacar que esta visão está ligada à dificuldade de atenção à crise nos serviços substitutivos, pois este ainda é um dos aspectos mais difíceis e estratégicos como afirmam Willrich *et al* (2011).

As crises psíquicas em saúde mental caracterizam-se como o momento da vida em que o sofrimento é tão intenso que acaba por gerar uma desestruturação na vida psíquica, familiar e social do sujeito. Situações em que, no curso de desenvolvimento de vida, ocorrem vivências conflitivas que acarretam uma ruptura com a realidade socialmente aceita e com os laços afetivos que o sustentam como pessoa (WILLRICH *et al*, 2011).

Willrich *et al* (2011) ressaltam que em nossa sociedade existe certa tolerância à loucura, quando esta se apresenta “controlada”, porém diante de sua face “enraivecida”, ou seja, em momentos de crise, a sociedade impõe como castigo sua reclusão e dominação. Isto perdura até os dias de hoje, sustentando o sentido de medo e perigo que acompanha a loucura desde os primórdios. O discurso científico em torno da crise psíquica, devido ao risco de atos violentos e agressivos, despertou na sociedade o sentimento de medo e trouxe para o cenário social a noção de periculosidade.

No entanto, diferente do modelo clássico da psiquiatria, o novo modelo de assistência à saúde mental, a crise não é entendida apenas como uma grave disfunção exclusivamente em decorrência da doença, e sim como uma crise existencial, social e familiar que envolve a capacidade do sujeito em responder a situações desencadeantes, considerando seu aspecto mais social do que biológico ou psicológico (WILLRICH *et al*, 2011).

Nesse sentido, a crise precisa ser vista como uma possibilidade de transformação da relação entre profissional e usuário e do usuário com a sociedade, pois, caso contrário, continuará um entrave, sustentando o sentido de medo e perigo que acompanha a loucura por muito tempo.

Dessa forma, precisa-se entender desinstitucionalização vai além da abertura de novos serviços, implica também a abertura de nossas metes para o entendimento da pessoa em sofrimento psíquico. O desafio é posto aos profissionais que atuam na saúde mental que, não têm mais respostas prontas, devendo criar alternativas concretas dentro da própria relação tensa, sujeito a sujeito.

É necessário romper com o estigma da periculosidade que tem acompanhado a pessoa com transtorno mental que traz como consequência o isolamento/asilamento e a negação de seus direitos de serem cuidados como cidadãos (WILLRICH *et al*, 2011).

4.4 Relação com os serviços de saúde e comunidade

A relação com os serviços de saúde e comunidade, embora estejam englobados no conceito de vulnerabilidade social apresentado anteriormente e conste como mais um fator determinante para a utilização do “cárcere privado” como estratégia de cuidado, merece ser analisada à parte, pois necessita de uma análise mais complexa no sentido de identificar como, principalmente os serviços de saúde mental, em determinadas ações e até mesmo ausência delas, reforçam a cultura manicomial, não contribuindo para a efetivação do processo de Reforma Psiquiátrica em curso.

Sobre a relação com os serviços de saúde e demais políticas públicas e a comunidade, as famílias entrevistadas referem cuidar das pessoas com transtorno mental utilizando-se apenas dos atendimentos ofertados no CAPS. A análise de prontuários permitiu constatar que o atendimento ofertado pela equipe multiprofissional do CAPS Norte nas situações que envolvem “cárcere privado” acontece por visitas domiciliares com a finalidade, inicialmente, de realizar a avaliação médica e, posteriormente, apenas para a manutenção de medicação. Quando as consultas ocorrem no CAPS Norte, comparecem somente os familiares cuidadores que informam ao médico a atual situação da pessoa com transtorno mental.

Lima (2015) relata sobre essa constatação em seu estudo ao analisar e descrever uma visita domiciliar em que acompanhou a equipe do CAPS. O autor afirma que, após a realização do atendimento e medicalização do usuário, nenhuma outra visita ou prática de cuidado havia sido articulada a fim de averiguar o contexto

socioeconômico da pessoa com transtorno mental e de sua família e sua história de vida.

À luz de Barbosa (2014), o autor indica que o profissional de saúde mental deve estar atento às formas tutelares que persistem em enclausurar o usuário por via do autoritarismo e da arbitrariedade, construindo ações que promovam saúde mental de forma social e multivetorial, na qual é necessário considerar aspectos socioculturais, econômicos, biológicos, percursos e histórias de vida e, assim, possa-se romper com a centralidade na medicação, própria dos dispositivos tradicionais de saúde mental:

Eu só pego remédio lá no Caps mesmo. (Cuidadora da Família Alves)

Primeiro tava vindo a doutora, depois vem só as enfermeiras mesmo com a injeção. (Cuidadora da Família Passos)

Vale destacar que a postura profissional diante dessas situações, como foi analisada nos prontuários e confirmada nas falas acima, em preocupar-se apenas com a manutenção das medicações reforça certas linhas tradicionais na ação do CAPS que estão centradas no saber-poder psiquiátrico e nas formas manicomialis de atuar, visto que os profissionais voltam a sua atenção mais para sinais, sintomas, diagnósticos, refazendo o caminho tradicional da psiquiatria, do que para a análise do contexto social e a aproximação da história de vida das famílias a fim de se pensar em estratégias para a transformação da realidade sociocultural na convivência com o transtorno mental (LIMA, 2015).

