



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE – FACES
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

KIMBERLY GUIDA CARVALHO
LUÍSA DE FIGUEIREDO DE QUEIROZ

BRASÍLIA
2017



KIMBERLY GUIDA CARVALHO
LUÍSA DE FIGUEIREDO DE QUEIROZ

**AVALIAÇÃO DA *TENDA FAMILIAR* COMO UM DISPOSITIVO
CLÍNICO-POLÍTICO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
NO DISTRITO**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica
apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e
Pesquisa pela Faculdade de Ciências da
Educação e da Saúde – FACES

Orientação: Prof^a. Dr^a Tania Inessa Martins de
Resende

BRASÍLIA
2017

AVALIAÇÃO DA TENDA FAMILIAR COMO UM DISPOSITIVO CLÍNICO-POLÍTICO EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO DISTRITO

Luísa de Figueiredo de Queiroz – UniCEUB, PIC Institucional, aluno bolsista

luisafqueiroz@gmail.com

Kimberly Guida Carvalho – UniCEUB, PIC institucional, aluno voluntário

kimberlyguidac@gmail.com

Tania Inessa Martins Resende– UniCEUB, professor orientador

taniainessa@gmail.com; tania.resende@uniceub.br; tania.resende@uniceub.br

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar o dispositivo de cuidado Tenda Familiar, enquanto modelo de intervenção interdisciplinar ofertado pelo Projeto de Extensão Interdisciplinar em Saúde Mental realizado pelo Centro Universitário de Brasília, em um Centro de Atenção Psicossocial. Em um segundo eixo, o projeto visou avaliar o impacto na formação dos alunos que participaram deste projeto interdisciplinar, que dialoga com outros campos de saber e desenvolve atividades de cunho clínico e social em serviços de saúde mental. A hipótese que direciona o seguinte trabalho é a importância do cuidado com a família, uma vez que esta se configura como uma rede de apoio central impactando nas condições de saúde do usuário, ao mesmo tempo, que também precisa de cuidados, pois o sistema familiar também é afetado pelo sofrimento psíquico intenso. A Tenda Familiar oferece um espaço de escuta e cuidado para os usuários de saúde mental e seus familiares, disponibilizando dois alunos de cursos diferentes para a realização de um trabalho interdisciplinar, um do curso de Psicologia e um aluno de Direito ou de Enfermagem, supervisionados semanalmente de forma interdisciplinar. Essa pesquisa articula a dimensão clínica do cuidado com a dimensão familiar e social, ancorada nas concepções de tratamento segundo as diretrizes da política nacional de saúde mental. A pesquisa foi dividida em dois eixos: o primeiro buscou avaliar a intervenção na dimensão política-clínica do dispositivo Tenda Familiar com o objetivo, a partir desta avaliação, de aprimorar a Tenda Familiar e estender este dispositivo a outras instituições que são parceiras do Projeto de Extensão; e o segundo investigou o impacto na

formação dos alunos que participaram desse dispositivo interdisciplinar. Procurou-se, através de entrevistas semi-estruturadas, análise de relatórios produzidos ao longo da implementação da Tenda Familiar e um grupo focal, acessar a percepção dos participantes sobre o dispositivo em questão. Foram realizadas quatorze entrevistas individuais, divididas em três categorias: professores e orientadores do projeto, alunos extensionistas e profissionais de diversas áreas do Centro de Atenção Psicossocial. Também, complementando as entrevistas, foi realizado um grupo focal com a equipe multiprofissional do serviço de saúde. Outra maneira de alcançar as expressões dos participantes, em especial dos usuários, foi a revisão de sessenta e cinco relatórios obtidos a partir de acompanhamentos familiares efetuados anteriormente pela Tenda Familiar. O material foi analisado a partir de três fases complementares e não lineares: contextualização sócio histórica, análise formal e reinterpretção, segundo a hermenêutica de profundidade. A efetividade da Tenda Familiar no cuidado às famílias na percepção dos participantes surge como um dos principais resultados, porém sua potencialidade fica limitada em função de dificuldades encontradas para a divulgação da mesma. O amadurecimento profissional foi um dos elementos mais destacados pelos alunos e professores. O principal propósito da presente pesquisa foi o aprimoramento do dispositivo em questão, visando uma melhor assistência para os usuários, seus familiares e profissionais dos serviços de saúde mental.

Palavras-Chave: Tenda Familiar. Saúde mental. Interdisciplinaridade. Convívio familiar

Sumário

1. Introdução	06
2. Fundamentação Teórica	08
2.1. Família na contemporaneidade: sofrimento psíquico e estigma	09
2.2. Um breve histórico sobre a relação entre saúde mental e família	13
2.3. O Atendimento em Saúde Mental e a Importância do Acolhimento Familiar	16
2.3.1. A RAPS e o CAPS	17
2.4. O PRISME e a Tenda Familiar	22
3. Metodologia	26
4. Resultados e Discussão	29
4.1. Contextualização Sócio-histórica	29
4.2. Análise Formal	32
4.2.1. Relatórios da Tenda Familiar	33
4.2.2. Supervisoras do Projeto	36
4.2.3. Alunos do PRISME	41
4.2.4. Profissionais do CAPS: entrevistas e grupos focais	44
4.3. Reinterpretação	47
Considerações Finais	52
Referências Bibliográficas	53

1.Introdução

A pessoa com transtorno mental sofre, em função de uma série de fatores históricos, sociais e culturais, dificuldades para sua reinserção na sociedade, onde os padrões estabelecidos tendem a criar barreiras que provocam o isolamento do indivíduo. A pessoa passa a ser estigmatizada e essa conduta social promove uma desqualificação das opiniões e desejos desta, se configurando assim como mais uma fonte de adoecimento e sofrimento para o indivíduo (GOFFMAN, 1988). O apoio familiar se torna, neste contexto, fundamental para o enfrentamento do estigma e preconceito e para a busca de reinserção social.

A família, ao ser um núcleo que abriga diferentes indivíduos com vínculos afetivos entre si, pode proporcionar apoio essencial no processo de reintegração social por ser o primeiro contato da pessoa com a comunidade, podendo estimular o convívio e exercendo a função de base para impulsionar a reinserção (OSORIO,1996).

No entanto, a família como rede de apoio pode ser um dos fatores impactantes na produção de saúde de seus membros ou, a depender de como se organiza e das estratégias que desenvolve ou não para o enfrentamento do sofrimento, fator de risco para o adoecimento e seu agravamento. É importante evidenciar que quando uma pessoa adoece psiquicamente, a sua rede de apoio sofre junto e na maioria dos casos ela começa um processo de readaptação as novas formas de convívio e muitas vezes podem precisar de auxílio nessa jornada (COLVERO, IDE & ROLIM, 2004).

O tema da presente pesquisa, a saber, a importância do acompanhamento familiar em um serviço de saúde tipo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), busca abordar principalmente o impacto do convívio familiar no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental e a influencia em seu tratamento, com o objetivo de detectar os esforços e dificuldades demandados tanto dos usuários quanto familiares. O acompanhamento familiar, nestas circunstâncias, pode ajudar a promover melhores condições para facilitar o processo de inserção social de pessoas em profundo sofrimento psíquico (PIETROLUONGO; RESENDE, 2007). Mais especificamente a presente pesquisa visa avaliar a efetividade do dispositivo *Tenda Familiar*, um dispositivo de cuidado ofertado pelo PRISME (projeto de

extensão interdisciplinar em saúde mental do UniCEUB) em um CAPS no DF para o acompanhamento de familiares e usuários de saúde mental.

Atualmente a política nacional em saúde mental busca a implementação de um novo olhar para as formas de cuidado das pessoas com transtorno mental, onde os espaços que historicamente levaram à exclusão do convívio social (como manicômios e hospitais psiquiátricos) são criticados e o preconizado passa a ser serviços abertos e comunitários, como os CAPS, para atender as pessoas em sofrimento psíquico grave (COSTA, 2013). De forma que o objetivo passa a ser a reinserção do indivíduo na sociedade, proporcionando a este experiências no meio social que o empoderam como cidadão e membro concreto da comunidade, podendo assim ter experiências e vivências no meio familiar, social e no ambiente de trabalho (BRASIL, 2001).

Com o intuito de desenvolver atividades de cunho acadêmico, o PRISME – Projeto de Extensão Interdisciplinar em Saúde Mental, foi criado em 2003, primeiramente como projeto de extensão direcionado aos alunos de Psicologia do UniCEUB, promovendo a oportunidade dos alunos extensionistas participarem em atividades práticas em diversas instituições de saúde mental do DF que buscam seguir o preconizado pela política nacional em saúde mental. Ao longo dos anos, o projeto se ampliou e incluiu outras áreas de saber, tais como Comunicação Social, Direito, Enfermagem, Medicina e Educação Física, firmando-se como projeto interdisciplinar em saúde mental.

A implementação do PRISME nos CAPS do DF ao longo dos anos fez com que surgissem novas demandas, e uma delas foi a necessidade de se criar um dispositivo capaz de incluir a família no processo de cuidado das pessoas com transtorno mental, onde fossem abarcadas as questões relacionados aos impasses e desafios do cotidiano presentes em todo e qualquer núcleo familiar, embora muitas vezes, agravados frente a situação de sofrimento e estigma, conforme acima apontado. Frente a esta demanda foi desenvolvido o dispositivo clínico-político denominado *Tenda Familiar*, que está sendo implementado gradativamente em uma instituição parceira, do tipo CAPS, pelo PRISME. A *Tenda Familiar*, em uma parceria em especial entre os cursos de Enfermagem e Psicologia, tem possibilitado a atuação em conjunto dos alunos no campo da saúde mental, auxiliando e orientando

as famílias de pacientes com transtornos mentais e os próprios usuários com suas possíveis demandas oriundas da complexidade do convívio.

Neste sentido, a *Tenda Familiar* é um espaço de escuta interdisciplinar que visa ajudar na compreensão de questões relacionadas ao transtorno mental tal como vivenciadas pelas famílias e usuários. Com o objetivo de aprimorar esta estratégia de cuidado foi delineada a proposta da presente pesquisa que se articula em dois eixos.

No primeiro eixo da pesquisa os seguintes questionamentos guiaram nossa investigação e análise: a *Tenda Familiar* se configura como um espaço clínico de cuidado? Qual impacto teve no tratamento das pessoas acompanhadas? Trouxe resolutividade para as demandas de convívio e inserção social vivenciadas pelos usuários e pelas famílias? Como os profissionais dos serviços avaliam o dispositivo? Quais foram as dificuldades de implementação do projeto, do ponto de vista do CAPS?

O segundo eixo de pesquisa ocupou-se com o impacto na formação dos alunos ao participar deste dispositivo interdisciplinar, sob a perspectiva dos alunos e professores do PRISME. Algumas perguntas guiaram este eixo: como a extensão interfere no processo de formação do aluno? Quais os desafios do trabalho interdisciplinar na prática? Como as respectivas disciplinas – Enfermagem e Psicologia – enxergaram o objeto de estudo? Quais foram as dificuldades de implementação do projeto, do ponto de vista dos alunos e professores do PRISME?

O objetivo da presente pesquisa foi avaliar o dispositivo *Tenda Familiar*, enquanto modelo de intervenção interdisciplinar realizado pelo PRISME em uma instituição de saúde mental (CAPS), em suas dimensões política e clínica e avaliar o impacto na formação dos alunos que participaram deste projeto. Em última instância, considerando a importância da articulação da dimensão clínica do cuidado com a dimensão familiar e social no campo da saúde mental, visou construir informações que permitam o aprimoramento desta intervenção.

2. Fundamentação teórica

O modo de conceber os transtornos mentais é carregado de estigmas sociais construídos no decorrer da história que resultam na conjuntura atual e influenciam

no convívio social e familiar. Neste sentido, será discutido como o convívio familiar pode influenciar diretamente no processo terapêutico das pessoas com transtorno mental e como a qualidade da dinâmica familiar pode se configurar como fator protetivo ou de risco para a saúde de seus membros.

Uma reflexão sobre a família na contemporaneidade e sua relação com o campo da saúde mental será apresentada, contextualizando o horizonte de onde partem as questões abordadas na pesquisa. Também será descrito o funcionamento da *Tenda Familiar*, um dispositivo proporcionador de escuta do usuário e sua família criado pelo PRISME como uma forma de mediar os conflitos cotidianos familiares.

2.1. Família na contemporaneidade: sofrimento psíquico e estigma

A família é formada e influenciada por uma série de contextos sociais e que por este fato não pode ser facilmente definida e generalizada, sendo importante assim entender a especificidade que cada família possui de acordo com seus valores éticos, morais e sua conjuntura (OSORIO, 1996). No entanto, é relevante entender que esse núcleo de pessoas que se inter-relacionam e se estruturam como família são parte de um fenômeno universal, ou seja, que estão presente em todos os tipos de sociedade (ROUDINESCO, 2003).

Segundo Dias (2004, p. 20)

O que identifica a família atualmente não é nem a celebração do casamento nem a diferença de sexo do par ou o envolvimento de caráter sexual. O elemento distintivo da família, que a coloca sob manto da juridicidade, é a presença de vínculo afetivo a unir as pessoas com identidade de projetos de vida e propósitos comuns, gerando comprometimento mútuo.

Tendo em vista que a família agora se constitui principalmente por vínculo afetivo entre os indivíduos, podemos observar que faz parte da constituição dos sujeitos uma ampla e complexa combinação de fatores biológicos, sociais, éticos, ambientais e culturais. A família passa a não necessariamente estar relacionada à ligação biológica. Pode, por exemplo, haver inúmeros problemas e dificuldades que acabam por resultar em quebra do vínculo e falta de afeto entre esses entes. Mas o indivíduo pode adquirir uma nova família, criada através de vínculos, que o ajudará em sua jornada de desenvolvimento social (ROUDINESCO, 2003).

Diante desta nova visão, a família deixou de ser organizada por normas sociais e passa agora a ser influenciada por acordos e negociações entre seus membros (MELMAN, 2008). No entanto, o núcleo familiar continua se constituindo como um movimento de organização e reorganização que influencia o meio coletivo, criando expectativas em relação a proporcionar proteção, cuidado de seus membros, apoio e aprendizado afetivo, além da formação de identidades e vínculos capazes de gerar a melhora na qualidade de vida do envolvidos (CARVALHO et.al, 2005). No entanto, segundo os autores, não há garantias que a família virá a suprir todas essas expectativas. De modo que esses objetivos tão ambiciosos acabam por gerar, em algumas circunstâncias, inseguranças nas pessoas, fazendo com que frequentemente os pais se sintam impotentes diante das adversidades e de como agir em relação à criação dos filhos (MELMAN, 2008).

