

Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental

Reform, responsibilities and networks: about mental health care

Martinho Braga Batista e Silva¹

Abstract *In the context of the Brazilian Psychiatric Reform family members and neighbors of psychiatric patients have been urged to “participate” in the public policies, mainly as “social support” although officially considered “partners”. This reconfiguration of the relationship between State and civil society is reflected in the directive that the services have to take over the responsibility for territories, a change in the logic of supply and demand aimed at stimulating extra-hospital services such as Psychosocial Care Centers, the object of this study, to provide care to the population of a certain geographical area. The purpose of this article is to investigate the psychosocial technologies produced in this specific political, institutional and historical context such as mediation of social changes and conflicts. Among the analyzed materials are the medical records indicating the involvement of the social actors in the social support network.*

Key words *Responsibility, Mental health, Family, Neighborhood, Policies*

Resumo *Tendo em vista o processo paulatino de responsabilização de atores e instâncias sociais pelo cuidado no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, percebe-se que familiares e vizinhos de pacientes psiquiátricos têm sido instigados a “participar” da política pública, principalmente no lugar de “suporte social”, embora oficialmente considerados “parceiros”. Essa reconfiguração da relação entre Estado e sociedade civil é consagrada pela diretriz governamental de tomada de responsabilidade dos serviços pelo território, uma mudança da lógica de demanda e oferta de atendimento no sentido de estimular serviços extra-hospitalares – como os Centros de Atenção Psicossocial, campo desse estudo – a se encarregarem pela população adscrita a uma área geográfica. O objetivo desse texto é investigar as tecnologias psicossociais produzidas nesse contexto político, institucional e histórico específico, tais como a mediação de trocas sociais e a arbitragem de conflitos. Um dos materiais analisados são os registros em prontuário, que podem constituir os atores e instâncias sociais citados como envolvidos no campo da saúde mental, enredando-os na malha administrativa construída como rede de suporte social.*

Palavras-chave *Responsabilidade, Saúde mental, Família, Vizinhança, Políticas públicas*

¹ Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Quinta da Boa Vista s/n, São Cristóvão. 20940-040 Rio de Janeiro RJ. martinho02003@yahoo.com.br

Introdução

Este estudo parte da constatação de que há um apelo à responsabilidade de atores e instâncias sociais no cenário contemporâneo da reforma psiquiátrica brasileira, delineando discursos e práticas no campo da saúde mental. A “tomada de responsabilidade do serviço pelo território”, o “aumento da responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho” e “a possibilidade do sujeito advir como responsável por sua própria condição”, por exemplo, são discursos veiculados por disciplinas que costumam guardar diferentes concepções do fenômeno psiquiátrico: respectivamente, a saúde pública, a análise institucional e a psicanálise. Tais discursos têm forte influência sobre a formação de recursos humanos, gerando modos de lidar com o fenômeno da loucura nos serviços públicos de saúde¹.

Esses discursos se conjugam a um momento sócio-histórico particular no Brasil. Acredita-se que a descentralização, preconizada pelas políticas públicas de saúde, desencadeia um processo de transferência de responsabilidades para unidades locais com concentração de poder em nível central. Essa relação entre Estado e sociedade civil estabelece um conflito entre encargos e recursos administrativos, visível nas parcerias com a comunidade. Pode-se dizer que, assim como no advento da psiquiatria e do asilo, as relações entre instâncias e atores sociais no sentido de encarregar-se do louco se agudizam: entretanto, em vez da medicina tomar para si o mandato social de controle e legitimar uma atuação técnica sobre o doente mental, procura-se a todo custo compartilhar responsabilidades com a família e a comunidade, em direção a um estatuto de cidadania e um grau de autonomia possíveis ao louco.

Práticas em torno da noção de responsabilidade são acionadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o debate em torno do técnico de referência se torna exemplar do processo de negociação, divisão e delegação de encargos pelo cuidado em saúde mental, entre profissionais, familiares, usuários e membros da comunidade. Vê-se como a mediação de trocas sociais e a arbitragem de conflitos são técnicas cujas funções terapêuticas e administrativas estão articuladas².

O principal argumento deste texto, desta maneira, é que no intuito de manter em comunidade egressos de internações psiquiátricas, práticas de atenção psicossocial produzem implicação, enga-

jamento e vínculo junto àqueles que cercam tais egressos, engendrando responsáveis pelo cuidado e alocando indivíduos em redes de relações sociais.

Assim, tendo em vista o processo paulatino de responsabilização de atores e instâncias sociais pelo cuidado no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, percebe-se que familiares e vizinhos de pacientes psiquiátricos – como também pastores de igrejas locais e mesmo patrões no ambiente de trabalho – têm sido instigados a “participar” da política pública, principalmente no lugar de “cuidadores” e de “suporte social”, embora oficialmente considerados “parceiros”. Essa reconfiguração da relação entre Estado e sociedade civil é consagrada pela diretriz governamental de tomada de responsabilidade dos serviços pelo território, uma mudança da lógica de demanda e oferta de atendimento no sentido de estimular serviços extra-hospitalares – como os CAPS, campo desse estudo – a se encarregarem pela população adscrita a uma área geográfica, deixando de se comprometer exclusivamente com o atendimento pessoas que o procuram espontaneamente. Tais mudanças vieram a instituir procedimentos e expedientes administrativos não balizados exclusivamente pelo saber “psi” nos CAPS, como a mediação de trocas sociais e a arbitragem de conflitos, principalmente junto aos familiares e vizinhos dos pacientes, mas também em meio a entidades como centros culturais e escolas.