Willrich *et al* (2011) ao analisar as crises psiquiátricas, referem que ignorar a complexidade do sofrimento, simplificando-o por meio da atenção ao sintoma, retira do seu sujeito a responsabilidade por sua vida, descontextualizando-a e roubando sua autonomia, além de desconsiderar a potencialidade da crise enquanto movimento de mudança e transformação.

Os autores seguem afirmando que a crise deve ser compreendida como oportunidade de transformação, como um momento de metamorfose, de saída de um lugar historicamente dado para outro a ser reconstruído. É necessário questionar algumas concepções ainda existentes em nosso cotidiano que tendem a generalizar a crise, entendendo-a com um desvio da conduta normal, como um erro, como uma dificuldade de adaptação ou distúrbio. Buscando, com isso, construir formas de

compreender as situações de crise em sua singularidade e em seu contexto existencial.

Portanto, atendendo aos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, é necessário produzir novas formas de cuidado, cuidado que não se exclua, violento ou discrimine os sujeitos, mas construir um cuidado que crie possibilidades para a valorização de seus desejos e projetos. A construção de uma clínica ampliada não nega o risco que uma situação de crise pode acarretar, porém sobrepõe a este o compromisso de construir cuidado que novas formas de abordagem do usuário na crise que não sejam atitudes de violência, repressão, nem de indiferença, pois, muitas vezes, o medo impede a aproximação, o vínculo e o sentido de responsabilização pelo cuidado na crise. Dessa forma, precisa-se entender que a desinstitucionalização vai além da abertura de novos serviços, implica também a abertura de nossas metes para o entendimento da pessoa em sofrimento psíquico. O desafio é posto aos profissionais que atuam na saúde mental que, não têm mais respostas prontas, devendo criar alternativas concretas dentro da própria relação tensa, sujeito a sujeito (WILLRICH *et al*, 2011).

Para melhor intervir nessas realidades, buscando fazer jus a proposta da Reforma Psiquiátrica, a relação com o usuário deve ter como base encontros pautados no diálogo de modo que, distanciando-se dos dispositivos tradicionais, abram-se canais de comunicação que se estendam ao território, no qual devem transitar a comunidade e os recursos sociais disponíveis, articulando, assim, o cuidado no território e promovendo a invenção de inserções da loucura no tecido social (LIMA, 2015).

Cabe ao profissional de saúde mental, abrir novas possibilidades às famílias, construindo vínculos a fim de trazer maior segurança diante do acompanhamento psicossocial, visto que quando questionadas sobre a possibilidade de a pessoa com transtorno mental em “cárcere” realizar o acompanhamento psicossocial, os familiares apresentam receio, desconfiança e referem que os usuários não se adaptam ao ambiente do serviço:

Ele não tem condição de ir pra lá não porque uma vez eu levei ele pra lá e nem pra fazer aquele de primeira vez, a triagem, ele num ficou... Pelejei, pelejei e ele num ficou, o professor pelejou, pelejou, aí o professor disse “não, esse aí não”... (Cuidador da Família Brito)

Eu disse a ela (assistente social do CAPS Norte) “a senhora pode levar se a senhora garantir que não vai deixar ele se tacar no mundo... (Cuidadora da Família Alves)

A falta de investimento dos profissionais de saúde mental nas situações de “cárcere privado” contribui para que as famílias apresentem visão ainda bastante negativa em relação ao transtorno mental, como algo incurável, sem possibilidades de melhora e reinserção social. Diante de indagações sobre outras possibilidades de cuidado, os familiares trazem para a cena outras estratégias manicomiais, referindo inclusive o uso de correntes:

Solto dá não! Solto pra cuidar todo tempo num dava não! Aí tinha que ter, era o jeito, tinha que ter era uma corrente porque sujeito pra pegar... um cabra desse aí solto, pra vir em cima da gente, ia matar... (Cuidador da Família Brito)

Ele num ta amarrado... Antigamente, ele tava tão agressivo com a gente que ele entrava dentro do quarto, aí quebrava a porta, aí precisou meu menino amarrar ele com um cordão... (Cuidadora da Família Passos).