O núcleo familiar tradicional está em crise, de modo que estão sendo construídas novas conformações familiares diante do novo contexto social, pois vivemos em uma ambiguidade de valores tradicionalmente aceitos e novos valores que estão sendo implementados atualmente (OSORIO, 1996; ROUDINESCO, 2003). Apesar da mudança nos papéis familiares, no entanto, estima-se que a família continuará sendo uma das bases da sociedade, essencial para a preservação do seres humanos e do meio social (OSORIO, 1996).

Os valores tradicionais foram desenvolvidos no contexto em que a família poderia ser formada apenas por uma mulher, um homem e seus filhos, posteriormente os filhos destes e assim por diante, gerando descendentes. Neste modelo, os papéis familiares eram bem definidos, onde a mulher tinha a função de zelar pela criação de seus filhos, o cuidado com a casa e as necessidades de seu marido. Já o homem era o provedor da casa, com a função de garantir a renda da família, e os filhos eram criados segundo as normas sociais de acordo com o seu sexo (ARCHANJO; ARCHANJO; SILVA, 2008).

Os valores da família sofreram influência do período denominado moderno, onde o amor era o elemento mais valorizado no meio familiar. Neste período passa a ser valorizada a divisão dos trabalhos entre o homem e a mulher e a educação dos filhos passa a ser responsabilidade da nação (ROUDINESCO, 2003).

A família contemporânea sofre interferência de todos os estigmas criados no decorrer dos séculos. Após a revolução francesa, fundamentada nos objetivos de promover liberdade, igualdade e fraternidade para todos os membros da sociedade, foi produzida uma importante mudança social, onde os estigmatizados passaram a ter função e papel social teoricamente igualitários, formando assim questionamentos sobre normalidade, direitos e deveres que perpetuam até os dias atuais (BARROS, 2008).

Nesse contexto temos, como exemplo, a mulher que passou a ter sua independência econômica, sua liberdade, e seu destaque profissional, mas possui também uma sobrecarga de serviços, por ainda possuir o estigma na sociedade de ser a única responsável pelo cuidado da casa, dos filhos e dos entes que adoecem. De forma que “as mudanças na organização da família estão se dando, fundamentalmente, a partir das mudanças na condição feminina, que terminam por afetar, também, os papéis masculinos” (CARVALHO, 2005, p.36).

A presença no meio familiar de um filho ou parente que adoece pode gerar inseguranças e conflitos. Quando se configura um diagnóstico de transtorno mental, que ainda sofre com diversos estigmas sociais, a insegurança e o desconforto podem ficar ainda maiores, afinal a maioria das pessoas veem as enfermidades como uma quebra da trajetória da vida idealizada. Essa experiência desestrutura as formas habituais de lidar com as situações do cotidiano (MELMAN 2008).

O estigma é uma forma de segregar as pessoas que a sociedade considera fora dos padrões “normais”, sendo estes estabelecidos no imaginário social, que busca formas de categorizar as pessoas de acordo com sua identidade social e seus atributos, definidos por meio de pré-concepções, e criando assim exigências básicas para as pessoas serem bem vistas e aceitas no meio social (GOFFMAN, 1988).

As pessoas com transtornos mentais sofrem ainda com diversos estigmas construídos a partir do século XIX, que induz a sociedade atual a pensar que os ditos “loucos” são agressivos, não possuem controle sobre seus atos, que não são capazes de viver no meio social, fazendo com que essas pessoas não sejam dignas de respeito e que elas não expressem nenhum tipo de verdade em suas opiniões (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2003).

A partir do término da segunda guerra mundial, inúmeras críticas em relação a estes estigmas e as instituições asilares que não promoviam melhoras aos pacientes e geravam gastos significativos ao governo foram produzidas, levando a que manicômios fossem aos poucos abrindo a suas portas e induzindo os seus pacientes a retornarem à sociedade (TENÓRIO, 2001). Esse movimento gradual de abertura dos manicômios e a construção concomitante de serviços abertos e comunitários tem permitido que as pessoas que sofrem com transtornos mentais aos poucos possam se estabelecer no meio social, gerando um desconforto social diante dos estigmas ainda presentes (LOBOSQUE, 1997).

O sofrimento psíquico influencia tanto a pessoa acometida como a família desta que, por muitas vezes, não sabe lidar com os conflitos que a pessoa vivencia. Este contexto é gerador de muita tensão e estimula o sentimento de impotência aos familiares, que por vezes se sentem desamparados, querem ajudar seu ente querido, mas não sabem como (MELMAN, 2008).

Segundo Costa (2009, p.48):

A ação humana é direcionada pela “herança social”, ou seja, pelos valores da sociedade, absorvidos na vida familiar. Esses valores predominam sobre a individualidade e traz um conjunto de ideias segundo as quais interpretamos e recriamos a realidade, crenças que julgamos nossas, hábitos e costumes, ou seja, a “herança social” determina o “estilo de vida”, cuja importância é cada vez mais reconhecida no surgimento e na permanência das mais variadas patologias.

Buscando ter uma visão da família sobre a saúde de seus membros, a Organização Mundial Saúde (OMS) define a família como o contexto de promoção da saúde e redução da doença, onde, desde que nascem, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos de saúde. Reconhecendo as inúmeras mudanças na nossa sociedade, principalmente no acesso aos serviços de saúde, a família ocupa o principal papel de cuidador em situações de doença e a principal fonte de suporte socioemocional do indivíduo, sendo ela também, o amortecedor do impacto das transformações sociais (RODRIGUES, 2013).

No campo da saúde mental também, em especial, a partir da política nacional de saúde mental que desde 1987 tem como objetivo central a desinstitucionalização das pessoas com transtornos mentais e sua reinserção social, a família deixa de ser

excluída do processo de tratamento, se tornando também um dos cuidadores. Para realizar a contento sua função de cuidado, no entanto, os familiares necessitam do apoio dos profissionais da equipe de saúde mental para auxiliar no processo de reinserção, estando assim atentos as necessidades, questionamentos e forma como a família está conseguindo lidar com a pessoa com transtorno mental, afinal os familiares também precisam se readaptar a esta nova forma de conviver. É necessário, por exemplo, ajudar as famílias a aprenderem estratégias para lidar com certas manifestações do sofrimento psíquico, aliviando a sobrecarga física e emocional de todo o núcleo familiar (COLVERO, IDE & ROLIM, 2004).

2.2 Um breve histórico sobre a relação entre saúde mental e família

É importante buscar compreender a família contemporânea para poder refletir sobre como esta pode ser inserida no tratamento e cuidado da pessoa em sofrimento psíquico. A compreensão só é efetivamente possível através da análise histórica da constituição da família que sofreu muitas alterações de acordo com o contexto social, sendo que essas modificações geraram a família contemporânea com seus valores e estigmas, como já citado.

Pode-se distinguir três grandes períodos da história da família: o modelo tradicional de família; o modelo de família moderna; e a família contemporânea ou pós-moderna. O modelo tradicional de família, caracterizado até o século XVIII, se encontrava em uma sociedade rural e escravocrata, baseada no poder de famílias extensas estruturadas sob o regime patriarcal, em que o pai monopolizava o poder, mantendo-se todos os demais membros em uma condição de submissão e invisibilidade em relação a ele, sendo que o enfraquecimento deste patriarca acabava com o poder da família, e o casamento era tratado como um negócio (ARCHANJO, 2008). A família era constituída como uma união que visava atender os parâmetros sociais, com o objetivo de suprir a necessidade de preservação do patrimônio e do status social (MELMAN, 2008).

Segundo Ornellas (1997, p.91):

Na Idade Média a caridade que se estendia sobre os miseráveis, doentes e loucos significava um caminho para o céu. [...] Os loucos

eram acolhidos nas famílias, perambulavam pelas estradas ou eram abrigados por um princípio de hospitalidade.

Distinguindo-se do modelo tradicional, a constituição da família moderna situa-se entre o final do século XVIII e meados do século XX. Há uma valorização da afetividade, onde a união matrimonial passa a ser caracterizada pelos desejos e amor dos noivos. Como os sentimentos passam a ser valorizados, os filhos começam a serem vistos como símbolo da realização do casal (ROUDINESCO, 2003). Outro fato importante nesse período “foi a colocação, em um primeiro momento, de escravos, loucos, mendigos, prostitutas e demais “sem-família” na categoria de antinorma, ou seja, exemplo daquilo que não deve ser seguido” (ARCHANJO, 2008, p.36-7).

No século XIX, ocorre a definição médica da loucura como alienação mental. Segundo Ornellas (1997, p.85), “a constituição da psiquiatria transforma a loucura em fenômeno patológico, embora diferente: objeto ambíguo de cuidados, com raízes na instância jurídica, que exige um tipo diferente de medicina para tratá-lo”. Os médicos passam oficialmente a serem responsáveis pelo cuidado dos ditos doentes mentais, excluindo a família do processo de cuidado e tratamento destes. As pessoas com transtornos mentais passam a ser retiradas da sociedade por interferirem na ordem e no espaço social, e são institucionalizadas com o intuito oficial de serem tratadas (ORNELLAS, 1997).

De acordo com Melman (2008, p.48):

A psiquiatria, igualmente, tomou para si a tarefa de intervir pedagogicamente sobre a família, procurando criar uma moral que deveria regular as relações familiares, prescrevendo comportamentos e modelos. [...] Entre as justificativas para esse procedimento, sustentava-se, de um lado, a necessidade de “proteger” a família da loucura. [...] além disso, o isolamento deveria ser realizado porque a família, por outro lado, poderia ser propiciadora do adoecimento mental.

Historicamente, neste contexto frequente e gradualmente a família deixa de visitar o seu familiar hospitalizado, o que faz com que ocorra o afastamento entre eles. Esta tende a ficar frustrada pela ausência de mudança no quadro clínico da pessoa acometida pelo transtorno mental, além de ser excluída pela equipe do cuidado e tratamento de seu ente familiar, fazendo com que os vínculos afetivos sejam muitas vezes quebrados (VASCONCELOS, 2015).

A partir dos anos 60 até os dias atuais se define o período da família contemporânea, sendo essa caracterizada, como já citado, pela formação familiar a partir de acordos e negociações, visando os benefícios próprios dos indivíduos e a união de interesses em comum (ROUDINESCO, 2003).

Por volta do fim dos anos 70 havia se instalado uma crise no modelo de hospital psiquiátrico no Brasil diante de dois contextos. Por um lado a conjuntura histórica das reformas psiquiátricas na França, Inglaterra e Estados Unidos, e, em especial na Itália, onde houve a desinstitucionalização gradativa das pessoas com transtorno mental. Por outro, a reforma sanitária brasileira buscava a mudança na forma de gestão e atenção das práticas de saúde. Seguindo essas influências ocorreu o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, onde se criou leis que protegiam as pessoas com transtorno mental e normas que buscavam promover a desinstitucionalização e restauração do convívio social dos pacientes (BRASIL, 2005).

A partir da mudança em nossa política de saúde mental, a família passa a ser parte ativa do tratamento do paciente, podendo auxiliar (ou prejudicar) no plano terapêutico da pessoa com transtorno mental (VASCONCELOS, 2015). Tal prática de readaptação da família traz diversos desafios e benefícios. Entre os desafios estão presentes a mudança da ideia de transtorno mental como algo incapacitante e alienador do sujeito em nível social e psicológico; a desconstrução da ideia da família como nociva ao usuário e ao tratamento, isto é, causadora da doença; e a construção, ao contrário, de habilidades e competências da família considerada como mais um dispositivo de cuidado (COLVERO, IDE & ROLIM, 2004).

O sentimento de incapacidade da família ainda se perpetua em muitos casos em decorrência dos estigmas que são enfrentados, o que muitas vezes a faz se afastar ou se abster do cuidado com seu familiar. Por isso é importante entender a Reforma Psiquiátrica como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos (BRASIL, 2005), que busca proporcionar um atendimento integral ao paciente com transtorno mental resultando no seu bem estar e sua reinserção na sociedade. O atendimento integral inclui também o convívio familiar que muitas vezes também está em sofrimento e necessitando de assistência.

Toda a família pode ficar fragilizada quando há uma pessoa com transtorno mental, principalmente nos casos em que a gravidade é maior. Quando os sintomas são mais persistentes por um longo período, criam-se inúmeras barreiras à comunicação e à interação entre os membros da família (MELMAN, 2008). Segundo o autor, os frequentes fracassos terapêuticos produzem mais frustrações e desesperos, propiciando maiores chances de um isolamento social de vários membros do núcleo familiar. A família passa assim a sofrer com esse contexto podendo vir a adoecer também. Por isso é de fundamental importância o acompanhamento familiar para que esses possam também se expressar diante da convivência com a pessoa com transtorno mental, gerando assim pessoas capacitadas para um cuidado mais efetivo (VASCONCELOS, 2015).

A saúde mental é complexa justamente por envolver uma série de fatores sociais, ambientais e físicos que impactam as pessoas em suas individualidades, por isso é importante considerar o bem-estar subjetivo, a autoeficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa (OMS, 2001). Atualmente, no Brasil, os principais locais que prestam assistência à saúde do usuário de saúde mental e seus familiares, segundo os objetivos da política nacional de saúde mental são: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Atenção Básica (Unidade/Programa/Estratégia Saúde da Família - USF, PSF e ESF e Unidade Básica de Saúde - UBS) e as residências terapêuticas (BRASIL, 2004).

2.3 O Atendimento em Saúde Mental e a Importância do Acolhimento Familiar

Ao pensar em um sujeito em sofrimento psíquico grave (COSTA, 2015) e/ou com transtorno mental, defrontamos não só com as próprias dores desse ser, mas também com as dores das pessoas ao seu redor, que sofrem ao vê-lo sofrer. Não podemos esquecer também o papel que a família tem sobre a saúde desse sujeito.

A despeito das dificuldades e transtornos provocados pelo problema, é da família ou dos grupos sociais próximos o maior esforço para minimizar a situação, seja diante da emergência do problema, seja no trabalho cotidiano que garante a superação de crises e o bem-estar dos envolvidos (CAROSO; RODRIGUES; ALMEIDA-FILHO, 1998, p.72).

A família pode ser considerada uma rede de apoio das mais poderosas, ainda que possa, muitas vezes, se configurar como um espaço ambivalente para seus membros: acolhida e rejeição. No contexto psiquiátrico, por exemplo, a família pode, em alguma medida, ser uma fonte de sofrimento para o sujeito em crise, como pode ser também, por outro lado, um suporte e/ou agente de reinserção para ele (CAROSO et al, 1998).