O objetivo desse estudo é justamente descrever e analisar tais tecnologias “psicossociais”, tomando-as como modos de regulação social que reorganizam a relação entre Estado, justiça e família na assunção de encargos pelo cuidado – e controle – dos loucos na sociedade ocidental moderna. A metodologia adotada inclui a investigação de registros em prontuário, tomando-os enquanto peças da administração pública capazes de reunir sentidos e concepções acerca do cuidado “adequado” ao então “portador de transtorno mental”, exibindo oficial e publicamente atores e instâncias sociais envolvidos na atenção psicossocial, principalmente os familiares, enredando-os na malha administrativa construída como rede de suporte social na mesma medida em que os cita em prontuário. Também as entrevistas com os profissionais e a observação participante de reunião de equipe semanal serão de grande valia na descrição dessas tecnologias psicossociais, na medida em que expõem as concepções e as estratégias dos profissionais acerca desse processo de responsabilização já descrito.

Tecnologias psicossociais em perspectiva histórica: mediação de trocas sociais e arbitragem de conflitos junto a populações tuteláveis

Alguns estudos de Foucault³ e Castel⁴ sobre a história da psiquiatria e do asilo vêm apontando tecnologias asilares – como o seqüestro e a internação – e tecnologias reformistas contemporâneas – como a auto-gestão das obrigações impostas e a incitação a colaborar – importantes para o entendimento da responsabilização de atores e instâncias sociais pelo cuidado e concomitante formação de redes de suporte ao louco. Além dessas contribuições, também lançaremos mão dos estudos acerca da ação governamental no âmbito de políticas públicas além daquela de saúde mental, tanto aquela sobre outras populações tuteláveis que não o louco – como índios e menores – quanto sobre as classes populares.

Lima⁵, por exemplo, ao investigar o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), órgão administrativo que antecede a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) na “proteção” às populações indígenas, percebe que as técnicas pelas quais o SPI exercia o poder tutelar sobre tais populações eram a atração, a agremiação, a pacificação, a mediação, a arbitragem, todas elas tendo em vista a integração do índio à comunidade nacional. Para esse autor, o trabalho do SPI no sentido de tornar o índio um trabalhador nacional pode ser descrito como um grande cerco de paz, um modo de gestão de conflitos no qual essa população é fixada a um território e sedentarizada por tais técnicas do poder tutelar.

Vianna⁶ nos envia a outro universo onde a questão da tutela também se coloca: o dos menores, onde se destaca a ação de outros especialistas (os assistentes sociais) e outros órgãos da administração pública (os juizados), mas onde também se está procurando mediar a relação entre o Estado e determinadas populações. Segundo essa autora, nunca é o indivíduo sujeito de direitos o foco primordial da ação judicial sobre menores, e sim as relações nas quais ele está inserido ou nas quais deve ser alocado. Para essa autora, a administração mantém-se como gestora através da distribuição legalmente sancionada de responsabilidades e autoridade. Ou seja, ela não se desfaz de suas próprias obrigações e autoridade – zelar por todos e por cada um, como um pastor – embora não atue diretamente com o ônus do cuidado.

Tanto essa idéia de atividade pastoral quanto as duas modalidades de exercício de poder descritas por esta autora – a alocação de indivíduos em redes de relação social e a produção de responsá-

veis pelo cuidado – serão inestimáveis no nosso estudo acerca da atenção psicossocial, já que é vinculando, comprometendo e encarregando aqueles que cercam os loucos – seus familiares principalmente – que muitas vezes se mantêm em comunidade egressos de internação psiquiátrica.

Entre os ideários da “proteção fraternal” dos índios e seu isolamento em “reservas” e o contemporâneo incentivo à “participação” e as “parcerias” há uma distância⁷, tal como a que separa a institucionalização de menores em abrigos e a “produção de responsáveis pelo cuidado” e a “alocação de indivíduos em redes de relações sociais”. Também as tecnologias asilares do seqüestro e da internação são diferentes daquelas com as quais procuramos nos afastar da “lógica manicomial”, tais como o envolvimento daqueles que cercam o louco no cuidado do mesmo, produzindo redes de suporte social, tecnologias desenvolvidas nos CAPS. Tais distâncias de ordem histórica não nos impedem de traçar correlações e correspondências entre esses processos, inclusive levando em conta o fato de se tratarem de populações tuteláveis: índios, menores e loucos.

Não só as modalidades de exercício de poder sobre populações tuteláveis oferecem elementos para a análise da atenção psicossocial, mas também alguns apontamentos acerca do processo de conversão à cidadania nas ditas classes populares. Ao dedicar-se à ideologia e prática de projetos de promoção social no Brasil da redemocratização, Duarte⁸ nos fala da experiência de um escritório modelo de advocacia em um dos morros cariocas, iniciativa capitaneada por uma organização não-governamental. A conversão à cidadania nas classes populares se dá por meio de processos de individualização, racionalização e responsabilização. Inclusive, este último não se dá exclusivamente sobre o indivíduo, mas comprometendo as redes sociais diretamente ligadas a ele – a família em especial – como maneira de responsabilizá-lo: ***Ora, boa parte da estratégia dos agentes de cidadanização em relação à população das classes trabalhadoras centra-se de modo inevitável – pois esse é o formato em que elas sempre vivem – na preservação, consolidação, manutenção e intensificação dos bairros populares [...] A realidade, porém, é que se tende a coibir com essa estratégia o processo da “individualização” (e seus corolários) pelo reforço de entes intermediários de pertencimento, que ocupam parte da “responsabilização” pretendida***⁸.