Quando não relatavam sobre o uso de correntes, apontava como outra estratégia, o uso de uma medicação mais eficaz:

Eu não sei assim mais ou menos como posso responder... Eu acho assim que alguma coisa que podia fazer se fosse assim um remédio pra controlar mesmo ela... Um remédio ou sei lá... Não sei nem dizer outra coisa que possa controlar ela mais, eu nem sei dizer... (Cuidadora da Família Dias).

Vale destacar que a falta de investimento por parte dos profissionais nas situações de “cárcere privado” é apenas um reflexo da falta de investimento da gestão municipal de Teresina na política de saúde mental que, tendo como marca o descaso histórico com tal política, só investe nesse âmbito a partir de pressões do Ministério Público do Estado do Piauí, isso devido ao “abandono e contenção de gastos” que “pautam o modo de governar a capital nas últimas três décadas (LIMA, 2015).

O descaso e a falta de investimento da gestão pesam sobre os profissionais e refletem em suas práticas, visto que na ausência de uma política de formação e oferta de capacitações, os profissionais que desejam buscar conhecimentos sobre as práticas em saúde mental o fazem por conta própria, sem apoio, incentivo ou estímulo da prefeitura (LIMA, 2015).

Essa falta de investimento também é observada nos próprios processos de trabalho e na área de abrangência do CAPS II Norte eu, abrangendo toda a zona norte, incluindo áreas urbanas e rurais, atende a uma população de 300 mil habitantes, quando o teto máximo de um CAPS II é de 200 mil (LIMA, 2015). Em janeiro de 2017, segundo os dados obtidos junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, o CAPS II Norte apresenta um total de 2188 usuários, dos quais 1437 estão em arquivo morto, seja por óbito, encaminhamento ao ambulatório ou à Estratégia Saúde da Família, ou ainda por desistência, e 761 permanecem ativos, seja comparecendo apenas para consultas médicas ou participando das atividades cotidianamente no serviço.

Em relação às visitas domiciliares, o CAPS Norte realiza em média o acompanhamento de 26 usuários por mês, sendo uma média de seis visitas por semana. Vale destacar que o serviço disponibiliza de carro para a realização de visitas domiciliares apenas uma vez durante a semana, às sextas-feiras nos turnos manhã e tarde. Diante disso, é possível compreender as posturas profissionais que não dispõem de recursos suficientes para estar mais próximo a estas famílias no território, traçando junto com as mesmas novas possibilidades para a convivência com a pessoa com transtorno mental e construindo novas formas de cuidar na comunidade.

Predomina a negatividade e a ideia do uso da medicação apenas para controlar a pessoa com transtorno mental:

Ele num melhora mesmo não, aquilo ali é só pra ele não ter muita reação, não ta zangado... O sujeito toma pra livrar de muitas coisas, mas pra dizer assim que vai ficar bom? Nem pense... aí só se for com ajuda daquele lá de cima... (Cuidador da Família Brito).

Tal fato está ligado a não alteração do quadro da pessoa com transtorno mental mesmo com o tratamento recebido como se nada conseguisse efetivamente dar respostas às angústias familiares na convivência com a pessoa com transtorno mental (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Quanto a isso merece destaque o lugar que o manicômio ainda ocupa nas práticas de saúde mental em Teresina como forma de resposta a estas angústias, especialmente na zona norte, onde está localizado o Hospital Areolino de Abreu, atualmente, o único hospital psiquiátrico da cidade. Ressalta-se que o extinto

Sanatório Meduna também estava localizado na zona norte, o que contribuiu para caracterizar o perfil populacional desta localidade e ainda construir historicamente o lugar social da loucura no município.

O CAPS Norte, mesmo sendo um serviço substitutivo que deve ser pautado segundo a lógica antimanicomial, ainda estabelece relações muito próximas com o Hospital Areolino de Abreu não só pela proximidade territorial, mas também pelas mentalidades e práticas existentes entre os sujeitos desse território (LIMA, 2015).

Embora esteja presente na atuação dos profissionais do CAPS II Norte a preocupação em ir de encontro ao usuário em sofrimento no território, Lima (2015) observa certas linhas tradicionais de ação do CAPS, prevalecendo o saber/poder psiquiátrico e as formas manicomiais e violentas de atuar, reforçando a crença comum no serviço em questão de que a principal forma de atuação está na medicalização.

Willrich *et al* (2011) afirmam que para a construção de novas formas de cuidar, é necessário discutir formas de lidar com a pessoa com transtorno mental sem receios e tabus. O primeiro encontro entre profissional e usuário, mesmo que este esteja em crise, é o momento de construir as bases para uma relação de confiança, vínculo e reciprocidade. Portanto, os CAPS, por serem serviços substitutivos e por prometerem ser o lugar de críticas às formas hegemônicas de se construir práticas antimanicomiais, devem se tornar lugares para manifestação de grandes conflitos e desafios, e ousar dar conta dessas missões gigantescas, é estar aberto a operar no tamanho da sua potência e governabilidade.