Os significados culturais e as avaliações sociais sobre as desordens apresentadas pelos membros da rede social primária do sofredor tem uma importante influência tanto na construção da doença como da realidade social, quanto sobre o curso e os seus efeitos sobre a vida do sujeito (doente) (KLEINMAN & GOOD, 1985 apud CAROSO et al., 1998, p. 65).

Se as redes de apoio são configurações sociais que podem sustentar e/ou influenciar um indivíduo que a constitui e a família é uma rede de apoio primária, podemos (re) considerar a importância dela no tratamento do sujeito em crise.

Dessa maneira, seguiremos a pesquisa apresentando brevemente o sistema público de saúde criado para o cuidado e a atenção à saúde mental.

2.3.1 A RAPS e o CAPS

Historicamente a loucura foi (in) compreendida de diversas maneiras. Por ser algo desconhecido, foi julgada como perigosa e assim sendo, foi marginalizada. O louco era segregado junto com doentes venéreos, “pobres, vagabundos, presidiários e ‘cabeças alienadas’” (FOUCAULT, 1989, p. 10), pois acreditavam que era necessário ser excluído para esperar a salvação da cura, assim como fizeram com os leprosos na Idade Média.

Os muros da instituição encerram o lado negativo, exposto, do mundo burguês, a serviço da ordem religiosa, familiar, econômica, num sistema de exclusões superpostas que fortalecem os limites da liberdade (ORNELLAS, 1997, p. 92).

Porém, é tão grande o número de pessoas segregadas que logo sobrecarrega esses lugares, sendo necessário planejar outras construções maiores e espaçosas, e sem vizinhanças para colocá-las (FOUCAULT, 1989). A loucura ganhou outro lugar, uma ‘cadeia exclusiva’, os manicômios. Lugar esse ligado a lógica da disciplina, sustentada pela culpabilização daqueles que não se adequavam,

buscando “reeducá-los”, “adestrá-los”, “adequá-los a certa norma” (LOBOSQUE, 2003).

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e de frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! (AMARANTE, 2007, p. 62).

Após a sanguinária 2ª Guerra Mundial, surge a necessidade de repensar sobre as práticas desumanas manicomiais. No final do século XVIII, a partir do nascimento da psiquiatria por Philippe Pinel, emerge um novo olhar sobre a loucura, com caráter patológico. “Ganhou a medicina, ganharam os loucos, pelo menos na medida em que não mais seriam punidos como criminosos por serem loucos, embora muitas das formas de tratamento médico fossem, explicitamente, repressivas e punitivas” (ORNELLAS, 1997, p. 85).

As instituições agora eram pautadas em termos médicos, considerando os supostos cuidados especiais para o tratamento da “alienação mental”, definição médica para a loucura (ORNELLAS, 1997). A concepção biológica, no século XIX, “afirma que o cérebro do louco deve estar alterado” (ORNELLAS, 1997, p. 86), colocando a causa do comportamento “imoral” em algo inerente ao sujeito, transformando-o em incapaz por natureza.

A loucura adquire definição de doença, porém uma doença diferente, cuja concepção compreende as ideias do intelecto e da moral [...]. O conceito geral de desarranjo, desordem ou perturbação supõe um estado anterior de equilíbrio, não definido, e a linha de um horizonte de normalidade (ORNELLAS, 1997, p. 86).

Geralmente a pessoa que era internada nesses lugares permanecia por toda a vida, sendo excluída da sociedade por não seguir o padrão de normatividade. “É importante ressaltar que isso ocorreu num clima de necessidade de produção exigido pelo sistema capitalista, que enfatiza a normalidade e a produtividade” (CARNEIRO MACIEL et al., 2008, p. 116). O estigma social pode ser considerado como uma cicatriz, algo que marca, nesse caso era determinado que a pessoa fosse louca, defeituosa, e perigosa para si e para a sociedade.

Um dos piores problemas do manicômio, além de separar o sujeito de sua vida cotidiana (internação), eram as práticas “terapêuticas” realizadas por lá. Segundo o psiquiatra Basaglia (1985), quando os doentes eram agitados demais, eram submetidos ao “garrote” – prática com finalidade de levar o sujeito ao desmaio através da sufocação, “joga-se um lençol sobre a sua cabeça, em geral molhado para que não possa respirar, que depois se torce com força em torno do pescoço. Ele perde imediatamente os sentidos” (BASAGLIA, 1985, p. 100).

É nesse aspecto que a OMS (2002, citada por Musse, 2010) afirma que a pessoa com transtorno mental passa por um processo de desvalorização social, quando o sofrimento psíquico lhe impede temporariamente de realizar seu trabalho levando a afastamentos, perda de emprego, dificuldades em manter-se e adquirir os medicamentos, lhe empurrando a uma situação de pobreza (GONÇALVES, 2016, p. 4).

Uma das consequências da desvalorização social do sujeito é torná-lo passivo: o sujeito passa a não poder fazer suas próprias escolhas, coloca-se esse poder nas mãos de quem detém o saber técnico. Com isso, a equipe de saúde se responsabiliza em escolher o que seria melhor para ele, criando um roteiro de tratamento e de atividades que acreditam ser essenciais para tal suposta doença.

Ocuparam-se das doenças e esqueceram-se dos sujeitos que ficaram apenas como pano de fundo das mesmas. [...] Enfim, se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta de Basaglia foi a de colocar “a doença entre parênteses” para que se fosse possível ocupar-se do sujeito em sua experiência (AMARANTE, 2007, p. 66).

Quando o psiquiatra italiano Basaglia traz essa noção de focar no sujeito e não só na doença, não quer dizer que o sofrimento em si será esquecido, mas sim que o sujeito é a parte mais importante do tratamento e que não deve ser abandonada.

Segundo Amarante (2007), a proposta principal desse novo modelo é justamente pensar num processo social em sua complexidade. Começou-se então um movimento reformatório em que se procura desinstitucionalizar a loucura, buscando uma ênfase mais humanizada e menos excludente.

Nos anos 90, após a reforma psiquiátrica, ainda que a grande maioria dos pacientes em saúde mental fossem destinados para manicômios, não superando-os totalmente, ocorreu um enorme avanço em questão das políticas públicas com os postos de

coordenação e gerência ocupados por partidários da reforma tanto no nível federal quanto em vários estados e municípios (TENÓRIO, 2001, p. 39).

À vista disso, observa-se atualmente, na política nacional de saúde mental, um modo renovado de enxergar a atenção à saúde mental, excluindo aquela impressão de intolerância e de temor, introduzindo socialmente as pessoas com transtornos mentais. Para tanto, foi criada uma rede alternativa de serviços, uma opção extra-hospitalar financiada pelo Sistema Único de Saúde – SUS: a RAPS.

A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) é uma rede integrada de ação psicossocial que foi uma das consequências do processo de descentralização da saúde no Brasil. A rede é uma estratégia essencial para a promoção de saúde, pois segundo a OMS, a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausências de doenças e enfermidades” (OMS, 2014).

A saúde então “é um estado positivo e multidimensional que envolve três domínios: saúde física, saúde psicológica e saúde social” (STRAUB, 2005, p. 23). Segundo Amarante (2007), a área da saúde mental deve ser considerada como um processo social complexo, que envolve movimento e que está em constante processo de transformação. Sendo assim, é necessária uma rede para poder abarcar essa complexidade, em que sua característica principal seja a interdisciplinaridade que inclua aspectos teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural (AMARANTE, 2007). Uma rede, além de ser multiprofissional ela precisa ser organizada de maneira mais horizontal e mais integradora.

Cécilio (1997) sugere então o modelo circular, o qual se associa à ideia de movimento e de várias alternativas de entrada e de saída, como um círculo que não tem ponta, não possui hierarquia e funciona de forma horizontal, sem gradação de níveis hierárquicos verticais. Ou seja, a rede precisa funcionar de acordo com seus usuários adequando-se a eles e não o contrário.

É preciso, portanto, reconhecer a existência de um tipo de rede que se constitui sem modelo, que não parte de uma estrutura, pois se constrói em ato, com base no trabalho vivo de cada trabalhador e equipe, mediante fluxos de conexões entre si, na busca do cuidado em saúde, seja em encaminhamentos realizados, procedimentos partilhados, projetos terapêuticos que procuram consistência no

trabalho multiprofissional (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014, p.3).

Dessa maneira, a partir da sua clientela, que segundo o Ministério da Saúde (2004) são pessoas em sofrimento, com transtornos mentais e com necessidades posteriores ao uso de substâncias psicoativas, a RAPS possui como objetivos gerais e específicos:

- A ampliação do acesso para atenção psicossocial da população em geral, promover vínculos de pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.
- Promoção dos cuidados em saúde, particularmente aos grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); a prevenção do consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; a redução de danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; mas ainda inclui a melhoria dos processos de gestão dos serviços, parcerias intersetoriais entre outros (BRASIL, 2004, p. 13-17).

A RAPS engloba alguns serviços, como: CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, UA – Unidade de Acolhimento, SRT – Serviço de Residência Terapêutica e leitos em Hospital Geral. Porém, nesse proposto trabalho, analisaremos mais cuidadosamente somente o CAPS, pois o dispositivo em questão, a *Tenda Familiar*, está inserido nesse serviço da rede.

Os Centros de Atenção Psicossocial, de acordo com o Ministério da Saúde (2004), possuem caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, atendendo pessoas com transtornos mentais, em sofrimento psíquico grave e persistente, e aquelas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS

constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p.10).

Tem como objetivo à oferta de serviços de “atendimento a população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitário” (BRASIL, 2004, p. 13).

Tendo em vista a necessidade de uma rede de apoio para ajudar a ressignificação do transtorno, a construção de novas estratégias de enfrentamento ao estigma e o suporte à reinserção social, são necessários dispositivos e estratégias de cuidado as mais diversas para apoiar o CAPS na busca por estes objetivos.

2.4 O PRISME e a Tenda Familiar

Resende (2015) afirma que para que ocorra uma modificação nos dispositivos terapêuticos clássicos é necessária à produção de novas maneiras de cuidar, respeitando sempre a unidade de simbolização e de experiência de cada um, assim criando um espaço de cuidado “sob medida” para cada sujeito. A autora afirma também a necessidade de relações mais horizontalizadas entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde mental.

A partir desta visão sobre o processo social complexo da saúde mental, o PRISME - Projeto de extensão Interdisciplinar em Saúde Mental do UniCEUB - surge com o objetivo de aproximar ensino e serviços de saúde mental, em especial os CAPS, através da reflexão crítica do campo da saúde mental e uma atuação interdisciplinar. Esse projeto é composto pelos cursos de Psicologia, Direito, Enfermagem, Medicina e Educação Física, que permite, através de atividades práticas e psicossociais, entrar em contato com sujeitos em sofrimento psíquico para a produção de novos sentidos nesse campo.

Os estudantes membros do PRISME, dessas diversas áreas, seguem a seguinte reflexão: “como meu campo de saber científico, em articulação com outros saberes, pode contribuir para a reabilitação psicossocial de pessoas com sofrimento psíquico grave, ajudando-as em sua efetiva reinserção social?” (RESENDE, 2012). A partir daí, começa-se a pensar em intervenções mais integradoras focadas na convivência com esse público.

O PRISME é realizado em quatro CAPS do DF e em uma ONG em Saúde Mental. É a partir das demandas trazidas por esses locais que se começa a administrar as atividades a serem realizadas, desde os horários de cada uma até os alunos que irão realiza-las. Por ser um projeto interdisciplinar, as atividades são conduzidas sempre por alunos de cursos diferentes. Ocorre uma supervisão semanal, em que devem estar todos os integrantes do projeto, inclusive os professores representantes de cada curso.

O diferencial desse projeto é justamente o foco no desenvolvimento de habilidades interdisciplinares dos alunos focadas nas relações multiprofissionais, na integração do tratamento adequado ao sujeito e na inserção social. Há um maior diálogo entre os diversos saberes. Neste sentido, já foram criados alguns dispositivos de cuidado, como: a TV Sã, Tenda Jurídica¹, *Tenda Familiar*, grupos de convivência, participação em atividades de matriciamento e de geração de renda, entre outros.

Na presente pesquisa, o foco recai na *Tenda Familiar*, um dispositivo de cuidado criado no PRISME para atender as demandas das famílias especificamente para atender as demandas de um dos CAPS que o projeto de extensão atua.

Como dito nos tópicos anteriores, a família é inserida no processo de tratamento como um dos cuidadores. Porém para que isso ocorra, é necessário que a equipe de saúde comece um trabalho com a finalidade de ajudar a família nesse processo, o que exige a atenção às demandas específicas que os familiares trazem sobre a situação e o convívio com a pessoa com transtorno mental. Essa adaptação da família vem conseqüente ao aprendizado de novas estratégias, em conjunto com a equipe, de como lidar com certas manifestações do sofrimento psíquico, como uma forma de aliviar a tensão e diminuir as angústias dessa rede de apoio (COLVERO, IDE & ROLIM, 2004).

O CAPS a partir de reuniões semanais, tentam acolher as famílias. Porém muitas famílias não conseguem se vincular a esta atividade grupal, não tem condições de participar e/ou acham que falta privacidade, afetando em sua confiança para compartilhar algumas questões. Frente a este cenário, a *Tenda*

¹ A Tenda Jurídica, dispositivo também criado pelo PRISME, foi analisada em um projeto de iniciação científica, em 2015, também interdisciplinar, sendo realizado por uma dupla de alunos, neste caso, Psicologia e Direito.

Familiar foi construída para atuar como um complemento para melhorar o acolhimento e o cuidado ofertado a algumas famílias indicadas pelo CAPS como necessitando de uma atenção um pouco mais integral. Uma dupla de alunos, usualmente um aluno do curso de Psicologia e um aluno do curso de Enfermagem, realizam encontros semanalmente no CAPS, acompanhando cada família por um ou dois semestres, ou mais tempo se necessário a depender da gravidade e intensidade das demandas de cada família. Esta configuração pode se modificar em função das necessidades de cada família, considerando também as possibilidades do PRISME. Por exemplo, se ao longo de um semestre identificamos que no momento as principais demandas e conflitos de uma família estão no campo jurídico a dupla de alunos passa ser de Psicologia e Direito.