Assim, esse autor descreve o modo pelo qual são acionadas ideologias liberal-individualistas no sentido de inculcar valores, associativistas e comunitários, de relação entre moradores desse morro.

Nesse texto, interessa sublinhar o modo pelo qual efetivamente se cidadaniza nessa experiência particular de promoção social, em que responsabilizar aqueles que cercam o indivíduo tem função primordial. Em outras palavras, os processos de cidadanização das classes populares desencadeiam processos de individualização na população por meio de uma estratégia paradoxal: responsabilizando familiares e vizinhança por parte do projeto cidadanizador. Procura-se que indivíduos tornem-se responsáveis, encarregando aqueles que o cercam por parte da intervenção estatal.

Desta maneira, os portadores de transtorno mental, nesse estudo, são investigados na medida em que são considerados potencialmente incapazes do ponto de vista legal, enquanto objetos da administração pública em sua função de mediar a relação entre o Estado e a população. Já a reforma psiquiátrica brasileira é tomada como um projeto de desinstitucionalização da loucura, secundariamente de desospitalização da assistência psiquiátrica, ou seja, enquanto algo que estimula uma ação sobre a sociedade normatizada e não tanto sobre o indivíduo louco. O projeto reformista, assim considerado, visa ao aumento da tolerância à diferença, o que facilitaria uma reinserção social do louco e concomitante multiplicação (e reinvenção) dos laços de parentesco, amizade e trabalho. Mas como evitar a internação no hospício, o abandono do louco à própria sorte, como mantê-lo em comunidade?

A principal estratégia governamental de desinstitucionalização é a implantação dos CAPS, serviços regionalizados cuja missão é acompanhar a trajetória de vida de seus usuários, acolhendo os problemas psíquicos e “sociais” dos portadores de transtorno mental e seus familiares (quando não dos vizinhos e conhecidos) e agenciando moradia, trabalho e lazer quando necessário (além de alimentação, escola e mesmo cursos profissionalizantes). Hoje mais de 1.000 no território nacional, onze deles no município do Rio de Janeiro. Essa atenção psicossocial envolve diferentes procedimentos, tais como mediar as trocas sociais no sentido de aumentar a contratualidade⁹ e tornar-se referência para garantir um vínculo de confiança e uma continuidade no atendimento¹⁰. Ainda que o projeto reformista procure desmontar o estatuto de tutela do louco em busca de uma “cidadania possível” ao mesmo, em todas essas atividades se conjugam cuidado e controle, terapêutica e gestão. Mas o estímulo a interações com a sociedade civil (frequentar novamente a casa de um parente) e o acesso a serviços estatais (voltar a frequentar a escola), mesmo que tutelares (no sentido de protegidas e assistidas), visam a agregar valor social ao louco (no sen-

tido de aumentar seu prestígio e *status* junto àqueles que o cercam). É isso que sugere a argumentação de Diaz¹¹, segundo o qual *Cabe aos técnicos de saúde mental o ‘papel tutelar’ de elaborar projetos e ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida desses usuários, incentivando-os a participar de trocas sociais e conseqüentemente aumentando o seu poder contratual e a sua autonomia*¹¹.

Assim, o objetivo fundamental do CAPS pode ser descrito da seguinte forma: constituir uma rede de suporte social ao louco suficientemente consistente e coesa, algo que venha a se transformar em uma pluralidade de atores e instâncias sociais substitutiva ao asilo, na própria comunidade local.

Sobre a formação de redes de suporte social nos CAPS

Deste modo, podemos passar a conhecer melhor o trabalho de atenção psicossocial desenvolvido no CAPS em que realizei minha pesquisa. Além da leitura e análise de prontuários, tomados enquanto documento administrativo, também reuni outras fontes na dissertação de mestrado¹². Entrevistei profissionais, participei de reuniões de equipe e li documentos governamentais acerca do serviço, sendo que ao longo do tempo fui reunindo diferentes narrativas acerca dos usuários atendidos por um CAPS no município do Rio de Janeiro.

Alguns dos casos clínicos chamaram minha atenção, pela necessidade da equipe mediar suas relações com familiares e com a comunidade. Vale dizer que todos os nomes citados a seguir são fictícios, tendo em vista o sigilo dos usuários, profissionais, familiares e demais atores sociais investigados nessa pesquisa.

Em reunião de equipe, menciona-se o caso de Ronaldo, que roubou uma idosa há algumas semanas, tendo sido preso. Mora com a mãe, é soropositivo e recebe uma cesta básica, tendo em vista precárias condições financeiras. Nas últimas vezes em que foi buscá-la, lhe foi recusada; assegurada durante muitos meses, de certo modo dependia dela. Uma psiquiatra do manicômio judiciário informou que vai providenciar que Ronaldo cumpra medida de segurança em tratamento no CAPS; entretanto, Ronaldo vai responder pelo crime na justiça.