Percebe-se, portanto, que familiares e profissionais de saúde reproduzem práticas asilares tradicionais, não investindo na participação ativa da pessoa com transtorno mental, contribuindo para reforçar a visão de que o único lugar possível para ela seja o de paciente, tutelado, incapaz de ressignificar a sua vida (RIBEIRO; MARTINS; OLIVEIRA, 2009).

4.5 Percepção das famílias em relação ao “cárcere privado”

Mesmo sendo considerado crime segundo o Código Penal Brasileiro, foi notório nas falas sobre a manutenção do cárcere privado que as famílias referem utilizar desse fenômeno por proteção, seja para proteger os cuidadores, como também para proteger as próprias pessoas com transtorno mental. Observam-se

falas com grande afeto, cuidado e preocupação e, diante das vulnerabilidades citadas acima, os familiares recorrem ao “cárcere privado” não como uma prisão, mas também como uma forma de proteger, de conviver, pois as famílias vão construindo suas próprias estratégias para sua dinâmica interna:

É uma proteção. Se ele não tivesse ali, ele já tava era morto, já botaram fogo nele uma vez... (Cuidadora da Família Alves)

Não, eu sei que não é muito bom! Mas também soltar na rua pros outros andar querendo judiar com ele ou então matar ele, a gente num vê mais... eu mais antes tô com ele bem aí, porque na hora que eu fizer um café, ele ta no ponto, na hora que fizer comida, ele ta no ponto, na hora que ele quiser tomar um banho, ta no ponto... (Cuidador da Família Brito)

É obrigado! Eu só faço isso porque é obrigado! Porque eu sei que acontece o pior! E pra evitar o pior, é melhor ficar do jeito que está porque nós estamos todo mundo vivo, cuidando dela e ela vendo nós e nós vendo ela... e se ela matar um de nós? Como é que vai ser? Quem é que vai cuidar dela? Num tem quem cuide dela... (Cuidadora da Família Dias)

Muita gente tem falado assim, mas eu digo “minha gente é porque é obrigado! Porque ele não ta trancado como uma prisão, aí é uma segurança porque ninguém pode ter outro jeito. (Cuidadora da Família Passos)

Tais falas permitem perceber que o “cárcere privado” para essas famílias não significam uma prisão ou maus tratos à pessoa com transtorno mental, mas sim a forma pela qual, tradicionalmente, eles conviveram com o transtorno mental na perspectiva de estar fazendo o melhor que pode ser feito, de estar agindo com proteção.

Essa construção histórica e cultural necessita ser transformada e as equipes de saúde mental possuem papel fundamental, pois precisam encontrar nessas fragilidades familiares as potencialidades da rede familiar e social disponíveis a fim de que a família reconstrua as ideias que elas possuem em torno do cuidado e proteção da pessoa com transtorno mental.

O cuidado de pessoas com transtorno mental traz novas exigências à organização familiar, na aquisição de habilidades, no manejo das crises ou nos relacionamentos com os serviços e profissionais, situações que, em um primeiro momento podem levar à desestruturação da família. Em qualquer caso, é preciso afirmar que o Estado segue sendo responsável por prover a atenção em saúde mental e que os serviços que atuam nesse campo devem configurar uma rede integrada capaz de promover o cuidado integral que acolha e que dê suporte à família.

A política de saúde mental na atualidade vive o limiar entre a esfera da privacidade de um lado, no enclausuramento da diferença e, de outro, a construção de respostas por parte do Estado através dos novos serviços públicos de saúde mental e coexistência com a velha ordem manicomial.

Nessa perspectiva, Duarte (2013) ao relatar sobre os desafios do atual modelo de atenção psicossocial na atualidade aponta:

Por um lado, uma cultura institucional do cuidado que insiste em dizer que lugar de louco é no hospício, e, por isso, defesa intransigente da internação como um único modo de responder à crise, e, por outro, às diversas tentativas por parte dos trabalhadores da saúde mental na (re) habilitação desses sujeitos a partir de serviços abertos e comunitários à sua família, ao seu território e à sociedade (DUARTE, 2013, p. 80-81).

Pode-se afirmar que entre os principais desafios está definir melhor qual a co-responsabilidade das famílias na atual política de saúde mental e qual atenção será destinada a essas famílias dentro da própria política, visto que durante anos, o cuidar estava associado ao isolamento, fazendo com que, em nome do que consideram proteção, as famílias continuem a reproduzir práticas da cultura manicomial, e que essa transformação cultural necessita de tempo e investimento para ser transformada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O “cárcere privado”, na saúde mental, é um fenômeno complexo e, como tal, exige análises e intervenções complexas que possam dar conta de responder às vulnerabilidades sociais que o geram.