A *Tenda Familiar* segue, ainda que não se confunda com o mesmo, alguns pressupostos do acompanhamento terapêutico, o qual propõe trazer condições favoráveis para que o sujeito vulnerável mentalmente possa ter mais possibilidades em seu ambiente e na sua vida cotidiana. Segundo Berger (1997), é “uma prática de construção de pequenos acontecimentos que podem ir dando força e consistência a essas subjetividades tão vulneráveis, que nos demandam tratamento” (p. 79-80). Dessa maneira, a *Tenda* se configura como um espaço de mediação e ressignificação no contexto coletivo e familiar. Portanto, pode-se dizer que “é uma prática de invenções. Inventamos, a cada acompanhamento com cada cliente, às estratégias que serão necessárias para abrir espaços para a vida acontecer” (BERGER, 1997, p. 79). Ou seja, trata-se de uma montagem a partir das necessidades deles, as quais influenciam o trabalho a ser realizado, possibilitando a criação de novas estratégias e soluções para que o usuário e seus familiares consigam conviver e construir estratégias de enfrentamento ao sofrimento e ao estigma vivenciado cotidianamente.

A *Tenda Familiar* é um dispositivo de cuidado inventado com o intuito de acolher o sofrimento dos familiares, objetivando a construção de um ambiente familiar mais saudável e integrador. É a partir da construção de um espaço de escuta e de mediação que conseguimos ajudar os participantes a ter uma compreensão melhor sobre as condições de saúde do usuário (ênfatizando que o indivíduo está em sofrimento e que ele não se resume a um diagnóstico de

transtorno mental) e com suas questões cotidianas, criando assim condições para incentivar e facilitar o processo de empoderamento do sujeito. Neste sentido, a *Tenda Familiar* visa a reinserção do usuário do CAPS, através de um olhar mais integrador e cuidador com os familiares. Parte-se do pressuposto que a reinserção social e a transformação no modo de lidar com o sofrimento psíquico grave exigem a oferta de um ambiente no qual o usuário possa ser aceito em sua diferença. É através da mediação entre sujeito e familiares que se propicia a criação de um ambiente familiar mais compreensivo e acolhedor.

Muitas vezes o sujeito em adoecimento psíquico não é compreendido ou aceito em seu ambiente familiar, tornando assim mais sofrido para ele tanto o tratamento quanto sua vida cotidiana. Às vezes o motivo pode estar na falta de diálogo entre os membros da família. Assim, a *Tenda Familiar* tenta criar um ambiente dialógico, através da mediação e da escuta, que possibilita uma maior clareza em resoluções e/ou estratégias para seus problemas.

A construção conjunta de pequenas estratégias para as situações apresentadas pelas famílias e pelos usuários possibilita criar condições para o empoderamento do usuário e seu grupo familiar. Desse jeito, a *Tenda Familiar* estaria diretamente interligada aos acontecimentos e imprevistos da rotina daquela família. Segundo Rolnik (1997):

A subjetividade, portanto, é feita das próprias partículas do fora; é o dentro do fora. Um dentro que, como um cristal do fora teria sedimentado em determinada forma, continua a ser trabalhado pelas forças até que a dobra que o constitui se desfça e outras dobras se façam num só e mesmo movimento (p. 87).

A singularidade do sujeito faz parte da coletividade em que ele vive. É um recorte da realidade que se influencia com suas experiências de vida e com as oportunidades que foram oferecidas. Infelizmente um usuário de um serviço de saúde mental é estigmatizado e marginalizado, o que reduz drasticamente essas oportunidades. Segundo Rolnik (1997),

a loucura na verdade pouco impede seus acompanhados de constituírem seus territórios de existência; aliás, a própria loucura já é um território criado para sobreviver ao furacão quando se é prisioneiro do fora. O problema do louco é que seus territórios trazem a marca de uma acentuada singularidade, e isto não tem lugar numa sociedade na qual impera uma política de subjetivação neurótica.

Para essa política, tudo o que se distingue em maior ou menor grau, do dentro encruado, tomando como padrão universal, tende a ser segregado. Essa segregação se opera por diferentes estigmas, cabendo ao louco o de doente (p. 88).

A *Tenda Familiar* tenta fazer justamente essa ponte entre questões sociais, familiares e individuais. Tenta desenvolver nesse espaço dialógico algumas estratégias de resoluções a partir do que é trazido pelos integrantes da família: questões jurídicas, de saúde, de saúde mental, relacionais... Segundo Figueiredo (2011):

O saudável em um organismo vivo – e mais ainda em um sujeito humano, um existente – precisa sempre ser considerado e avaliado a partir das relações com o ambiente em que o “próprio” do sujeito, em um momento e em uma condição singulares, possa ser reconhecido, preservado, enriquecido e confirmado (p. 21).

Dentro deste ambiente privativo e de confiança, os familiares trazem vivências, dúvidas, angústias, questões que os incomodam e que os agradam no convívio familiar, na vida cotidiana e no tratamento ofertado no CAPS. O objetivo é estar com eles: escutando, mediando e os ajudando na medida do possível. É necessário que a atenção seja essencialmente empática, deixando-a ser guiada a partir do que eles expõem. Desse modo, se levanta questionamentos, sugestões e se consegue devolver o que está sendo colocado, permitindo então um espaço de escuta e de cuidado mútuo.

A obrigatoriedade da *Tenda* ser composta por alunos de cursos diferentes é um dos diferenciais do dispositivo criado pelo PRISME que visa oferecer um atendimento interdisciplinar e mais integrado. Essa atividade interdisciplinar (mais flexível onde está presente intrinsecamente o diálogo entre as disciplinas) propõe a colaboração de diferentes campos do saber, com a finalidade de descobrir as melhores possibilidades para a diminuição e enfrentamento do sofrimento, através de construções feitas *junto com* os sujeitos, usuários e familiares. Com isso, pretende-se criar um ambiente mais dialógico e saudável para seu convívio, com o foco no empoderamento e na inserção social.

3. Metodologia

O presente estudo articula-se em dois eixos principais. O primeiro visa avaliar a intervenção na dimensão política-clínica do dispositivo *Tenda*

Familiar no CAPS. O objetivo, a partir desta avaliação, é aprimorar a *Tenda Familiar* e estender este dispositivo a outras instituições que são parceiras do PRISME. No segundo eixo de pesquisa foi avaliado o impacto na formação dos alunos ao participar deste dispositivo *interdisciplinar*, sob a perspectiva dos alunos e professores.

O projeto de pesquisa propõe uma metodologia qualitativa, considerando junto com Demo (2006, p. 8) que “dependendo do objeto e dos propósitos da pesquisa pode-se preferir um procedimento mais qualitativo, mas seria equivocado não perceber que “dados” qualitativos também são, de alguma forma, “dados”, ou seja, possuem referências como tamanho, frequência, escala, extensão”. A pesquisa visa a avaliação do dispositivo *Tenda Familiar* implementado em um CAPS do Distrito Federal pelo PRISME e se iniciou com um estudo exploratório, a partir da análise documental dos relatórios produzidos sobre a implementação da *Tenda Familiar*, por alunos de Enfermagem/Direito e Psicologia do PRISME. A partir desta primeira análise foram identificadas as principais demandas acolhidas pela *Tenda Familiar*, o número de participantes e a resolutividade das ações desenvolvidas do ponto de vista dos usuários e familiares.

Em um segundo momento, investigamos o impacto da *Tenda Familiar* por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais dos serviços de saúde mental que usufruíram do dispositivo, com o intuito de avaliar o dispositivo na visão dos profissionais do CAPS. Composto os dois eixos, a partir da análise documental foram selecionados 05 profissionais de saúde, 03 professores do PRISME e 06 extensionistas do PRISME em um total de 14 entrevistas e 01 grupo focal com os profissionais de saúde do CAPS.

A partir das informações produzidas, a pesquisa analisou a implementação do dispositivo *Tenda Familiar*, identificou as possíveis falhas existentes e indicou algumas soluções para os problemas encontrados visando uma maior participação da comunidade terapêutica – CAPS - e um aperfeiçoamento do dispositivo, pautada nas impressões e sugestões dadas pelos participantes.

A coleta de dados foi, portanto, dividida em três fases:

1a.fase: Análise documental – relatórios PRISME

2a.fase: Entrevistas semiestruturadas e grupo focal com profissionais do CAPS

3a.fase: Entrevistas semiestruturadas com professores, alunos e ex-alunos extensionistas que participaram da *Tenda Familiar*.

Os dados foram analisados segundo a hermenêutica de profundidade (THOMPSON, 1985) tal como reinterpretada por Demo (2006). Esta análise prevê três fases complementares e não lineares: contextualização sócio histórica, análise formal e reinterpretação. Esta proposta de análise de dados é especialmente adequada para estudos sobre fenômenos humanos e sociais complexos, cujo campo-objeto é constituído por sujeitos (campo objeto-sujeito, segundo THOMPSON, 1985) que experienciam e interpretam de forma complexa e não-linear a realidade; no nosso caso específico, a experiência do dispositivo *Tenda Familiar*.

Os pesquisadores são responsáveis por todo registro escrito produzido sobre as atividades de pesquisa, sendo seu dever ético garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes. Todo o material será destruído, após o término do prazo exigido pelo CEP. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa e obteve aprovação com número do parecer 1.965.538.

Será responsabilidade dos pesquisadores tornar públicos os resultados da pesquisa realizada na forma de artigo publicado, devolução oral e presencial no CAPS para os profissionais e usuários de saúde mental e evento realizado pelo PRISME no UniCEUB.

A participação na pesquisa não estava vinculada a nenhum tipo de benefício ou perda vinculados às estratégias terapêuticas oferecidas pelo CAPS. A professora-orientadora e os alunos-pesquisadores se colocaram disponíveis para a escuta e acolhimento de quaisquer demandas afetivas, emocionais e psicológicas que pudessem surgir durante a realização das atividades de pesquisa.

As atividades desenvolvidas buscaram analisar a efetividade do dispositivo *Tenda familiar*, de modo a avaliar seu impacto e suas falhas, visando seu aprimoramento. Através do grupo focal, das entrevistas com os profissionais de saúde e análise dos relatórios buscamos analisar a importância deste projeto no plano terapêutico dos usuários do CAPS e seus familiares. Além de verificar através dos alunos e ex-alunos extensionistas e professores a efetividade do trabalho interdisciplinar e a importância do dispositivo em sua formação profissional.

4. Resultados e Discussão

Por ser uma pesquisa que busca a avaliação da *Tenda Familiar* enquanto dispositivo clínico-político, os resultados e as discussões serão apresentados juntos, pois ao realizar as análises dos resultados há, conseqüentemente, a discussão destes, conforme a metodologia de análise dos dados adotada, a saber, a hermenêutica de profundidade, conforme acima mencionado (THOMPSON, 1985; DEMO, 2006). A análise dos dados qualitativos será feita por meio de três etapas caracterizadas pela contextualização sócio histórica, análise formal dos dados e reinterpretação destes, com o intuito de ter uma maior sensibilidade de análise para os dados coletados.

4.1. Contextualização Sócio histórica

Nesta primeira etapa da análise, descrevemos o contexto da saúde mental no DF e a inserção da *Tenda Familiar* neste cenário, considerando com Demo (2006) que as informações qualitativas produzidas são contextualizadas e não produzidas em um susposto ambiente asséptico e neutro.

A Saúde Mental é assistida no SUS, segundo o Ministério da Saúde, conforme acima apresentado, pela RAPS – Rede de Atenção Psicossocial, na qual engloba vários serviços de assistência, dentre eles estão os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial. Esses dispositivos são entidades de acolhimento a pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, em que visa à inserção social, familiar

e pessoal oferecendo atendimento médico, psicológico e oficinas terapêuticas (BRASIL, 2014). Para ter CAPS, de acordo com a Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, o número mínimo de habitantes por região deve ser 20.000 e não deve haver nenhum outro serviço em saúde mental ao redor.

Segundo o IBGE (2016), a população estimada no Distrito Federal foi de 2.977.216 habitantes, mas há apenas dezessete CAPS para toda a população da região e do entorno. O índice é calculado pela equação, um CAPS para cada 100.000 habitantes, que traz como resultados os seguintes critérios: cobertura muito boa (acima de 0,70), cobertura regular/boa (entre 0,50 e 0,69), cobertura regular/baixa (entre 0,35 e 0,49), cobertura baixa (entre 0,20 e 0,34) e cobertura insuficiente/crítica (abaixo de 0,20) (BRASIL, 2009; IBGE, 2010). Desse modo, o DF tem um dos piores índices (0,21) em Saúde Mental do País, a frente apenas do Estado do Amazonas (0,15) (BRASIL, 2010).

Diante dessa realidade, segundo Resende (2015), a Rede de Atenção Psicossocial no DF é considerada de baixa cobertura, em função do número reduzido de CAPS. Por sua vez, esta baixa cobertura no território do DF de serviços de saúde mental pode interferir na qualidade do serviço, pois há uma demanda superior a capacidade dos serviços, o que dificulta a realização de alguns atendimentos pelos profissionais, por exemplo, uma atenção específica aos familiares.

Por falta de um número adequado de CAPS e por muitos não serem acessíveis à população em geral, o resultado é uma sobrecarga nos serviços que se localizam em centros de fácil acesso. Por exemplo, os CAPS de Taguatinga e do Paranoá sofrem uma sobrecarga de demandas em decorrência da sua acessibilidade, o que prejudica a qualidade da assistência mesmo com uma equipe empenhada e reduzida que busca ao máximo proporcionar um ambiente de acolhimento (FUSCHINO et al, 2013).

Um instrumento que auxilia na assistência a pacientes com transtorno mental, principalmente os que ficaram institucionalizados por muito tempo, são as residências terapêuticas. Estas se caracterizam como ambientes onde residem até oito moradores, nos quais são assistidos por um cuidador que apenas auxilia nas atividades de vida diária que forem necessárias (BRASIL, 2005). Infelizmente o DF

não conta com esse serviço, há apenas o lar abrigado no Instituto de Saúde Mental localizado no Riacho Fundo I, onde não há um trabalho sistemático de desinstitucionalização, mas apenas o acompanhamento dos pacientes internados (FUSCHINO et al, 2013).

Outra questão de grande impacto na RAPS do Distrito federal está relacionada a existência de um hospital psiquiátrico, que ainda segue o modelo manicomial hospitalar contra indicado após reforma psiquiátrica, que vê esse tipo de serviço mais como instrumento de adoecimento do que de tratamento (FUSCHINO et al, 2013).