Percebe-se nesse caso que, em se tratando de atenção psicossocial, procura-se multiplicar os laços sociais, aumentando o número de relações de dependência (nesse caso com outros profissionais além daqueles da área de saúde), não necessariamente colocando o indivíduo no lugar de “igual”. Assim, Ronaldo, como qualquer outro, responderá

pelo crime na justiça, mas permanecerá em tratamento no CAPS e não preso, ou seja, permanecerá protegido mesmo que possa ser “igualmente” punido. O serviço, de todo modo, ocupa um lugar de mediação junto à justiça para favorecer a manutenção do usuário em comunidade. Além disso, vemos como o conjunto de dependências – cesta básica – não necessariamente mantém em comunidade evitando internações: favorece também a emergência de conflitos, já que nem todas as ações administrativas são mediadas pela proteção, e a própria proteção muitas vezes alimenta um ideal de contato social onde o conflito – a “recusa” – está obscurecido.

Um dos profissionais entrevistado narra como se tornou “referência” de um usuário. Atendia semanalmente a mãe dele em um grupo de familiares (só de familiares, sem a presença dos usuários, ou seja, não é um grupo de família), até que esta começou a lhe pedir para conversar em separado (individualmente) sobre sua situação. Conta do filho psicótico, que ela interditou (ou seja, solicitou na justiça a tutela do filho, tornando-o incapaz de responder pelos próprios atos do ponto de vista legal, mas recebendo pelo governo um salário-mínimo por mês como benefício público) e que é muito violento com ela, ameaçando-a e aos vizinhos. Inclusive, impedia-a de alugar um dos quartos da casa, ameaçando os candidatos a inquilino. O filho não vinha ao CAPS regularmente, eventualmente pegando remédios e raramente participando de consultas. Até que em um certo momento do atendimento dessa familiar, o filho procura a profissional e lhe faz um pedido indireto de mediação da relação familiar: ***Demandas que chegam para mim, de conflitos dele com a mãe, não diretos, mas indiretos, de mediar a relação, a loucura entre eles dois. Ele [o usuário] me procurou porque a mãe participava do grupo de família, através de alguma coisa minha ali com mãe.*** (psicóloga).

A construção de uma referência no atendimento passa por tortuosos caminhos, nos quais a mediação tem lugar destacado. A partir dos atendimentos conjuntos com a mãe e o filho – agora não mais dos familiares, mas da família – o usuário passa a participar do serviço com mais frequência, fazendo parte de um grupo de geração de renda: ***Esse trabalho de mediação entre eles, de responsabilização dos dois, na relação entre eles. O grau de responsabilidade que cada um tem naquela relação lá [pergunto o que traz a necessidade de uma mediação] uma demanda que traz uma mensagem de uma violência que está prestes a acontecer, de um sofrimento muito grande, que também está latente tomadas de decisão decisivas do tipo venda de uma casa, interditar o filho.*** (psicóloga)

Conta que a interdição do filho, conduzida pela mãe, teve como objetivo adquirir uma renda para suportá-lo emocionalmente e financeiramente, acentuando que o lugar de mediação ocupado pela profissional entre mãe e filho foi fruto de um “pedido de socorro”, segundo ela, mais da mãe que do filho. Para o usuário, o atendimento parecia se configurar como espaço de acusação e proteção ao mesmo tempo: ***Eu sentia que ele prezava esse espaço de mediação. Era um espaço de acusação, também, dele e dela também, mas como um espaço de proteção para eles dois, também, como se ele visse que esse trabalho também o protegia, até da própria loucura.*** (psicóloga)

Outra profissional, também atuante em um grupo de familiares, aponta a auto-ajuda como característica do mesmo. Conta exemplo no qual um familiar, apresentando sintomatologia depressiva, recebe encaminhamento à consulta psicoterápica grupal em outro serviço de saúde. Entretanto, vem ao grupo para dizer que prefere permanecer apenas no mesmo, tendo em vista o acolhimento oferecido. Não se trata apenas de acolher o sofrimento, mas de outros procedimentos que também contribuem para a adesão da família ao serviço: mais que o atendimento do usuário, o que pode ser fundamental é a criação de vínculos com os familiares.

Essa mesma profissional conta situação na qual foi chamada a participar de um atendimento, tendo em vista sua habilidade em costura: a usuária não saía de casa e a equipe sugeriu como indicação terapêutica visitas domiciliares, sendo que a usuária havia manifestado interesse em aprender sobre costura em uma das entrevistas psiquiátricas e a profissional citada se disponibilizou a ensiná-la. A visita domiciliar semanal à usuária foi permeada de cenas nas quais a profissional dava aula ao neto da usuária, ajudando-o com os deveres de casa, de modo que conquistou a afeição da filha da usuária com o tempo.

Passou a atender a filha, individualmente principalmente, mas também no grupo de família. A usuária veio a falecer, mas o vínculo com a filha se manteve. Quando a filha da usuária deixou de ter um emprego informal para adquirir um emprego, veio ao CAPS para contar à profissional. Quando o neto da usuária se machucou, a filha trouxe ao CAPS, e não ao hospital, sedimentando um vínculo de confiança: ***Eu não sou médica, mas sou mãe*** (pedagoga)