Portanto, este estudo buscou analisar a percepção que as famílias possuem em relação ao cárcere privado, utilizando-se do mapeamento dessas famílias para verificar o perfil sociodemográfico dos sujeitos da pesquisa a fim de identificar as vulnerabilidades sociais que envolvem este fenômeno, investigando os determinantes sociais para a manutenção do “cárcere privado” e ainda os tipos de apoio e suporte social com os quais as famílias podem contar.

Em relação ao perfil sociodemográfico, destacam-se como familiares cuidadores, mulheres idosas e de baixa escolaridade, com rendas oriundas de aposentadoria ou pensão, que são referências em uma família monoparental.

Já em relação às pessoas em “cárcere privado”, predominam homens adultos, solteiros, beneficiários da assistência social que, até mesmo pela situação vivenciada, apresentam baixa escolaridade e poucas trocas sociais, diagnosticadas com retardo ou esquizofrenia.

Nesse sentido, constata-se que esse fenômeno engloba um tensionamento diante de sua própria dominação e caracterização. O que para a esfera de garantia de direitos e para os profissionais de saúde mental é “cárcere privado”, para as famílias é a forma que elas encontram em meio às suas vulnerabilidades para prover cuidado diante da ausência de uma rede fortalecida e integrada que lhe proporcione o suporte e apoio necessários nas suas limitações diante da complexidade do cuidar em saúde mental.

Tal complexidade é observada nos próprios serviços de saúde mental que ainda não dispõem de estratégias que possam contribuir para a transformação da maneira pela qual as famílias e a comunidade se relacionam com a pessoa com transtorno mental, prevalecendo a centralidade na medicação e no atendimento médico, o que acaba evidenciando linhas tradicionais de atuação centrados no saber/poder médico e reforçando traços da cultura manicomial.

Buscar a percepção das famílias em relação ao “cárcere privado” se faz necessário para melhor conhecer e compreender familiares que, muitas vezes, estão expostos a uma grande vulnerabilidade social e, envoltos em suas carências,

incertezas, dificuldades e sofrimentos, buscam soluções imediatas e tradicionalmente fixadas.

Assim, é necessário aproximar-se dessas famílias para que estas, chamadas a ser co-responsáveis no cuidado em saúde mental, não fiquem fadadas ao instituído como algo imutável, esquecidas e sem suporte na repetição de práticas antigas e que não apresentam resolutividade.

As situações de “cárcere privado” na saúde mental trazem para o processo de Reforma Psiquiátrica o desafio da efetiva desinstitucionalização, sendo esta capaz de indicar para as famílias novas formas e possibilidades de cuidar em liberdade e comunitariamente, tendo como base uma rede de serviços e de apoio que possam oferecer suporte aos familiares, visto que o Estado segue responsável pela atenção em saúde mental e aos serviços cabe a atuação intersetorial para que possa promover o cuidado integral e ainda acolher e dar suporte para as famílias.

A análise deste fenômeno reafirma a necessidade de voltar o olhar também para os familiares e cuidadores para que estes também estejam incluídos nas redes de cuidado e possam ter lugar definido na política de saúde mental de forma que também sejam considerados suas condições e modos de vida e, a partir disso, possa investir a devida atenção a fim de construir coletivamente novas possibilidades de produção de cuidado em saúde mental que sejam capazes de romper com a cultura manicomial, ainda tão presente, mesmo com o processo de Reforma Psiquiátrica.

É indiscutível, pois, que a ampliação da integralidade, a intersetorialidade e a responsabilização territorial devem pautar as novas práticas em saúde para que aconteça efetivamente o que é sugerido pelo processo de desinstitucionalização.

Nessa perspectiva, o município de Teresina/PI vem trilhando novos fazeres e práticas em saúde mental que podem contribuir para combater as situações de “cárcere privado” ainda encontradas nas áreas de abrangência dos CAPS nessa cidade.

Como nova prática, pode ser apontado o projeto denominado Rede Instituições e Articulação (RIA), idealizado pelo Serviço Social do turno da manhã do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Sul da cidade de Teresina/PI, que tem como principal objetivo articular a rede formal e informal do seu território de abrangência, criando um espaço de comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem essa rede.

De modo que os objetivos do projeto RIA são: articular a rede formal e informal de cada zona territorial de Teresina/PI; mapear os dispositivos localizados em cada zona territorial de Teresina; proporcionar a comunicação contínua entre os diversos atores sociais que compõem a rede formal e informal do município de Teresina; realizar ações intersetoriais nos diversos espaços da rede; planejar atividades intergeracionais a serem executadas em cada território, sem critérios de exclusão; favorecer a reinserção social da pessoa com transtorno mental no território.