Em relação ao serviço de disponibilização de medicamentos, no DF, é comum que haja falhas, pois a distribuição de verba disponibilizada pelos gestores, por muitas vezes, não são capazes de suprir as necessidades dos pacientes. Assim, alguns usuários dos serviços, principalmente os de menor nível socioeconômico, ficam sem seus medicamentos, o que faz com que o controle dos transtornos mentais seja menos eficaz (FUSCHINO et al, 2013).

O Distrito Federal sofre com a deficiência de estrutura, de acessibilidade, da quantidade de profissionais e de recursos materiais para a execução qualificada de serviços de saúde mental. A sobrecarga de tarefas pelos profissionais e o desamparo aos pacientes com transtorno mental geram um contexto de aumento da exclusão das pessoas em sofrimento psíquico, em que, muitas vezes, apenas os casos mais graves conseguem receber o atendimento, fazendo com que os pacientes que poderiam estar sendo acompanhados para promoção e prevenção de saúde, fiquem desassistidos e assim agravando seu sofrimento por um longo período (RESENDE, 2015).

O PRISME surge, neste cenário, com o objetivo de ajudar a compor o projeto terapêutico dos CAPS, pois promove a produção de intervenções interdisciplinares com a finalidade de auxiliar as demandas recebidas dessas instituições de saúde mental (RESENDE, 2012). A Tenda Familiar é um dos serviços ofertados pelo PRISME, cujo desafio aqui é dar um suporte para a família e incluí-la no tratamento, pois entendemos que da mesma maneira que o usuário sofre, sua rede de apoio sofre junto e também precisa de acolhimento. No CAPS, esse acolhimento à família

é oferecido a partir de uma reunião familiar, uma vez por semana, com todas as famílias juntas, sem a participação dos usuários. Esta estratégia de cuidado ofertada aos familiares pelo CAPS é importante, pois se configura como um espaço de troca e apoio entre os familiares. Porém, para determinadas famílias é fundamental que haja também um espaço de diálogo mediado entre os familiares e o usuário. Além disso, algumas vezes as famílias não se sentem confortáveis para expor suas demandas em grupo. Dessa maneira, a *Tenda* surge como mais um espaço para o acolhimento familiar, valorizando a *inserção do usuário* nesse processo.

Segundo Caroso et al (1998), as redes de apoio podem influenciar os cuidados terapêuticos, tendo em vista sua postura diante o transtorno mental. Dois dos exemplos citados pelos autores, que são essenciais para nosso objetivo, são: a família como suporte social e a família como agente de reabilitação do paciente, dentre outros. Dessa maneira, “objetivamos analisar as experiências diferenciadas que envolvem os familiares e portadores de problemas mentais, bem como os aspectos sociais relacionados” (CAROSO et al, 1998, p. 64), usando a mediação para auxiliar na melhor compreensão e comunicação entre eles.

Para esse manejo, são fundamentais as vivências e as narrativas centradas na percepção dos parentes sobre a situação, quais suas angústias e conflitos, bem como a percepção os próprios sujeitos que estão em sofrimento psíquico grave, destacando sua reflexão sobre os cuidados recebidos e sobre suas interações no ambiente doméstico e comunitário (CAROSO et al, 1998).

O intuito é permitir um espaço de fala e de escuta entre essas pessoas, usando a mediação para alcançar as expressões de cada um e desse modo ajudá-los a ter maior compreensão e interação entre eles. Nesse lugar, nós como cuidadores, nos possibilitamos estar à disposição para essa família acolhendo as demandas que surgirem: questões familiares, de convivência, de saúde mental, de saúde e até mesmo questões jurídicas. O que se visa é desenvolver um ambiente acolhedor, integrador e de suporte para todos.

4.2 ANÁLISE FORMAL

A seguir, serão apresentadas as análises feitas a partir dos relatórios dos

atendimentos realizados com seis famílias do CAPS pela *Tenda Familiar*, das entrevistas semi-estruturadas e do grupo focal com a equipe de saúde do CAPS. As entrevistas realizadas individualmente foram categorizadas em três grupos: supervisoras do projeto PRISME; alunos e ex-alunos do PRISME e profissionais de saúde do CAPS.

A tabela a seguir apresenta as informações qualitativas que serão analisadas nesta segunda etapa da análise, de acordo com a hermenêutica de profundidade (DEMO, 2006), a análise formal.

Tabela 1: Informações qualitativas analisadas.

Supervisoras do Projeto PRISME/ Curso	Alunos do PRISME/ Curso	Profissionais de Saúde do CAPS/ Especialização	Relatórios da Tenda Familiar/ Quantidade
Entrevista 1/ Psicologia	Entrevista 4/ Psicologia	Entrevista 10/ Téc. de Enfermagem	Família 1/ 8 relatórios
Entrevista 2/ Enfermagem	Entrevista 5/ Direito	Entrevista 11/ Terapeuta Ocupacional	Família 2/ 8 relatórios
Entrevista 3/ Direito	Entrevista 6/ Psicologia	Entrevista 12/ Assistente Social	Família 3/ 8 relatórios
	Entrevista 7/ Enfermagem	Entrevista 13/ Psicólogo	Família 4/ 24 relatórios
	Entrevista 8/ Psicologia	Entrevista 14/ Psicóloga	Família 5/ 10 relatórios
	Entrevista 9/ Enfermagem	Entrevista 15 - Grupo Focal	Família 6/ 7 relatórios

4.2.1 Relatórios da *Tenda Familiar*

O objetivo das análises dos relatórios escritos pelos alunos e ex-alunos extensionistas do PRISME nos acompanhamentos efetuados pela *Tenda Familiar* é avaliar brevemente o acompanhamento dos usuários e seus familiares, buscando ter uma visão do impacto que esse dispositivo tem para o usuário em si. Para isto foram analisados sessenta e cinco (65) relatórios produzidos entre os anos de 2013 a 2017. O objetivo não é apresentar detalhadamente os atendimentos realizados, não apresentaremos estudos de caso, mas procurar destacar as principais demandas das famílias atendidas, os desafios na implementação da *Tenda Familiar*

e a percepção dos familiares e usuários sobre os resultados e efeitos que foram relatados em seus atendimentos².

É perceptível na análise dos relatórios que na grande maioria dos acompanhamentos o entendimento da família sobre a *Tenda Familiar* é que esta vê o dispositivo como um meio de elencar quais os principais conflitos cotidianos que eles possuem e que frequentemente não expressam. A *Tenda* aparece como um meio de recapitular as divergências e melhorar a comunicação familiar.

Ao proporcionar esse espaço de escuta das questões emocionais faz se assim o cumprimento de um dos principais objetivos do dispositivo que é melhorar a comunicação familiar e dar voz ao usuário do CAPS perante sua família permitindo que este expresse seus sentimentos e inquietações. Segundo COLVERO, IDE & ROLIM (2004) esse acompanhamento proporciona a família meios para que esta entenda as estratégias desenvolvidas no cuidado ao usuário e se sinta mais próxima desse processo gerando um empoderamento do cuidado familiar, onde a família compreende que pode e faz parte do tratamento.

Diante da análise dos acompanhamentos de três duplas de alunos do PRISME, que somados conseguiram realizar atendimento continuado a seis famílias distintas, é notável que cada núcleo familiar apresenta sua dinâmica e especificidades, e que cada usuário envolvido nesse meio tem um comprometimento e forma de lidar com o transtorno mental. De maneira geral, houve melhora na comunicação familiar, mas lidamos com situações em que alguns conflitos ainda permaneceram intensos e não resolvidos inteiramente até casos em que, por exemplo, foi possível ao usuário pela primeira vez compartilhar segredos de sua história, o que proporcionou a melhora intensa da comunicação e dos conflitos, gerando posteriormente alta deste do CAPS.

O que foi verificado de maneira comum em todos os acompanhamentos foi uma melhora significativa da comunicação. A *Tenda Familiar* serviu como um meio de demonstrar tanto para o usuário como para os familiares que ambos sofrem com os conflitos e cada um apresenta suas distinções de intensidade emocional e de

² Inicialmente o objetivo era entrevistar também os familiares e usuários. Uma série de razões não possibilitaram este procedimento, entre elas o fato de que 05 das famílias que acompanhamos já haviam recebido alta do CAPS e não tínhamos como entrar em contato e uma ainda estava em atendimento e optamos por não sobrepor as atividades clínicas com as atividades de pesquisa.

estratégias de enfrentamento. Destacou-se a importância em participar de um espaço onde é possível expressar os desafios e conflitos do convívio e através de um diálogo mediado pela dupla produzem-se possibilidades de convivência um pouco mais harmônicas.

Em um dos relatos uma usuária expressa o quanto o dispositivo é importante para si, explicitando como muitas pessoas precisam de um espaço como este e não conseguem (Família 1, Relatório 4).

No desenvolvimento dos acompanhamentos, surgem são descritas situações onde a presença, mesmo que esporádica de alguns membros da família, é capaz de produzir algumas mudanças na convivência. Em um dos relatórios, a usuária relata que a presença do genro em um dos atendimentos da Tenda produziu mudanças em seu relacionamento (Família 2, Relatório 14).

Neste mesmo atendimento, um dos familiares constrói uma nova significação para o tratamento no CAPS: “ele agora que viu que esse negócio de terapia não é um bicho de sete-cabeças, está achando até tranquilo vir pra cá, e deve voltar mais vezes” (Família 2, Relatório 13, p.30). A família, ao entender e participar dos novos ambientes ao qual a pessoa com transtorno mental está, passa a se sentir parte da vida deste e compreende a importância de estimulá-lo no convívio social, pois “conhecer o itinerário terapêutico das pessoas com transtorno mental talvez seja uma forma de elucidar os modos pelos quais esses indivíduos se reorientam em um mundo de relações, atividades e planos individuais e coletivos que são, por vezes, profundamente alterados pela doença” (REINALDO; SAEKI, 2004).

Um dos fatores interessantes levantados em todos os acompanhamentos foi a criação efetiva de vínculo entre os alunos tanto com os familiares como com os usuários. Houve variações relacionadas ao tempo para esse vínculo se constituir, mas ao fim de todos os acompanhamentos é relatado pela família e pelos alunos pesar pelo término dos encontros.

Outra questão detectada é que ao se estabelecer esse vínculo os usuários aos poucos vão se sentindo à vontade para revelar suas angústias, traumas e segredos, tanto para os alunos como para os familiares. Mesmo usuários que já estavam em tratamento há algum tempo no CAPS, compartilharam na Tenda

Familiar aspectos até então nunca discutidos em outros espaços, atendimentos ou oficinas do CAPS. Este compartilhamento tem um potencial de empoderamento do usuário que se reposiciona frente suas vivências, opiniões e desejos (VASCONCELOS, 2003). Em geral, o membro da família que mais se expressa nos acompanhamentos são os usuários, o que revela a importância de um dispositivo que cria condições de fala para as pessoas em sofrimento psíquico intenso, historicamente silenciadas, conforme discutido na fundamentação teórica,

Em relação à percepção das análises dos atendimentos foi notável uma dificuldade significativa de todas as famílias de sempre estarem presentes nas sessões. Foi comum os casos em que em uma sessão faltavam dois membros da família em decorrência do emprego, ou da faculdade ou outras ocupações que estes possuíam, impossibilitando assim um trabalho contínuo com toda a família. De modo que a limitação do horário de funcionamento do CAPS e os limites impostos pela rotina de vida dos familiares acaba prejudicando a implementação efetiva do dispositivo. No entanto, apesar desse contexto, é notório que os familiares tem interesse pela *Tenda* e quando não comparecem justificam suas faltas, além de mesmo com as adversidades dedicam seu tempo a frequentarem sempre que podem.

De modo geral, a *Tenda Familiar*, de acordo com os relatos extraídos dos relatórios de acompanhamento das famílias, consegue abarcar seus objetivos principais, auxiliando no restabelecimento da comunicação da família, intensificando o vínculo do usuário e de sua família com o CAPS, ficando demarcada a importância para a família de participar mais ativamente do tratamento do usuário no CAPS. Salienta-se, no entanto, a necessidade de buscar meios para tornar a *Tenda Familiar* mais acessível a todos os familiares em relação aos horários.

4.2.2 Supervisoras do projeto PRISME

As entrevistas com as professoras orientadoras, representantes dos cursos de Direito, Enfermagem e Psicologia, giraram em torno principalmente dos seguintes temas: compreensão da *Tenda Familiar* em si; a importância do trabalho interdisciplinar; o impacto que esse dispositivo tem na formação acadêmica dos alunos que participam e na vida dos usuários e suas famílias que usufruem desse serviço; e o que poderia ser melhorado.

Sobre a *Tenda Familiar* notou-se que o dispositivo surgiu para auxiliar a atender as demandas que estavam sendo apresentadas ao CAPS, pois segundo a professora de Psicologia, “em função da enorme demanda que nossos CAPS enfrentam, há dificuldade de estar incluindo os familiares no processo terapêutico” (ENTREVISTA 1, 2017, p. 2), pois infelizmente ainda há um número reduzido desses serviços (FUSCHINO et al, 2013). Para a professora de Direito, a importância dos “[...] projetos de extensão é que eles acabam ensinando pra gente sobre a realidade do que os outros precisam e não da gente levar o que os outros [supostamente] precisam” (ENTREVISTA 3, 2017, p. 9). Segundo Leal e Delgado (2007), ao discutir a importância dos CAPS estarem articulados ao território existencial das pessoas que acompanhamos, destacam este fundamento ético, apontado acima por uma das supervisoras, de construir estratégias de cuidado a partir das necessidades reais e concretas das pessoas. Já para a professora de Enfermagem, o dispositivo é caracterizado como fundamental para o desenvolvimento dos alunos no projeto de extensão, “porque você tem essa oportunidade de fazer essa ligação com os outros cursos, com outros profissionais, e você começar a entender, enquanto aluno” (ENTREVISTA 2, 2017, p. 6), a complexidade dessa área e que para conseguir fazer um bom trabalho nesse processo social complexo (AMARANTE, 2007) é necessária essa característica interdisciplinar. A *Tenda* proporciona ao usuário uma escuta e condições de empoderamento no meio familiar, e por outro lado é uma forma de dar voz às demandas da família, tornando-se assim uma maneira de mediar os conflitos familiares.