Essa profissional também narra uma situação na qual acredita ter realizado uma “parceria” com a professora de uma escola. Uma usuária começou a apresentar problemas ligados a déficit cognitivo –

embora não fosse exatamente diagnosticada como portadora de deficiência mental – aos sete anos de idade, tendo em vista doença neurológica, sendo que aos 20 anos permanecia freqüentando a escola. A profissional foi escolhida por essa usuária como “referência”, tendo em vista suas habilidades de ensino principalmente. A mãe era participante assídua do grupo de familiares: ***Eu tô sempre ali intermediando. A família tem problema também, os pais se separaram.*** Ai já é outro grupo, mas eu trabalho com ela. ***Os pais se separaram, aí é aquele ciúme quando o pai volta, ela é filha única, aí ela fica mal. Tem que fazer um trabalho com ela, tem que fazer um atendimento, explicar pra ela uma porção de coisas. Passa para o grupo de família o que é que está acontecendo. Para a gente poder fazer um trabalho para contornar a situação, pra poder suportar, porque a mãe não tava suportando, por conta do ciúme que ela tava quando o pai voltada. Então a gente tem que cercar dos dois lados, de ligar para casa dela.*** (pedagoga). Intermediar, cercar, “insistir para a mãe não levar só para a aula, mas para a festa também, ir amarrando, fazendo esses acordos”, eis os procedimentos e expedientes que envolvem a atenção psicossocial segundo essa profissional.

É importante destacar desses relatos que o grupo de familiares atende aos parentes do usuário mesmo que ele não venha ao serviço. Inclusive, uma das profissionais diz sobre o caso acima que estava tratando o filho através da mãe. Acrescenta que, em grande parte dos casos atendidos no grupo de familiares, apenas os familiares dos usuários vêm ao serviço, buscando remédios, vindo a consultas médicas e grupos. Ou seja, vê-se como muitas vezes aqueles que cercam o usuário são o objeto da ação dos agentes da administração pública, mas no sentido de manter a todo custo o usuário em comunidade, evitando internações. Qualquer semelhança com o cerco de paz em relação aos índios não é mera coincidência, na medida em que a idéia que perpassa a atenção psicossocial também parece ligada à sedentarização de populações, fixando-as e mantendo-as em um território.

O abandono, o receio do usuário “sumir” do serviço, também é tematizado pelos profissionais. Falo de um caso discutido em reunião de equipe com um dos profissionais envolvidos, no qual, para construir um vínculo entre o usuário e o serviço (um tanto fragilizado ao longo do tratamento), tiveram que mediar a relação do usuário com a comunidade mais que com a família. Percebe-se aí que os procedimentos “psicossociais” estão atravessados por questões administrativas, de tomada de responsabilidade pelo território e de gestão de populações: ***Ivan morava no abrigo Bom Pastor, e***

nós conseguimos mostrar ao pastor a importância do tratamento do Ivan, a importância da medicação, e aí ele liberou o Ivan para vir ao serviço, arrumou o dinheiro da passagem. Um dia a gente liga para o abrigo, pois ele fica muito tempo sem vir ao serviço, e aí ele tinha ido para outro abrigo. Mas aí foi um arranjo dele [Ivan], não foi a gente que conseguiu o abrigo. Foi por conta dos amigos evangélicos. Agora também a gente não tem mais contato com ele (estagiário de psicologia)

Também houve negociação com o ex-patrão para viabilizar o atendimento desse usuário e a manutenção dele no trabalho. Desse modo, os profissionais lançam mão de diferentes expedientes de mediação com a rede social no sentido de facilitar a inserção social, na mesma medida em que procuram com isso consolidar o vínculo e favorecer a adesão ao serviço.

Outro profissional narra episódio de negociação com família e comunidade, que teve como consequência a diminuição das internações e maior tolerância em relação ao usuário: vamos nomeá-lo Clóvis, e à profissional envolvida, Camila. Ele costumava se masturbar em público, inclusive em cemitérios: ***Então você imagina, né, já levou muita porrada, foi quase linchado várias vezes, inclusive no serviço.*** (psicóloga)

Seu comportamento tinha como efeitos ameaças da vizinhança e, com freqüência, internação por parte da família para “protegê-lo”. Certa vez, quando o usuário foi acusado pela vizinhança de assediar crianças, a equipe interveio, convocando ao serviço a família, a comunidade e o usuário para uma reunião. A profissional nomeou essa atitude como “uma tentativa de implicação da comunidade, família e do usuário”. Como não havia indicação para internação de um ponto de vista psicopatológico – não se encontrava em sofrimento intenso ou agitação psicomotora, por exemplo – a equipe entendia que não havia como alimentar e legitimar esse ciclo de internação, chamando os envolvidos para uma conversa.

Embora não tenham aparecido, o convite teve como efeito o recuo da família e a relativização do episódio por parte da vizinhança: as mães das crianças supostamente assediadas começaram a se perguntar se de fato o assédio tinha ocorrido, concluindo que podia não ter sido intencional: “perdoaram”.

Além disso, certa vez realizou-se reunião com família, tendo em vista a masturbação desse usuário “por todos os cantos da casa”. Através desse procedimento, se obteve o comprometimento dos envolvidos no seguinte acordo: Clóvis só se masturbaria no banheiro, pois, conforme se disse a ele,

“ninguém tem que ficar participando da tua intimidade”. A partir daí a tensão doméstica diminuiu e quando a família queixava-se do longo tempo que Clóvis passava no banheiro, era possível ao usuário acionar o contrato: “Mas Camila falou que eu posso no banheiro”. Essa profissional acrescenta, após contar o episódio assistencial: “isso é atribuição da referência!”. Ou seja, implicar atores sociais, mediar relação com família, usuário e comunidade faz parte da tarefa de “referência” que o profissional de saúde mental deve ocupar no CAPS.