O projeto RIA foi organizado inicialmente no Território Sul de Teresina e suas ações tiveram início no dia 14 de Julho de 2015, onde os profissionais da Rede Socioassistencial da Rede de Atenção Psicossocial da Zona Sul de Teresina foram convidados a comparecer ao CAPS II Sul para uma reunião cujo objetivo era proporcionar a aproximação entre os serviços. Nesse momento, foi discutida a importância de articular a rede e de considerar o usuário como parte do território e, não dos serviços, assim, acordou-se a contínua comunicação entre os dispositivos que compõem o território sul de Teresina.

Como estratégias de intervenções instituíram-se: Reuniões mensais; realização de atividades compartilhadas no território; discussão de casos; matriciamento; visitas conjuntas, entre outros. Portanto, vale destacar que, as ações da RIA são planejadas em conjunto pelos seus participantes, logo, em seu período de execução foi possível discutir temas como: valorização da vida, promoção de saúde e qualidade de vida da mulher no território, assim como, realizou-se o carnaval integrado da zona sul em 2016, o qual permitiu a integração da pessoa com transtorno mental e a comunidade. Nota-se que tais ações permitem que os serviços envolvidos no projeto se mantenham em constante contato.

No entanto, o processo de implantação e execução do projeto RIA no território Sul de Teresina permitiu identificar a importância do apoio da gestão para que haja a institucionalização da RIA e o projeto se insira como parte do processo de trabalho dos dispositivos tornando-se algo efetivo. De modo que foram realizadas sensibilizações com as gestões dos serviços de saúde e da Assistência Social, no entanto, ainda não foi possível a adesão de alguns serviços que são primordiais para a inserção da pessoa com transtorno mental no território.

Outro processo relevante para contribuir com o avanço do processo de desinstitucionalização e humanização da atenção em saúde mental é o

matriciamento que surge como uma proposta integradora que visa modificar a lógica tradicional de encaminhamento.

O matriciamento pode ser entendido como um arranjo organizacional que tem como finalidade viabilizar o suporte técnico em áreas específicas, através do compartilhamento e corresponsabilização de casos (BRASIL, 2011).

Isso mostra a necessidade de atuar de forma que se ponha em cena as estratégias e percursos formativos específicos que possam favorecer o intercâmbio de conhecimentos e habilidades entre equipes de saúde da família e equipes de saúde mental, agregando temas que sejam do domínio de umas e outras, como atenção domiciliar, reconhecimento territorial e recursos terapêuticos para abordagem do sofrimento mental.

Mesmo frente às dificuldades, percebe-se na realização das reuniões e ações promovidas até agora, como parte integrante do projeto da RIA e do processo de matriciamento, que este é um trabalho possível, que traz resultados positivos de acordo com a Política de Saúde Mental e com o Sistema Único de Saúde (SUS) vigentes no país.

Com o processo de matriciamento e o projeto RIA, o município de Teresina dá os primeiros passos numa caminhada inovadora que contribui diretamente com o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira que, mesmo já tendo trazido inúmeros avanços, principalmente nas dimensões teórico-conceitual e jurídico-política, ainda não é um processo findado e necessita avançar na dimensão sócio-cultural.

É com essa perspectiva de lançar mão de novas tecnologias de cuidado e novos processos de trabalho que se espera alcançar a ruptura com a cultura manicomial, podendo efetivamente construir novos espaços e novas formas de conviver com a loucura.

Livrar usuários e familiares das grades da loucura exige transformações que além dos serviços de saúde mental, atinjam práticas profissionais e alcancem o imaginário familiar e social relacionado ao entendimento da loucura. Romper de fato com a cultura manicomial e ir além da Reforma Psiquiátrica como uma ordem macropolítica, é derrubar “clausuras subjetivas que nos habitam e que são muito poderosas” (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009, p.1), é investir em uma transformação cultural que não veja a loucura apenas como uma questão exclusiva do campo de saúde, enfatizando a medicalização, mas como uma questão social que necessita de “uma rede de recursos com amplo leque de estratégias interdependentes, não só

sanitárias, mas de suporte social, de moradia, de geração de renda, de potencialização, dos recursos comunitários e etc.” (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009, p. 9) e, assim, promover a inclusão social e o combate ao preconceito, abrindo as portas dos “cárceres privados” e reinserindo a pessoa com transtorno mental em sua comunidade, oferecendo os dispositivos, atenção e apoio necessários a ela e a sua família.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 3088**, de 23 de dezembro de 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: Abril de 2016

BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p. – (série A. Normas e Manuais Técnicos) (Serie Pactos pela Vida; V.4)

BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: Mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social NOB/SUAS**. Brasília, 2005.