Por ter essa característica, a *Tenda* também é vista como uma forma de acolher as angústias, temores, preocupações e cansaço da família. Nota-se uma preocupação com o desgaste afetivo que o contexto de sofrimento psíquico grave (COSTA, 2010) traz para as famílias. O esforço da *Tenda* é acompanhar cada família de forma longitudinal para proporcionar uma escuta mais aprofundada aos conflitos cotidianos que geram sofrimento em todo o meio familiar, sendo a *Tenda* uma forma de facilitar a comunicação entre os membros da família buscando assim construir estratégias de apoio mútuo entre os familiares. Oferece-se condições para uma “troca de cuidados”, do sujeito com seu meio e vice-versa, o que requer confiança de ambas as partes sob o potencial de amadurecimento e singularização

de cada um (FIGUEIREDO, 2011). A construção destas estratégias passa pelo processo de tomada de consciência de que todos estão envolvidos no processo de sofrimento, sendo impactados por este.

A *Tenda Familiar* foi vista pela professora de Psicologia como um dos dispositivos do PRISME mais bem sucedidos, por conseguir firmar “[...] o exercício concreto da interdisciplinaridade, tanto na relação dos alunos que fazem a *Tenda* quanto nas supervisões” (ENTREVISTA 1, 2017, p. 2), que juntos contribuíram tanto pra o desenvolvimento pessoal do envolvidos, como para o desenvolvimento de uma visão mais ampla da saúde do usuário e sua família, o atendendo assim de forma mais integral. A professora de Enfermagem vê esse dispositivo como uma forma de “entender que nós não temos caixinhas isoladas de assistência” (ENTREVISTA 2, 2017, p. 6). A professora de Direito complementa alegando que “as demandas sempre são complexas e exige que a gente tenha diferentes ferramentas” (ENTREVISTA 3, 2017, p. 9). A interdisciplinaridade é fundamental, pois traz uma novas matizes no modo de enxergar o processo de adoecimento e especialmente de enfrentamento do sofrimento, não apenas através do olhar técnico, mas também pela inserção do sujeito na terapêutica como produtor de sua própria vida (CARVALHO & QUEIROZ, 2006). Neste sentido, interdisciplinar na *Tenda Familiar* se caracteriza não apenas pela presença de diferentes formações profissionais, mas pelo reconhecimento dos saberes oriundos dos usuários e dos seus familiares na construção de estratégias de enfrentamento ao sofrimento oriundo do transtorno mental e ao estigma que dele se desdobra.

A interdisciplinaridade é a única condição de a gente conseguir dar as respostas que a realidade precisa. As disciplinas são uma divisão forçada, divisão que a gente faz porque o conhecimento ele é um só, é como um bolo, você não pode comer um bolo inteiro de uma vez, então você reparte ele em pequenas fatias para ir comendo devagar, isso é o que a gente faz com o conhecimento, a gente reparte ele em pequenas fatias, não porque o conhecimento seja fatiado, mas porque a gente não consegue produzir conhecimento todo de uma vez só (ENTREVISTA 3, 2017, p. 10).

Percebe-se que esse instrumento do PRISME, na visão das orientadoras, impacta a vida profissional dos alunos que participam, pois esse ambiente proporciona a consciência de que apenas um profissional não conseguiria atender a todas as demandas sozinho e que é preciso um trabalho interdisciplinar e que inclu

a voz dos familiares e, acima de tudo, dos usuários. Demonstrando para esses alunos que não há um único detentor do conhecimento e para que haja efetividade na atenção à saúde do usuário é necessário realmente trabalhar em conjunto e com diferentes saberes. Além de proporcionar uma educação ativa aos alunos que tem contato com a construção do sofrimento familiar, os limites do convívio e os efeitos do tratamento multiprofissional. Como podemos ver nas falas a seguir:

[...] quando na verdade a gente tem que entender que o adoecimento dele é muito mais, o sofrimento dele é muito mais e isso causa a complicação muitas vezes, então acho que o impacto é isso, você começar a entender parte de todos os processos, que você tem que está lá do ponto de vista social, econômico, jurídico e saúde, entre outros mais (ENTREVISTA 2, 2017, p.7).

Aprender de verdade a trabalhar junto e em equipe né, a gente fala que trabalha em equipe mas na verdade cada um está dentro da sua caixinha e no máximo compartilha o que faz, ali é um exercício efetivamente de trabalhar junto e de aprender a lidar com formas diferentes de intervir [...] Eu acho também que vai revelando e isso vale tanto para a psicologia como para enfermagem, a importância de trabalhar com a família, o quanto que os processos de saúde e de adoecimento não acontecem com o sujeito isolado, é no contexto familiar, e todo contexto familiar é afetado quando eu tenho alguém, no nosso caso específico da saúde mental, em sofrimento. Então eu acho que esse foco na importância da família é interessante para a formação (ENTREVISTA 1, 2017, p.3).

Sobre o impacto no tratamento do usuário, a interdisciplinaridade é vista como uma forma ética de prestar assistência aos que usufruem dos serviços do CAPS, ao assumir que apenas um saber não é capaz de atender todas as demandas dos usuários. Desta forma, visar o seu bem estar e a efetividade do trabalho faz necessário prestar um serviço interdisciplinar. Os diferentes saberes faz com que a assistência esteja voltada para a integralidade do cuidado para a família e o usuário, oferecendo assim um acolhimento “sob medida”, construindo coletivamente novas estratégias de enfrentamento para as demandas específicas dos envolvidos (RESENDE, 2015).

O usuário ele é um todo, e ele é um ser que tem suas dificuldades, suas adversidades e está ali sendo colocado em um ambiente social e ele interage nesse ambiente de todas as formas, ele interage com a sua família, com seus amigos, interage com o grupo do CAPS, com todos os outros processos, então quando a gente coloca esse indivíduo, e a gente favorece que ele tenha o entendimento de todos esses pontos eu acho que a gente já tá fazendo essa relação acontecer né? (ENTREVISTA 2, 2017, p. 7).

Partindo dessa visão mais voltada para os usuários do CAPS, as orientadoras enfatizam que a *Tenda Familiar* é um meio que proporciona um local de voz para o indivíduo diante da sua família, onde ele pode expressar seus conflitos internos e suas angústias. É uma forma de dar condições de empoderamento ao usuário fazendo com que a família o escute como um ser efetivo e participante daquele núcleo também. São muitos os casos em que o usuário vai perdendo seu espaço dentro da família por diversos fatores sociais, incluindo o estigma, em que muitas vezes os familiares acreditam que ele não entende e que não pode responder por si, isso acaba gerando uma exclusão das opiniões do usuário no meio familiar. Dessa maneira, a *Tenda* traz como um dos seus principais benefícios o diálogo (FIGUEIREDO, 2011) no meio familiar, fazendo com que todos os membros da família se escutem, melhorando assim os conflitos cotidianos e as relações familiares, tornando a convivência mais dialogada.

O impacto no tratamento do usuário é aquele primeiro aspecto de devolver ou ajudar a reconstruir a contratualidade do usuário naquele espaço familiar, ou seja, que ele volte a ter voz e reconhecimento naquele espaço (ENTREVISTA 1, 2017, p. 3).

Na visão das orientadoras outra questão importante é que a *Tenda* melhora a relação da família com a equipe de saúde, faz com que os familiares participem mais do CAPS e se sintam mais incluídos nesse espaço. Segundo a professora de Enfermagem:

Primeiro você faz essa relação com os profissionais, segundo de você fazer a aproximação do usuário com todos os profissionais, da família com todos os profissionais, da família com o próprio usuário, por que você favorece esse usuário. Você traz pro próprio trabalho uma forma de entendimento deles (ENTREVISTA 2, 2017, p.8).

Para as professoras, há algumas questões que ainda impactam na qualidade da *Tenda Familiar* e que poderiam ser melhor estruturadas, como: estreitar a comunicação dos alunos e orientadoras com a equipe do CAPS visando um atendimento integral e contínuo com a família e o usuário; otimizar a supervisão com a realização dos relatórios dos atendimentos antes da supervisão; um maior apoio da equipe na implementação e captação das famílias; e aprimorar a divulgação da

Tenda Familiar no CAPS.

4.2.3 Alunos do PRISME

Foram entrevistados estudantes dos diferentes cursos – Psicologia, Enfermagem e Direito – que participam ou já participaram da *Tenda Familiar* através do PRISME.

Em um primeiro momento, investigou-se o conhecimento dos alunos sobre a *Tenda Familiar*, em que apareceu que esse dispositivo é como um espaço a mais para o tratamento do usuário, no qual acolhe não só o sujeito em questão, mas também seus familiares “porque as vezes não adianta cuidar só da pessoa e não mudar o ambiente e as relações na qual ela está inserida, pode ter pouca efetividade” (ENTREVISTA 8, 2017, p. 24). Nos relatos os alunos focaram na importância de uma abordagem centrada na família (CAROSO et al, 1998), visando também a saúde de todos os membros, pois segundo os estudantes de Psicologia, a família também sofre e também precisa de ajuda, de um espaço “não importa aonde estiver sendo realizado, de acolhimento, de receber essa família que não está bem e não está entendendo o que está acontecendo, porque ela pode estar em um sofrimento muito grande, diante de todas as questões que estão aparecendo” (ENTREVISTA 4, 2017, p. 12). E esse espaço proporciona condições “para gente trabalhar essas questões, mediar conflitos, trazer processos de reflexão” (ENTREVISTA 8, 2017, p. 24), que, segundo Lobosque (2003), é fazer uma clínica em movimento, em constante transformação.

Foi observado nas entrevistas dos alunos o efeito da *Tenda Familiar* sobre eles, especificamente em relação a seus pontos de vista sobre a saúde mental. Segundo uma estudante de Psicologia, “a *Tenda* auxiliou bastante nessa questão de ver o outro lado, ver como a família é importante no tratamento em saúde mental” (ENTREVISTA 6, 2017, p. 21). Já para uma estudante de Enfermagem, foi um novo ambiente em que ela viveu e a ajudou bastante a enxergar de uma outra maneira a saúde mental (ENTREVISTA 9, 2017). Os estudantes trouxeram também a importância do trabalho interdisciplinar e da experiência na prática os ajudando em sua formação profissional, pois Demo (2004) ensina que enxergar a realidade da maneira que ela se apresenta no mundo real (limitada, processual, relativa,

infindável, etc.) é totalmente diferente de como ela é estruturada e sistematizada na teoria (evidente, verdadeira, acabada).

Das variáveis a serem investigadas, uma delas foi a implementação da *Tenda Familiar* no Centro de Atenção Psicossocial na qual questões contratuais como horário bom para todos, vínculo e comprometimento com o serviço eram um dos desafios no começo, mas logo eram superados (ENTREVISTA 8, 2017). Para uma estudante de Psicologia e outra de Enfermagem, a falta de comunicação com os funcionários, alunos e supervisores do projeto também apareceram como um dos desafios de implementação (ENTREVISTA 6, 2017; ENTREVISTA 7, 2017). Já para a estudante de Direito, a falta de divulgação e de credibilidade nos alunos foi uma das dificuldades para a execução da atividade (ENTREVISTA 5, 2017). Enquanto outras questões como, a gestão, os dilemas burocráticos, a falta de criatividade para pensar em estratégias novas também foram impasses para a realização do trabalho. Outra questão também foi a falta de reconhecimento e de consideração que as famílias sentiam vindo do CAPS, que segundo um estudante de psicologia:

Tem familiares que tomaram birra do CAPS porque foram e quando chegaram lá se depararam tipo com uma palestrinha entendeu, tipo eu vou e tem um profissional que fica falando o que é transtorno de esquizofrenia e não sei o que. [...] e o familiar fala comigo 'olha sabe o por que eu não vou no CAPS por que eu fui na reunião de família e ai a pessoa ficou dando palestrinha ou então o familiar falou que o filha estava ótima, estava super bem, o tratamento estava bom, mas eu queria mesmo é ouvir as pessoas falando dos problemas por que a gente sofre. Então eu deixei de ir por causa disso (ENTREVISTA 4, 2017, p. 13).

Sobre o impacto desse dispositivo no tratamento do usuário, os alunos relataram que são visíveis os efeitos positivos produzidos pelas intervenções, pois segundo um estudante de Psicologia, por exemplo, há uma redução nas internações e nas crises pelo fato da família ser um suporte para esse usuário, então quando ela está fortalecida consegue acolher melhor (ENTREVISTA 4, 2017). Segundo Caroso et al (1998), a família tem um papel importante na saúde dos usuários, com caráter ambivalente, pois ao mesmo tempo que ela pode ser um agente de reabilitação para eles, ela também pode ser um agente causador de sofrimento. Já para outra estudante de Psicologia, muitas famílias tem dificuldade em se expor em grupo podendo até deixar de participar, então esse dispositivo traz mais privacidade dando maior abertura para as demandas de cada família (ENTREVISTA 8, 2017).

Enquanto para o restante dos estudantes, esse espaço de escuta ajuda a acalmar os usuários, esclarecer dúvidas, mediar conflitos para melhor compreensão entre eles e envolver mais a família no tratamento, enfatizando a mudança de postura de todos. É um “[...] acolhimento tanto da família para o usuário quanto da própria família” (ENTREVISTA 6, 2017, p. 22).

Para os alunos de Psicologia, o trabalho interdisciplinar tem como desafio a instrução de uma postura mais reservada, a valorização da escuta e como devemos nos portar perante o sujeito (sem opiniões/ conselhos). “[...] pelo fato de que a gente só pode entrar no PRISME depois de determinada matéria, então já temos um conteúdo básico do que é a reforma antimanicomial, relações manicomiais, do que a gente tem que evitar tentar reproduzir e eu acho que essas pessoas às vezes não chegam com essa visão” (ENTREVISTA 8, 2017, p. 26). Já para os estudantes de Enfermagem e Direito, aprender como se comportar ante o outro de uma maneira mais compreensiva e empática só trouxe benefícios para sua formação e sua vida pessoal.

Um dos aspectos a serem aprimorados na percepção dos alunos é uma preparação ainda mais específica antes de ir a campo, com foco na atividade que vai ser oferecida (explicando o que é o serviço, como funciona e o que esperar dele), no que não deve ser feito em relação ao comportamento destes e sobre a saúde mental. Segundo alguns alunos, a sensação de “cair de paraquedas” na prática é desesperador e pode abalar a segurança quanto à atividade a ser realizada. Apesar da preparação que é ofertada aos alunos no início de cada semestre, eles consideram que poderia haver uma explicação mais detalhada para que o aluno possa se sentir mais capaz e mais motivado, se engajando mais na busca de novas possibilidades e estratégias para aquela situação (ENTREVISTA 6, 2017; ENTREVISTA 7, 2017; ENTREVISTA 8, 2017; ENTREVISTA 9, 2017). Para Demo (2004), a prática é uma forma de produção de conhecimento, daí o lugar importante da extensão na universidade como uma forma de tirar o aluno do “mundo da lua” e do nível do “estudo”, inserindo-o na realidade social. Para o autor, “a importância do conhecimento está em ser não só teórico, mas sobretudo prático” (DEMO, 2004, p.17).