Percebe-se, desta maneira, que a possibilidade de um atendimento do paciente psiquiátrico na sociedade aponta para um dia-a-dia cercado de incertezas e angústias, não só por causa do sofrimento psíquico apresentado pelos loucos mas também pelas difíceis e complexas situações de conflito com a ordem pública. Nesse contexto, procedimentos como mediação, negociação e implicação, entre outros, ganham visibilidade e sentido.

Outro profissional nos diz ainda que a internação, às vezes, é um momento no qual o “familiar aproveita aquela ocasião para não se responsabilizar”. Vale lembrar que essa relação entre o profissional e a família tem bastante força na organização do trabalho no serviço: são quatro grupos de família diferentes semanais nesse CAPS. Segundo a coordenadora do serviço, a relação entre profissionais e familiares é fundamental para o atendimento do usuário, de modo que é necessário conquistar algum grau de autoridade frente ao usuário por meio do trabalho com a família: ***Cabe à equipe ser autorizada dessa família, essa família tem que nos autorizar; nós temos que ser safos, capazes e inteligentes o suficiente de capturar a família, essa família tem que nos autorizar a dividir essa responsabilidade. Se a gente não conquistar a família, todo o trabalho com o paciente vai por água abaixo. A não ser que a gente retire ele da família e coloque numa residência terapêutica.*** (coordenadora)

Essa é uma das concepções que orientam o trabalho com a família, sendo que as técnicas de conquista, convencimento e captura, apresentadas de modo claro na citação anterior, são necessárias para que haja alguma possibilidade de co-responsabilidade. Ou seja, as estratégias de vínculo e engajamento no sentido da adesão e da continuidade no atendimento têm correlação com uma tentativa de dividir encargos. Do contrário, resta como destino a rua, o hospício ou a residência terapêutica. A coordenadora do CAPS exemplifica tais procedimentos no sentido da conquista da família com dois episódios. Em um deles, ***a família autorizou mas até hoje ela não suporta determinados procedimentos com medo da melhora do paciente, ficando detentora da***

medicação do paciente. O pai só dá o remédio do jeito que ele quer e não do jeito que o médico quer; a dose também é ele que faz, mas antes nem isso. Esse filho, ao invés de ficar o tempo todo trancado dentro de casa, sai para comer um cachorro-quente, o pai leva ele para a igreja, para o shopping

Já em outro caso, segundo a coordenadora do CAPS, houve necessidade de “uma autorização total, porque já não tinha para onde correr, era isso ou a morte”. Foi um caso no qual o serviço precisou recorrer à justiça, dada a situação: ***Paciente em cárcere privado, jaula, colocada pela mãe. A mãe diz que só tranca para protegê-la do mundo. Mas a mãe tinha um companheiro, e tinha medo de um relacionamento sexual entre os dois. O Serviço ameaçou a mãe, via Ministério Público. Houve uma entrada incisiva sem a autorização da família, mas hoje frequenta o tratamento, toma medicação, continua em casa no quarto, mas não tem mais grades. A mãe, por outro lado, é atendida por uma psicóloga do serviço.*** (coordenadora)

Outro profissional, também participante de um grupo de família, fala da divisão de tarefas entre serviço e família, pela via da conscientização e da adesão: ***Por exemplo, está faltando medicação, a gente conscientiza aquele familiar sobre o que está acontecendo; o usuário deixou de tomar o remédio, a gente diz que não pode parar, não pode deixar o remédio.*** (estagiário de psicologia)

Mas como se dá a negociação, divisão e negociação de responsabilidades pelo cuidado em saúde mental entre os atores sociais? Por meio de que procedimentos os profissionais compartilham encargos entre si e com familiares e comunidade? Vimos anteriormente que se trata de intermediar, cercar, conquistar, convencer, entre outros modos pelos quais ao mesmo tempo se atende, acompanha e agencia o usuário, por vezes envolvendo uma complexa rede social de suporte.

Os profissionais costumam falar da responsabilidade do usuário sobre os próprios atos, mas logo em seguida apontam a necessidade de compartilhar encargos sobre o cuidado com familiares e comunidade. Como vimos anteriormente, muitas vezes os processos de individualização acontecem via responsabilização de entes intermediários.

Investigarei, nesse momento, o caso clínico de Silvio, no qual procuro sublinhar algumas modalidades de exercício de poder: a produção de responsáveis pelo cuidado e a alocação de indivíduos em redes de relação social. Diferente das situações narradas pelos profissionais anteriormente, a descrição da trajetória clínico-institucional de Silvio parte de dados obtidos em prontuário, documento ao mesmo tempo sigiloso e de forte teor públi-

co. Nos momentos em que o CAPS precisa se defender legalmente de alguma acusação, é esse documento que apresenta maior “confiabilidade”: trata-se de uma peça administrativa.

Silvio faz tratamento no CAPS desde dezembro de 1998, sendo que tinha 32 anos na época. Consta em prontuário que seu primeiro episódio de crise psiquiátrica aconteceu aos nove anos de idade, quando da morte da mãe. Tem história de dez internações, desde os 15 anos. Escuta vozes, briga na rua e faz uso de drogas (cocaína). Tratava-se em um serviço de tratamento de drogadição, tendo sido encaminhado ao CAPS por conta da comorbidade dependência química- psicose. Com o tempo, acredita-se que se trata de um quadro psiquiátrico designado por transtorno do humor, com sintomatologia “exaltada” predominante. Recebe um benefício do INSS e uma das irmãs é sua tutora. Quando iniciou o tratamento, era entregador (de mercadorias), tinha parado de estudar (não se sabe em que série), morava com a família (seis irmãos) em um mesmo quintal. Após morte da mãe, perdeu contato com irmã gêmea.