BAPTISTA, Dulce Maria tourinho. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. p. 31 a 40. IN: MARTINELLI, Maria Lúcia (org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, edições 70, 1979.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde: Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA GM Nº 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial.

BRUSCHINI, M. C. Uma abordagem sociológica da família. **Revista Brasileira de Estudos de População**, 6 (01), 1989, p. 1-23.

CALDAS, A. de A; NOBRE, J. C. de A. Saúde mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtornos mentais. **Cadernos Unifoa**. 20 ed. Dez/2012.

CARLOTO, C. M. Programa Bolsa família, cuidados e o uso do tempo das mulheres. IN:- MIOTO, R. C.T; CAMPOS, M. S; CARLOTO, C. M. (orgs). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 179-210.

COLVERO, Luciana de Almeida, etall. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp**. São Paulo, v. 38, n. 2, p.197-205, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>. Acesso em: Agosto de 2014.

COSTENARO, R. S. G; LACERDA, M. R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Unifra, 2001.

DIAS, M. K; FERIGATO, S; BIEGAS, M. de O. C. Cultura manicomial além do hospital: O estudo dos cárceres privados em Caicó (RN). In:- CAMPOS, F. B; LANCETTI, A. (org.). **Saúde e Loucura 9**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 49-71.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saúde Mental**, vol1, nº 1. Jan-abril 2009. Disponível em: <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Desinstitucionalizar-%C3%A9-Ultrapassar-Fronteiras-Sanit%C3%A1rias-o/45739707.html>. Acesso em: Fevereiro de 2015.

DRAGO, G. D. **Internação Psiquiátrica: tratamento, cárcere privado e constrangimento ilegal**. Jus Navigandi, ano 15, nº 2404, 30 jan. 2010. Disponível em <http://jus.com.br/revista/texto/14284>. Acesso em: Agosto de 2014.

DUARTE, M.J de O. Loucura e família: (Re)pensando o Ethos da produção de cuidado. In: DUARTE, M. J de O; ALENCAR, M. M. Torres de. (org). **Família e Família: práticas sociais e conversações contemporâneas**.3 ed. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2013. pp.75-94.

GAMA, A. de S. **Trabalho, família e gênero: impactos dos direitos do trabalho e da educação infantil**. São Paulo: Cortez, 2014.

GAMA, C. A. P. da; CAMPOS, R. T. O; FERRER, A. L. **Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento**. *Rev. latinoam. psicopatol. fundam.*2014, vol.17, n.1, pp.69-84. ISSN 1415-4714. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142014000100006>.

GERONDO, V. L. S. **As avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, 2006.

GOMES, T. B. O processo de valorização da família na política de saúde mental: beneficiária ou refém no contexto das mudanças estruturais contemporâneas. **Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Estado do Ceará**. Fortaleza, ano. N. 2. Ago/dez 2012.

LEME, C.C.C.P. O assistente social na saúde mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: NICACIO, E. M. e BISNETO, J. A. (Orgs.). **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013. pp.21-32.

LIMA, E. J. B. de. Cartografias do cuidado em Saúde Mental: O Piauí em cena. Tese de Doutorado. São Paulo, 2015. 208p.

LOPES, D. C. T. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: Notas cartográficas sobre processos de trabalho em saúde. Dissertação de Mestrado. Rio Grande do Norte, 2009.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. *Memorandum*, 22, 2012. pp. 138-164

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7 ed. São Paulo: Atilhas, 2010.

MELMAN, J. Doença Mental e família. São Paulo: Escrituras, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1998.

MIOTO, R. C. T. Família e Assistência Social: subsídios para o debate do trabalho dos assistentes sociais. IN: DUARTE, M. J de O; ALENCAR, M. M. T. (Orgs.). **Famílias e Famílias: Práticas sociais e conversações contemporâneas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. pp. 03-14.

MONTEIRO, S. R da R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. *Sociedade em debate*, Pelotas, 17 (2): 29-40, jul-dez/2011.

NICACIO, E. M. Clínica e cidadania em saúde mental. In: BISNETO, J. A. e NICACIO, E. M (Orgs.). **A prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013. pp. 123-138.

PEREIRA, P. A. P. Política social: temas e questões. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: Boschetti, I. et AL (org). **Política Social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008. pp. 87-108.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 4 ed. São Paulo: Rêspel, 2011. 312p.

RIBEIRO, Marli; etall. Familiares de usuários vivenciando a transformação do modelo assistencial psiquiátrico. **Estudos de Psicologia**. Maio-Agosto/2009, 133-140. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n2/a06v14n2>. Acesso em: Agosto de 2014.