Nessa instância, os alunos destacaram a importância em melhorar a comunicação com a equipe, tanto para alinhar o trabalho realizado no dispositivo da *Tenda Familiar* com o trabalho da equipe do CAPS, quanto para ter mais diálogo entre os campos de saber, visando sempre a melhora do cuidado oferecido.

4.2.4 Profissionais de saúde do CAPS: entrevistas e grupo focal

A Tenda Familiar é caracterizada pelos profissionais do CAPS como um atendimento à família, que acolhe as suas demandas e conflitos, buscando facilitar o diálogo entre os membros e proporcionando uma melhor interação familiar cotidianamente. Outro aspecto importante levantado é que o dispositivo é capaz de melhorar a inserção do indivíduo na comunidade, fazendo com que ele se reestabeleça como membro efetivo da família.

Diante do tratamento do usuário foi detectado pelos profissionais um maior interesse da família por esse dispositivo, em decorrência do atendimento mais individual e mais específico. Como Resende (2015) propõe: um atendimento sob-medida. No projeto terapêutico do usuário foi verificada uma melhora no diálogo com a família e uma melhor compreensão do usuário aos questionamentos dos familiares, fazendo com que houvesse uma melhora no convívio familiar. Já pela visão do familiar foi perceptível um maior envolvimento deste no tratamento do usuário, além de, por meio das mediações, começar a enxergar o sujeito como um ser de opiniões, desejos e capaz de fazer escolhas, proporcionando mais interesse em escutá-lo. Outro fator levantado foi a aproximação da família com a equipe de saúde por meio desse dispositivo, o que contrapõe com as dificuldades de comunicação que existe entre a equipe e a extensão. Se, por um lado, do ponto de vista das professoras e dos alunos é necessário aproximar a comunicação entre a extensão e o CAPS, por outro lado, a *Tenda Familiar* tem permitido aprimorar a comunicação entre as famílias e a equipe do CAPS. Ou seja, paradoxalmente, ao mesmo tempo que a *Tenda* pode ser um dispositivo de proximidade e melhora na comunicação da equipe com os familiares e usuários, por outro lado, estão presentes alguns desafios decorrentes da falta de comunicação e de credibilidade por parte da equipe em relação aos extensionistas.

A *Tenda Familiar* por seguir o princípio da importância do cuidado com a família (CAROSO et al, 1998) busca dar condições para o empoderamento

(VASCONCELOS, 2003), a fim de que os familiares comecem a perceber a importância do usuário, com seu apoio, ser protagonista da sua própria vida e história. Por conta de uma série de estigmas sociais, conforme discutido na fundamentação teórica, o usuário tende a ser excluído de suas próprias escolhas e seus questionamentos deixam de ser escutados. Desse modo, é importante que a rede de apoio dele aprenda a se “silenciar (a si mesmo, o que não significa em absoluto desinteresse em relação ao outro) para abrir tempo e espaço para que o outro possa emergir em sua especificidade e potencialidade” (RESENDE, 2015, p.84).

Na visão dos profissionais a *Tenda Familiar* tem um impacto significativo no CAPS por proporcionar um ambiente em que a família e o usuário recebem um atendimento mais específico e individualizado, de modo que a *Tenda* parece ser um dispositivo agregador do serviço que melhora a assistência oferecida pelo CAPS. Como vemos na fala a seguir:

Muitas vezes o CAPS é muito grande e a gente não dá atenção adequada para cada, gerenciar como merece, e a Tenda entra como esse momento de melhorar essa aproximação, muitas vezes a gente consegue entender melhor essa demanda quando a Tenda vem avalia e escuta mais (ENTREVISTA 11, 2017, p.30).

Foram entrevistados profissionais de diversas áreas (Serviço Social, Enfermagem, Psicologia e Terapia ocupacional) e a respeito do impacto da *Tenda Familiar* no trabalho de cada um foi verificada uma prevalência dos seguintes aspectos: a aproximação da família com a equipe do CAPS, que faz com que essa seja inserida de forma mais eficiente no tratamento do usuário; o compartilhamento mútuo de conhecimentos entre profissionais e alunos, fazendo com que todos aprendam juntos novas estratégias para enfrentar as diversas demandas, inclusive jurídicas; e ao proporcionar o empoderamento do usuário, faz com que a reinserção deste na sociedade seja mais facilitada, pois os profissionais começam a introduzir a visão de vida social “extra CAPS” tanto para família como para o usuário de maneira mais consistente e acessível. Segundo Leal e Delgado (2007), é a forma de “existir e estar no mundo”, pelas construções feitas a partir de suas próprias experiências, valorizando a individualidade e singularidade de cada um, que deve visar o trabalho em um CAPS.

Ao avaliar o dispositivo os profissionais levantaram um déficit na divulgação da *Tenda Familiar*, provocando um desconhecimento tanto dos próprios profissionais como dos usuários a respeito das disponibilidades e da forma como é conduzido o trabalho. Como podemos ver nas falas a seguir:

Então talvez se abrisse mais, para mais gente, ter mais acesso a esse tipo de atendimento, talvez fosse bom (ENTREVISTA 11, 2017, p. 30).

Bom eu acho que pode ser melhorado a divulgação maior, a gente precisa divulgar e eu acho que às vezes, é pensar em alguma estratégia para poder trazê-los (ENTREVISTA 10, 2017, p. 29).

Para a terapeuta ocupacional, a ausência da comunicação com a equipe é outro fator que apareceu como dificuldade. Segundo ela deveriam ser realizadas mais reuniões em conjunto com os alunos e profissionais a respeito dos casos acompanhados para que ambos possam se ajudar. “Talvez vocês viem mais as reuniões de equipe, falando sobre aquele caso, acho que é mais essa questão da troca de experiências, acho que melhoraria tanto o contexto da equipe como para o usuário” (ENTREVISTA 11, 2017, p. 30).

Outro fator questionado pela técnica de enfermagem foi a questão dos horários oferecidos não serem compatíveis com os horários das famílias, como aparece na fala: “um grande problema que a gente tem com relação a reunião de família é sobre os horários, porque muitas famílias trabalharam em horários diurno e com isso a gente não consegue trazê-los para as reuniões” (ENTREVISTA 10, 2017, p. 29). O que prejudica a efetividade da *Tenda* em decorrência do fato que muitos familiares só poderiam comparecer no período da noite ou em finais de semana, no entanto o CAPS não funciona em nenhum desses períodos, essa questão acaba fazendo com que a adesão dos familiares seja reduzida.

Mesmo diante das dificuldades apresentadas, a técnica de enfermagem e a assistente social enfatizaram que houve uma significativa resolutibilidade nos casos em que a *Tenda* fez parte, tanto para o usuário, como para a família e equipe profissional. O principal ponto foi a aproximação e o acolhimento à família que passa a se sentir parte integrante do tratamento do usuário, melhora o contato com a equipe profissional e passa a escutar melhor o usuário, por sua vez este passa a ter mais empoderamento e desejo de se inserir na sociedade, o que facilita ao CAPS trabalhar na reinserção à comunidade e atender as demandas do tratamento. Para

Vasconcelos (2003), o empoderamento é um processo complexo de poder e autonomia, tanto individual quanto coletiva, que interfere nas relações interpessoais e institucionais. Uma de suas características é o suporte mútuo, esforço presente na *Tenda Familiar*, pois ao fornecer suporte para os familiares, estamos, ao mesmo tempo, cuidando da rede de apoio do usuário e ajudando a construir relações que são mais horizontais e mútuas no espaço familiar.

Outro aspecto interessante levantado pelos profissionais foi a percepção destes diante do desenvolvimento profissional dos alunos apresentando os seguintes fatores de percepção: o crescimento na forma de lidar com o usuário e seu familiar, o envolvimento dos alunos com a equipe buscando saber mais sobre o caso e a efetividade do trabalho que estava sendo feito; e a realização do trabalho interdisciplinar de forma efetiva e incluindo os profissionais nesse processo, fazendo questionamento a diferentes profissionais diante dos conflitos que surgiam. Para Queiroz e Delamuta (2011), um trabalho interdisciplinar é a melhor maneira de promoção de qualidade de vida, pois amplia a visão sobre a realidade de cada pessoa em tratamento. Para a assistente social, o dispositivo em questão “é um processo de amadurecimento muito grande dos estudantes que vem e se dispõe a fazer, então realmente sai daqui com um outro olhar, com uma outra forma de pensar o mundo” (ENTREVISTA 11, 2017, p. 33).

4.3 Reinterpretação

Buscando alcançar o ponto de profundidade sugerido por Thompson (1985), deve-se ter o conhecimento teórico necessário diante da questão que se pretende desvendar, no caso, avaliar a *Tenda Familiar* como dispositivo político-clínico nos serviços de saúde mental e o impacto desse projeto na vida acadêmica dos alunos. Demo (2001) propõe etapas concomitantes de reinterpretação para se alcançar à hermenêutica de profundidade: o *standpoint epistemology* – que se configura como a postura de entendimento do outro assim como o outro gostaria de ser entendido; e o questionamento próprio - a desconstrução e reconstrução analítica do fenômeno, assumindo a posição de intérprete autônomo. De modo que para realizar a reinterpretação, por ser uma pesquisa interdisciplinar, todas as análises foram discutidas considerando o ponto de vista dos alunos pesquisadores, sob supervisão da professora-orientadora.

É importante ressaltar que essa pesquisa lida com quatro pontos de vista diferentes sobre o dispositivo *Tenda Familiar*. Temos a compreensão do que seja este dispositivo pelo meio acadêmico através das supervisoras e coordenadora do projeto; pelos alunos de Enfermagem, Direito e de Psicologia, responsáveis pela execução do dispositivo; pelos profissionais dos serviços de saúde onde esse dispositivo acontece; e através dos relatórios realizados pelos alunos extensionistas que constam o desenvolvimento do dispositivo e seu impacto no acompanhamento tanto do usuário como dos familiares.

A *Tenda Familiar* foi vista pelos diferentes grupos entrevistados e analisados como um dispositivo, acima de tudo, de escuta e diálogo, que promove uma melhora na comunicação familiar e gera empoderamento aos usuários do CAPS por proporcionar possibilidade de fala perante a família. Tal posicionamento se coaduna com a posição de Colvero, Ide & Rolim, (2004) quando enfatizam a importância da inclusão da família nos processos de tratamentos dos usuários, para que ambos possam se ajudar nesse processo de adoecimento e saúde que está instalado no núcleo familiar.

Nas entrevistas um dos relatos foi que há

um aumento no diálogo entre os membros da família, normalmente as famílias, que nós acompanhamos, elas já estão em um processo de distanciamento, de desgaste afetivo, muitas vezes também já de uma certa, vou assim dizer 'desconsideração do usuário' no sentido de que essa família ouviu inclusive de outros profissionais que o usuário tem um transtorno mental e de que ele é incapaz, o que é um grande preconceito, mas que está no espaço social mesmo, e que a família incorpora, então o sujeito passa a perder o lugar dele naquele núcleo familiar, ele não tem mais espaço, ele não tem voz (Entrevista 1, p.1).

Cada indivíduo tem suas especificidades e a maneira de lidar com as mais diversas situações, mas a família muitas vezes se configura como um "porto-seguro" emocional para o paciente. Segundo Parente e Pereira (2004), em estudo realizado, descrevem que a percepção da maioria dos pacientes analisados com transtornos mentais tem a visão de suas famílias de maneira afetiva, ainda que este possa ser definido cuidado ou desafeto, podendo esse ser de mal tratos e ausência. Essas delimitações indicam, assim como foi constatado na pesquisa, que quando a família é participativa e frequente, os atendimentos tendem a serem mais efetivos trazendo melhor resultado para o processo de tratamento. Importante ressaltar, no entanto,

que há distintas conformações familiares e o modo e a frequência da participação no tratamento varia de família para família.

Importante sempre lembrar que as famílias também são influenciadas pelo contexto social e cultural (OSORIO,1996), carregados de estigmas criados no decorrer dos anos que resultaram em uma insegurança familiar diante do adoecimento mental de um dos seus membros (MELMAN 2008), o que resultam muitas vezes num despreparo emocional dos familiares que se não acompanhados e orientados pelos profissionais da saúde podem vir a adoecer diante da conjuntura.

Santos e Cardoso (2012) notaram que cerca de 46,3% dos participantes de sua pesquisa que eram cuidadores de pessoas com transtorno mental se declararam como estressados ou muito estressados, sendo perceptível um quantitativo considerável de familiares inclusos nesse processo. Essa autopercepção é capaz de indicar que o contexto familiar com pessoas com transtorno mental, se não bem acompanhado e orientado, pode ser fonte de adoecimento para toda a família que submetida a frequentes situações estressantes pode vir a adoecer. Por isso a importância do olhar dos profissionais para a família como um suporte que auxilia e precisa de auxílio no tratamento.

A *Tenda Familiar*, ao gerar esse espaço de escuta de cada família tende a criar, em conjunto com os familiares, diferentes estratégias que vão de acordo com as demandas trazidas. Essa configuração auxilia o CAPS a implementar novas formas de tratamento, como aparece na fala dos profissionais no grupo focal:

para o CAPS é bom porque consegue auxiliar nas demandas familiares e traz um tipo de abordagem que é diferente para gente, a gente tem uma visão muito de fazer um atendimento psicológico ou uma terapia de família, então eu acho que é uma outra abordagem que é uma coisa um pouco mais prática, que a família tem um pouco mais espaço de escuta e ter possibilidades (ENTREVISTA 13, p.33).

O CAPS tem diferentes estratégias e demandas de acolhimento, mas tem dispositivos como a reunião de família, em que as famílias se reúnem com um profissional e tem a possibilidade de relatarem entre si os pontos positivos e negativos da convivência, buscando por meio da convivência entre as diferentes pessoas, a percepção de problemas em comum e de estratégias distintas que cada

um utiliza, podendo ampliar essa visão do convívio e empoderar a pessoa com transtorno mental para melhor se posicionar diante do grupo (RESENDE, 2015).

Os profissionais de saúde relataram que “a *Tenda Familiar* trabalharia mais conflitos direcionados aquela família, no grupo familiar nós abordamos assuntos mais abertos né, então eu acho que é importante nesse sentido”(ENTREVISTA 11, p.29), de modo que a família e o usuário ficam mais à vontade para expressar seus sentimentos e opiniões a respeito de seus conflitos cotidianos, o que possibilita também uma melhora no estabelecimento do vínculo, aproximando mais as famílias do CAPS.