Através de visitas domiciliares em março de 1999, por conta de o usuário estar “confuso e irritado”, a médica recebe informações de um “amigo do futebol”, relatando episódio no qual suspeita de Silvio ter roubado os amigos e ter usado drogas. Nesse mesmo mês, o usuário foi internado. Em maio do mesmo ano, esteve envolvido em furto no CAPS, tendo sido ameaçado de agressão. Foi afastado temporariamente do serviço. Consta que possivelmente usou drogas. Em junho, o usuário “confessa”. Seguem-se mais cinco internações de 1998 a 2002, sendo que, de uma atuação no sentido da estabilização dos sintomas via medicação e responsabilização do usuário via psicoterapia, passa-se a agir mais incisivamente em conjunto com família e comunidade. Em agosto de 2002, consta que “Sr. Alves informa ao serviço sobre paciente, que se jogou do trem; interna o paciente”.

Entre os 15 e os 26 anos, quando chegou ao serviço, Silvio tinha história de dez internações. Entre os 25 e os 30 anos, após quatro anos de tratamento no CAPS, tem mais cinco internações. A partir dessa dificuldade em lidar com as complexas situações trazidas pelo usuário, o prontuário conta com mais frequência com informações sobre a participação da rede social no atendimento. Em 2003, continua sendo internado e continua usando de drogas. A equipe continua sinalizando sua dificuldade de admitir a dependência da droga, sua autopiedade e a dificuldade de assumir a responsabilidade pelos seus atos: **Devolvi a responsabilidade de decisão** [sobre a internação] **para ele**, diz uma das profissionais.

A família (irmãos), no entanto, não o quer mais em casa, por considerar a própria segurança em risco, por conta do envolvimento com drogas e das dívidas de Silvio com o tráfico. Silvio, por outro lado, quer voltar para casa quando sair da internação e, informado pelo serviço da posição de seus familiares, acusa-os ter a intenção de ficar com seu dinheiro (benefício do INSS). A família pede internação definitiva de Silvio ao serviço. Frente a isso, a equipe procura o Sr. Antonio, um vizinho. Uma psicóloga passa a atuar nesse momento no tratamento de Silvio: **Foi conversado com Silvio com a participação da psicóloga, o Sr. Antônio** [pessoa que conhece Silvio desde criança, e se propõe a ajudar na questão jurídica]. **Durante a conversa foi acordado alguns limites (que o mesmo não frequentaria e não entraria no CAPS drogado, que não admitiriamos agressões, seja da parte dele, seja da família). O Sr. Antonio ficou de ajudar na parte jurídica, levantamento da pensão, levantamento dos direitos de Silvio no imóvel que reside e ser repassado após todo levantamento feito, para juntos possamos** [os técnicos e o Sr. Antônio] **dar continuidade à ajuda pretendida. Ficou então acordado que Silvio, após conversa, que se internaria na Francisco Spínola** [clínica privada conveniada ao SUS] **para tratamento de drogas, até que se conseguisse local para moradia** [definitiva] **pois foi visto que o mesmo não teria mais condições** [físicas e psicológicas] **para continuar morando no local atual e que seria feita visita à família para conversar. Após ter acordado, Silvio foi para residência atual** [da família], **até que se resolvesse**.

A equipe decide temporariamente não realizar visitas domiciliares à família, para “se conservar”. Entretanto, visita Silvio na internação, para “consolidar o CAPS como referência de tratamento”. Quando conversam sobre inviabilidade de volta para casa tendo em vista risco (tráfico) e a opção de ficar em um abrigo religioso, Silvio concorda em ficar no abrigo, mas de modo “passivo, não implicado”. Ao longo da internação, em vários momentos se queixa do atendimento (um método programado e em etapas de tratamento para as drogas) e pouco fala de si para a equipe do CAPS.

Ao sair de alta, Silvio ficou temporariamente “sem casa”, de modo que pernitoou no próprio serviço. Voltou para casa (quintal dividido com irmãos) no dia seguinte, quer “reconstruí-la”. A partir daí, fala-se de modo recorrente da implicação de Silvio no tratamento e da necessidade de cumprir os acordos firmados com a equipe e a vizinhança. Pensa-se inclusive em encaminhá-lo para outro serviço em caso de ausência de compromisso. Silvio concorda em ficar em abrigo religioso. Ao longo do tempo, o Sr. Antônio se aborrece com usuário, afas-

tando-se dele de maneira que a rede social de cuidado que havia sido estabelecida se esfacela.

Em seu contrato terapêutico, elaborado pela equipe em outubro de 2003, consta que ele deve vir de segunda a sexta no CAPS e não usar drogas. Em dezembro do mesmo ano, há notícias de que esteve contando novamente com a ajuda dos irmãos, fazendo biscates com o Sr. Antonio, mas que se apresentava arredio no CAPS.

Os contratos são vias pelas quais se implica e compromete não só o usuário, mas também a rede social de suporte ao mesmo. Ao que parece, o psicólogo é um profissional importante nessa modalidade de referência, que encarrega e vincula familiares e vizinhança pelo cuidado em saúde mental.