ROSA, L. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em revista**. Belo horizonte. v. 11, n. 18, p. 205-218, dez/2005.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, A do N; VASCONCELOS, M da C. A. A política social: alguns elementos para o debate. In: SANTOS, J. S. et AL (org). **Reconfiguração do Estado e suas expressões na política social brasileira**. São Cristóvão: Editora UFS, 2015. pp 19-54.

SARACENO, C. **Sociologia da família**. Lisboa: Editorial Estampa, 1992. 254p.

SILVA, A. M. B; etall. Cárcere privado: desafios para atenção primária e psicossocial no norte do Piauí. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis. v. 7. n. 16. p. 117-136. 2015.

TELES, Cleonice, etall. A experiência do CAPS em busca de um norte. p. 149 a 159. IN: ROSA, Lucia; GUIMARÃES, Lucas; EVELIN, Marta (org.). **Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí**. Teresina: EDUFPI, 2009. 300p.

TEIXEIRA, S. M. Políticas públicas para a família: o desafio da superação do subdesenvolvimento em serviços de apoio à família. **Ser social**, Brasília, v. 12, n. 27, p. 63-87, jul/dez 2010. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewArticle/4137. Acesso em: Fevereiro de 2015.

_____. Política Social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. IN:- MIOTO, R. C.T; CAMPOS, M. S; CARLOTO, C. M. (orgs). **Familismo, direitos e cidadania: contradições da política social**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 211-239.

VICTORA, C. G. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial , 2000. 136p.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>. Acesso em: Dezembro de 2016.

WILLRICH; J. Q. et AL. Periculosidade versus cidadania: os sentidos da atenção à crise nas práticas discursivas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis** vol.21 no.1 Rio de Janeiro 2011 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000100004>. Acesso em: Março de 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: Prisão ou proteção: A percepção das famílias que mantêm a pessoa com transtorno mental em cárcere privado na zona norte de Teresina-PI.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Lúcia Cristina dos Santos Rosa

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí- Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas.

Telefones para contato: (89) 9 99795715

Local da coleta de dados: Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II Norte

Prezado(a) Senhor(a): Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste roteiro de entrevista de forma totalmente **voluntária**. É uma pesquisa desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. E este termo será emitido em duas vias uma que ficará com o pesquisador e outra com o participante. Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. **Justificativa:** Em virtude de promover um olhar mais acurado para as práticas, trabalharemos com a questão do cárcere privado. **Objetivo de estudo:** analisar a percepção da família sobre o cárcere privado como estratégia na produção de cuidado para com a pessoa com transtorno mental, na zona norte da cidade de Teresina-PI. **Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá através de respostas a partir do questionário socioeconômico e roteiro de entrevista semiestruturado. Cabe frisar que sua participação na pesquisa é livre e que é possível o seu acesso ao instrumento de coleta de dados antes mesmo da assinatura deste termo.

Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema com relevância tanto para a produção do conhecimento sobre a área, como para auxiliar no aprimoramento das práticas profissionais e a instrumentalização da gestão e dos serviços que assistem às pessoas com transtorno mental e suas famílias. **Riscos:** A resposta a entrevista *a priori* não representa qualquer risco de ordem física ou psicológica para você, na medida em que prezamos pelo sigilo, porém, caso exista algum desconforto ao compartilhar informações, ou sinta algum incômodo em falar de algum tópico em específico, não precisa respondê-lo, reservando-se no direito de passar à pergunta seguinte, ou mesmo desistir de participar da pesquisa.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

_____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. Sobre o acompanhamento e assistência ao participante quando do encerramento ou interrompimento da pesquisa o participante poderá acessar os contatos dos pesquisadores ou do CEP.

Local e data

Assinatura N. identidade

Pesquisador responsável. Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário
Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa. Bairro: Ininga. CEP: 64.049-550 -
Teresina – PI. Tel:(86)32372332.email:cep.ufpi@ufpi.edu.br. web: www.ufpi.br/cep

APÊNDICE B
QUESTINÁRIO SOCIOECONÔMICO

Nome:

Bairro:

Idade: 18 a 25 anos 26 a 40 anos 41 a 60 anos mais de 60 anos

Sexo: M F

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto Ensino Fundamental Completo
 Ensino Médio Incompleto Ensino Médio Completo Ensino Superior Incompleto
 Ensino Superior Completo

Renda familiar mensal: Inferior a 1SM 1 a 2 SM 3 a 4 SM 5 SM ou mais.

Composição familiar:

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Quais as principais dificuldades encontradas no cuidado da pessoa com transtornos mental?
2. Por que a utilização do cárcere privado como estratégia de cuidado e convívio diário?
3. Qual a sua percepção em relação ao cárcere privado?
4. Qual apoio e suporte a família tem disponível na comunidade para o acompanhamento da pessoa com transtorno mental?
5. Que ações poderiam ser realizadas para transformar a situação de cárcere?