Segundo relato de um profissional de saúde, “a *Tenda* entra como esse momento de melhorar essa aproximação (CAPS, família), muitas vezes a gente consegue entender melhor essa demanda quando a *Tenda* vem avalia, escuta mais, muitas vezes vai lá registra e a gente vê junto. [...] Acho bem interessante para o tratamento” (ENTREVISTA 12, p.31).

Outro dispositivo que pode estar presente no CAPS voltada ao cuidado ao usuário e a família e que é citado nas entrevistas é a terapia familiar. A terapia tem como objetivo modificar a dinâmica da família, pois quando a organização da família é alterada a vida de cada um dos envolvidos também é potencialmente alterada. A terapia familiar busca proporcionar mudança para toda a família fazendo com que os efeitos dessa seja mais duradoura (NICHOLS; SCHWARTZ, 2009). Já a *Tenda Familiar* está mais voltada as questões do convívio em si, em suas variadas dimensões – relacionais, de saúde, de saúde mental, jurídicas, sociais - e visa uma intensificação no diálogo principalmente dos conflitos cotidianos.

Voltada ao contexto da assistência também o SUS tem esse olhar para a família e criou dispositivos para a saúde familiar como, por exemplo, a Estratégia da Saúde da Família, carro-chefe da Atenção Básica. O Programa de Saúde da Família foi implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde, onde foram convocados profissionais da saúde, buscando uma equipe interdisciplinar com os principais objetivos de: prestar assistência integral, contínua e de boa qualidade, intervir nos fatores de risco da família, humanizar as práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população, proporcionar o estabelecimento de parcerias pelo desenvolvimento de ações

intersectoriais (e nesse caso podemos ter como exemplo o matriciamento onde há um auxílio mútuo entre o CAPS e a unidade básica de saúde ou estratégia de saúde da família) (COSTA, 2009).

É relevante caracterizar a Estratégia da Saúde da Família, pois esta apresenta princípios e objetivos que também inspiram o trabalho realizado na *Tenda Familiar* através do PRISME, objeto de estudo do presente trabalho. A ESF busca prevenir doenças tendo em vista a mudança de hábitos da família como um todo, além de auxiliar a família a enfrentar o processo de doença de um integrante, caso esta já esteja instalada, olhando para cada pessoa e suas individualidades no contexto da família. Já a *Tenda Familiar* está voltada ao contexto da saúde mental e a inserção da família no processo de cuidado e tratamento deste paciente, buscando entender como ele se relaciona com a família e vice-versa e tentando de maneira consciente mediar os conflitos que se apresentam com a convivência.

Neste sentido, a *Tenda Familiar* se enquadra na gama de dispositivos de cuidados com as famílias e pessoas com transtorno mental, de uma maneira diferenciada, proporcionando um dispositivo clínico-político distinto dos já existentes por apresentar objetivos, configuração e ações diferentes das já existentes.

No âmbito de formação profissional dos alunos extensionistas que executaram e vivenciaram a *Tenda* são marcantes os relatos da melhora da vida acadêmica destes. Essa visão foi detectada tanto pelas supervisoras, como pelos alunos que relatam frequentemente o impacto em sua formação: “amadureci muito como profissional e pessoalmente, principalmente porque como profissional eu aprendi muito a lidar com as pessoas, a saber como falar” (ENTREVISTA 5, p. 18).

O diferencial é a interdisciplinaridade: “

pela facilidade da abertura do que se quer com esse usuário, porque facilita também as linguagens, porque de qualquer maneira quando a *Tenda Familiar* vem aqui para o CAPS, não são estudantes especificamente de enfermagem e especificamente de psicologia né? É um conjunto que saberes que vem junto com eles e a gente vai aprendendo um pouco com cada um deles, então isso facilita com que o trabalho seja melhor compreendido (ENTREVISTA 12, 2017, p. 31).

A participação da *Tenda Familiar* se configura como uma estratégia de extensão que possibilita ao aluno ter mais contato com as pessoas no mundo real,

buscando, no campo da saúde mental, desenvolver ações psicossociais. Ao “sair” do meio universitário os alunos passam a vivenciar as demandas da sociedade de acordo com os conhecimentos que estão sendo adquiridos (CASTRO, 2004).

A interdisciplinaridade na prática traz consigo uma série de inseguranças, no sentido de muitas vezes os alunos não saberem como agir diante das divergências de pensamentos no momento do atendimento. Nas entrevistas foi detectada a frequência de alunos que relataram que “às vezes ela falava coisas que ela não deveria falar, e aí eu não podia falar na frente do paciente olha não é assim entendeu e aí ela não sabia o que fazer” (ENTREVISTA 5. p.20). Destaca-se neste relato o desafio da interdisciplinaridade: cada um acha que “seu saber é o melhor”. O desafio de fato é dialogar entre os saberes e mais ainda: dialogar com o usuário para que este, e sua família, construam, com nosso apoio e presença, estratégias sob medida para a convivência.

A *Tenda Familiar* foi capaz de promover uma melhora no convívio familiar na maioria dos casos que acompanhou, proporcionando um dispositivo novo no contexto da assistência ao paciente com transtorno mental, possibilitando a este que tenha voz frente à família, ao mesmo tempo, em que promoveu cuidado aos familiares que, diante o contexto, podem estar em sofrimento também.

5. Considerações Finais

A partir dessa pesquisa foi enfatizada a importância do dispositivo *Tenda Familiar* para o CAPS e seus envolvidos. Ao pensar em uma estratégia para inserir ainda mais a família ao serviço, dessa vez não apenas como cuidadora, mas também como tendo direito ao cuidado, a *Tenda Familiar* ampliou os horizontes do cuidado a ser ofertado, focando na desinstitucionalização e na reinserção social fundamentada pela política nacional de saúde mental. Ao exercer um trabalho interdisciplinar e conseguir estreitar a vinculação da família ao CAPS, a *Tenda Familiar* proporciona também outra maneira de aprendizado para os alunos em sua formação profissional, vinculando a teoria aprendida na universidade com a prática da realidade social (DEMO, 2004).

Nosso dispositivo carrega consigo um caráter inovador, pois traz junto com a dimensão clínica-política uma nova abordagem de cuidado nos serviços de saúde

mental. É política, pois visa a (re)inserção social e porque aposta na horizontalização dos saberes (RESENDE, 2015) e no empoderamento dos usuários e seus familiares (VASCONCELOS, 2003). É clínica, porque aposta na integralidade do cuidado (FIGUEIREDO, 2011) e na convivência (RESENDE, 2015) como uma forma possível de construir uma forma de estarmos juntos que acolha as diferenças. A *Tenda Familiar* é uma forma de construir junto às famílias novas estratégias para lidar com seus conflitos do cotidiano.

A extensão, segundo Demo (2004), é uma forma de inserir o aluno na realidade tal como esta se apresenta, é uma oportunidade de ver a teoria na prática e de tirar o aluno do “mundo da lua”. A *Tenda Familiar* traz esse efeito para os alunos extensionistas do projeto, pois é através da sua atuação no CAPS que eles amadurecem profissionalmente, por serem obrigados a estarem sempre pensando em novas intervenções e por entrar em contato com uma equipe multiprofissional, solicitando o exercício do diálogo interdisciplinar.

Algumas dificuldades na implementação da *Tenda Familiar* foram desveladas ao longo da pesquisa: falhas na comunicação com a equipe do CAPS, os horários estabelecidos que dificultam a participação dos familiares, a insegurança dos alunos com os desafios impostos em sua inserção no campo da saúde mental e a falta de divulgação da *Tenda* no CAPS.

A *Tenda Familiar* é uma aposta no campo da saúde mental na capacidade dos usuários e de suas famílias. A interdisciplinaridade que a sustenta é experiência concreta, dolorosa, conflituosa, sustentada no desejo ético de um diálogo horizontal.

REFERÊNCIAS

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

ARCHANJO, Daniela Resende; ARCHANJO, Léa Resende; SILVA, Lincon Luciano da. **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: ibpex, 2008

BARROS, A. M. Cidadania, relações de gênero e relações de trabalho. **Rev. Trib. Reg. Trab.** 3^a Reg., Belo Horizonte, v.47, n.77, p.67-83, jan./jun.2008.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relatos de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersectorial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, **Secretária de Estado de Saúde do DF**. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/programas/536-diretoria-de-saude-mental-disam.html>> Acesso em: 17 Jun. 2017.

CASTRO, L.M. **A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadores** - Reunião anual da ANPED, 2004 - anped.org.br

CAROSO, Carlos; RODRIGUES, Núbia; ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Manejo comunitário em saúde mental e experiência da pessoa**. Porto Alegre: Horizontes Antropológicos, 1998, 4 (9), 63-83.

CARVALHO, Prof.Dr. Fábio Bruno; QUEIROZ, Prof. Dr. Marcos de Souza. **Saúde Mental, Interdisciplinaridade e um serviço de saúde**. (3). Tese (doutorado) – UNICAMP; PUC. Campinas, SP. 2006.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **A família na contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/ cortez,2005.

CÉCILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Modelos tecno-assistenciais em Saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 13 (3), p. 469-478, 1997.

COSTA, Elisa Maria Amorim da, et al. **Saúde da família** - uma abordagem multidisciplinar. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

COLVERO; IDE; ROLIM. **Família e doença mental**: a difícil convivência com a diferença. Revista Esc Enfermagem, São Paulo, v. 38 (2), p. 197-205, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DECRETO 7.508. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 17 Jun. 2017.

DEMO, Pedro. **Pesquisa participante**: saber pensar e intervir juntos. Brasília: Líber Livros, 2004.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa**. Campinas: Papirus, 2006.

DIAS, Maria. **Conversando sobre o direito das famílias**. Porto alegre: Livraria do advogado Editora, 2004.

DIMENSTEIN, Magda. A Reorientação da Atenção em Saúde Mental: Sobre a Qualidade e Humanização da Assistência. **Psicologia Ciência E Profissão**, 2004, 24 (4), 112-117.

FERREIRA, Clara Fontes; DIAS, Gustavo Nobre; FRANCISCON, Isabela Nunes; MOTA, João Paulo Tavares da; OLIVEIRA, Thamires Quinhões. **Organização Mundial da Saúde (OMS)**. Sinus: Compartilhando responsabilidades na promoção da Justiça. 2014. Disponível em: <<http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>>

FIGUEIREDO, Luís Claudio. Cuidado e Saúde: uma visão integrada. **ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos**, 29 (2), p. 11-29, 2011.

FOUCAULT, Michael. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1989.

FUSCHINO et al. **Como anda a Saúde Mental na capital do país?** Uma amostra da realidade da Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal, 2013.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A, 1988.

GONÇALVES, Bruno de Vasconcelos. **As Implicações dos Estigmas e Preconceitos no Processo de Empoderamento do Sujeito em Sofrimento Psíquico**. Brasília, 2016.

LEAL, Erotildes; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/LAPPIS; Abrasco, 2007. p.137-54.

LEI 8.080. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em: 17 Jun. 2017.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. São Paulo: Hucitec, 1997

MACIEL, Silvana Carneiro; MACIEL, Carla Maria Carvalho; BARROS, Daniela Ribeiro; SÁ, Roseane Christiana da Nova; CAMINO, Leôncio F. **Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica**. **Psico-USF**, v. 13, n. 1, p. 115-124, jan/jun 2008.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre o profissional de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2008.

MONTEIRO, A.R.M.; BARROSO, M.G.T. **A família e o doente mental usuário do hospital-dia** – estudo de um caso. *Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto* - v. 8 - n. 6 - p. 20-26 - dezembro 2000.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito**: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NICHOLS, M.P; SCHWARTZ, R.C. **Terapia Familiar**: Conceitos e Métodos- 7.ed. Artmed, 2009.

ORNELLAS, Cleuza Panisett. **O paciente excluído**: história e crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997.

OSORIO, Luis Carlos. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Relatório Mundial da Saúde. **Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança. 2001. Disponível em: <<http://psiquiatriabh.com.br/wp/wp-content/uploads/2015/01/Relatorio-OMS-da-saude-mental-no-mundo-2001.pdf>>

PARENTE, A. C. M; PEREIRA, M.A.O. **Percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias**: um espelho de dois lados .Rev. Bras. Enferm, Brasília (DF) 2004 jan/fev;57(1): 44-7.

PIETROLUONGO, Ana Paula Cunha & Resende, Martins Inessa Tania. **Visita domiciliar em saúde mental** – o papel do psicólogo em questão. QUEIROZ, Marcos de Souza; DELAMUTA, Leny Aparecida. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do "Cândido Ferreira" em Campinas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, vol.16 no.8, ago, 2011.

QUINDERE, Paulo Henrique Dias; JORGE, Maria Salete Bessa; FRANCO, Túlio Batista. **Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?**. *Physis* [online]. 2014, vol.24, n.1, pp.253-271.

REINALDO, A M.S; SAEKI,T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Rev. Esc. Enferm. USP**2004; 38(4): 396-405.

RESENDE, Tania Inessa Martins. **Relatório PRISME**. Brasília, UniCEUB, 2012.

RESENDE, Tania Inessa Martins. **Eis-me aqui**: a convivência como dispositivo de cuidado no campo da saúde mental. Brasília, 2015.

RODRIGUES, L. M.O.; **A Família Parceira no Cuidar**: Intervenção do Enfermeiro. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013.

ROLNIK, Suely. **Toxicômanos de identidade**. Subjetividade em tempo de globalização”, in Cultura e subjetividade. Saberes Nômades, org. Daniel Lins. Papirus, Campinas 1997; pp.19-24.

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2003.

SANTOS, A.F.O; CARDOSO, C.L. Autopercepção do estresse em cuidadores de pessoa em sofrimento mental. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 93-101, jan./mar. 2012.

STRAUB, Ricardo. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TENÓRIO, Fernando. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

THOMPSON, John. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **O poder que brota da dor e da opressão**: empowerment, sua história, teorias e estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão, et al. **Manual de direitos e deveres dos usuários e familiares em saúde mental e drogas**. 2ed. Rio de Janeiro: Escola do Serviço Social da UFRJ, 2015.

VECCHIA, Marcelo Dalla; MARTINS, Sueli Terezinha Ferreira. **O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares**: investigando o papel da internação psiquiátrica. Estudos de Psicologia 2006, 11(2), 159-168.