O prontuário de Silvio revela importantes tecnologias psicossociais, nas quais os profissionais publicizam um pouco do que é conhecido no campo da saúde mental como contratualidade, ou seja, emprestar poder contratual ao usuário no sentido de que ele estabeleça trocas sociais. Membros da comunidade estão presentes, em um contexto instável e conflitivo nas relações entre usuário e rede social. Esses episódios expõem diferentes mediações entre profissionais, usuários, familiares e membros da comunidade, acionando modalidades de regulação social que conduzem populações tuteláveis mas também alargam a ação estatal, no sentido de atingir entes intermediários que favoreçam a responsabilização do usuário.

Conclusão

No Brasil do início do século XX, assistimos a duas modalidades de reforma psiquiátrica: a criação das colônias agrícolas e da assistência hetero-familiar, uma apontando para a cura da loucura por meio do trabalho rural e do contato com a natureza e outra para a prevenção da doença mental junto às famílias e crianças em especial. Elas mantêm relações estreitas com duas matrizes de medicina social, apresentadas por Foucault¹³ ao falar da medicina urbana na França do século XIX: respectivamente com a matriz religiosa (isolar do território para salvar e purificar), com suas táticas de afastamento do meio sócio-familiar, e a matriz militar (manter nas casas para localizar e higienizar), com suas estratégias de esquadramento do espaço urbano. Tal como no programa de saúde da família (PSF) – principal estratégia governamental de consolidação das ações de atenção básica em saúde (acesso a vacinas, palestras sobre autocuidados e outros métodos de prevenção da doença e promoção à saúde) – a implantação dos CAPS durante a década de 1990

aproxima-se bastante da matriz militar, já que ambas estão em consonância com a regionalização da oferta de serviços e o atendimento nas casas dos usuários, muitas vezes sedentarizando populações e fixando-as a um território.

Entretanto, essa continuidade entre assistência hetero-familiar no início do século XX e reforma psiquiátrica no fim deste século não esconde as muitas diferenças entre as mesmas, no que tange não só aos projetos governamentais mas, principalmente, às práticas de que lançam mão os profissionais para manter os usuários em comunidade. Este texto procurou caracterizar uma das principais diferenças históricas entre essas reformas: a produção de redes de suporte social, envolvendo a configuração de redes de responsabilidade e controle dessa população no território.

Além disso, Castel², estudando a psiquiatria de setor francesa na década de 1970, uma das bases da reforma psiquiátrica brasileira, percebe que o objeto da ação normatizadora da psiquiatria torna-se a própria comunidade, alastrando o raio de controle estatal por meio da prevenção da doença mental e da promoção da saúde mental. A norma vigente não é posta em questão, mas difundida para aqueles que cercam os loucos – familiares (a “família desestruturada”) e vizinhos (a “vizinhança intolerante”), dentre outros – e desencadeando um processo contínuo de produção de desviantes dessa norma. Mas será que se trata de difundir ou mesmo aumentar o controle do Estado sobre a população? Nesse texto, procuro compreender a formação de redes de suporte social enquanto estratégia ao mesmo tempo terapêutica, administrativa e política, mas entendendo por administração e política um fluxo de interações entre atores sociais consolidando e desmontando instituições e, desta maneira, formando sociedade e Estado. Nesse texto, procurei justamente apresentar um fluxo de relações sociais de subordinação, dominação e cooperação formado de redes de suporte social, assim como destacar a operação de valores como solidariedade, piedade e honra para aglutinar familiares, vizinhos e profissionais em torno dessa utopia por uma “sociedade sem manicômios”.

Já vimos anteriormente que um dos meios pelos quais os técnicos procuram possibilitar algum grau de autonomia ao louco é o estímulo a trocas sociais, mediando a relação entre o mesmo e aqueles que o cercam, sejam eles parte da sociedade civil (vizinhos, pastores) ou do Estado (médicos, professores), no sentido de aumentar seu poder de contratualidade. Em outras palavras, a atenção psicossocial visa aumentar o *status* e prestígio do louco em seu meio social, através da multiplicação das interações sociais.

Para capturar essas estratégias e táticas de atuação dos especialistas, nada melhor que as narrativas apresentadas acima, através do acompanhamento de casos singulares de formação de redes e comprometimento moral daqueles que cercam os usuários em atendimento nos CAPS, como espero ter demonstrado nesse texto.

Referências

1. Silva M. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Rev Latinoam. Psicopatol. Fundam* 2005; 8(2):303-321.
2. Silva M. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis* 2005; 15(1):127-150.
3. Foucault M. *A história da loucura na idade clássica*. Rio de Janeiro: Perspectiva; 1978.
4. Castel R. *A gestão dos riscos: da anti-psiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1986.
5. Lima ACS. *Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade e formação do Estado no Brasil*. Petrópolis: Vozes; 1995.
6. Vianna ARB. *Os limites da menoridade: tutela, autoridade e família em julgamento* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional; 2002.
7. Lima ACS. Sobre gestar e gerir a desigualdade: pontos de investigação e diálogo. In: Lima ACS, organizador. *Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará/NUAP; 2002. p. 11-22.
8. Duarte LFD. Vicissitudes e limites da conversão à cidadania entre nas classes populares brasileiras. *Rev Bras de C Sociais* 1998; 22:5-19.
9. Tykanori R. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 55-59.
10. Goldberg J. Reabilitação como Processo. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 33-47.
11. Diaz FS. *'Loucos de todo gênero são incapazes': justiça e saúde mental no município de Angra dos Reis na década de 90* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, UERJ; 2001.
12. Silva M. *Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, UERJ; 2004.
13. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Artigo apresentado em 24/01/2007

Aprovado em 06/03/2007