

A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental

(Inclusion of the family in therapeutical projects of mental health services)

Lúcia Cristina dos Santos Rosa*

Resumo

Este artigo busca discutir a inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. Para tanto, parte da análise do dia-a-dia do assistente social na assistência psiquiátrica, em CAPs (Centros de Atenção Psicossocial) e hospitais psiquiátricos. Essa atividade é pautada pela atuação junto a famílias de baixa renda no Piauí. Observa-se que a abordagem dirigida à família é preponderantemente voltada para o público feminino. A premissa que orienta a análise supõe que as mudanças no modelo assistencial impõem a construção de novas relações entre a família, os serviços de saúde mental e seus profissionais. Apontam-se potencialidades, limites e riscos implícitos na abordagem dos segmentos sociais a que pertencem essas famílias. A análise indica a necessidade de construção de novas práticas, para fortalecer a condição de sujeito dos participantes dos projetos.

Palavras-chave: Família; Assistência Psiquiátrica; Projeto Terapêutico.

A abordagem da família no campo *psi* é intensificada apenas após a Segunda Guerra Mundial, apesar de esse grupo vir sofrendo intervenções do Estado moderno desde os séculos XVII e XVIII (Donzelot, 1980). Excluir o portador de transtorno mental do meio familiar e social, como justificou Pintel, através do “isolamento terapêutico do alienado” em hospitais psiquiátricos, é uma maneira de atuar sobre o grupo familiar, pois um de seus membros passa, com a internação integral, a ter um distanciamento objetivo do cotidiano

* Texto original recebido em junho/2005 e aprovado para publicação em outubro/2005.

* Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí – Teresina (PI); e-mail: lucirosa@ufpi.br.

familiar e a perder seu traquejo social, dado o empobrecimento da qualidade ambiental, interativa e assistencial por que passa. Paulatinamente, ele tende a se tornar um estranho para seu núcleo de origem.

Mas antes da Segunda Guerra Mundial a família ganha visibilidade no meio *psi*, principalmente no plano teórico, sendo sua avaliação inaugurada por Esquirol, discípulo de Pinel. A partir do princípio do “isolamento terapêutico”, a família é analisada por esse autor de maneira paradoxal. De um lado, ela é considerada propensa à alienação, por ter um “alienado” em seu meio – este poderia influenciar as relações entre seus membros. De outro lado, “o isolamento deveria ser realizado, porque a família seria propiciadora de alienação mental (Birman, 1978, p. 275). Essa perspectiva predominou na literatura do campo *psi* e ainda exerce muita influência.

Conseqüentemente, pelo fato de a família ser considerada um agente patogênico, também ela era afastada do portador de transtorno mental. Este passou a sofrer uma intensa ação dos profissionais e dos serviços de saúde mental, ficando a família em segundo plano. Como havia promessa de cura do transtorno mental, o papel da família era de colocar-se em posição de espera passiva dos resultados das intervenções operadas pelos detentores do saber competente. No interior dos hospitais psiquiátricos, a família passou a figurar como informante da enfermidade e da trajetória do portador de transtorno mental (PTM), como um recurso e, sobretudo, como visita. A mensagem implícita era que o cuidado com o paciente era atribuição exclusiva dos trabalhadores da saúde mental e dos serviços assistenciais.

Com o *boom* das terapias familiares nos anos de 1950 e, sobretudo no Brasil, nos anos de 1970, as famílias de classe média e alta passaram a contar com esse recurso para auxiliar na elaboração e no enfrentamento de seus problemas internos. Contudo, as famílias de baixa renda tiveram acesso restrito a tais abordagens, principalmente em hospitais-escola, ou não tiveram acesso algum, em razão do custo dos tratamentos. Apesar dessa exclusão, os anos de 1970 constituíram um marco na construção de nova leitura sobre a família, sobretudo pela contribuição do movimento feminista e de outros movimentos inspirados na doutrina marxista.

Nesse período, duas tradições teóricas na pesquisa antropológica vão se afirmar, conforme lembra Scott (1996). De um lado, a tradição subjetivista de pesquisa com a família de classe média, baseada teoricamente em uma dimensão intimista, privada, a partir dos aspectos emocionais, psicológicos e comportamentais das interações. De outro lado, a tradição econômico-produtivista, pela qual as famílias dos segmentos de baixa renda são focalizadas em suas lutas e estratégias de sobrevivência.

Atualmente há uma tendência em fundir as duas abordagens, analisando-se aspectos interiores e exteriores ao grupo familiar, independentemente de sua condição social, porque a família está passando por intensas mudanças, decorrentes de transformações socioeconômicas e de outros fatores externos que influenciam sua organização interna. Nos anos de 1990 ganha densidade, no campo *psi*, a leitura da família como grupo que precisa de suporte, de acompanhamento específico.

No Brasil, a ótica da família como provedora de cuidado é estudada por Vasconcelos (1992), no bojo do processo da reforma psiquiátrica, que busca descentralizar a assistência do modelo hospitalar/medicocêntrico e questiona sua prática de segregação pelo “isolamento terapêutico”, que limita o tratamento à internação integral e à medicação. A reforma redireciona o paciente para o cuidado integral em serviços abertos, comunitários, que preservam os vínculos sociais e os direitos de cidadania.

O envolvimento da família como protagonista no processo da reforma psiquiátrica tem sido um desafio. Inicialmente alguns grupos familiares, através de associações, inseriram-se na luta pela cidadania do portador de transtorno mental e sua reinserção na comunidade. Outros grupos, sobretudo por meio da Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM), com sede no Rio de Janeiro, têm resistido a esse processo, pelo temor de desassistência, por entender a reforma psiquiátrica como equivalente à desospitalização, tendo por premissa que

a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo. (Amarante, 1996, p. 21)

Embora com uma conotação política contra-reformista bastante evidenciada, a tentativa de hospitalizar os pacientes pelo temor da desassistência torna-se atrativa, pois, mesmo se o hospital psiquiátrico é visto como violador de direitos, a exaustão do cuidador familiar leva à consideração de que “ruim com ele, pior sem ele”. Tal percepção deve-se à natureza dessa modalidade assistencial, que divide o encargo de cuidar do PTM entre Estado e família (Vasconcelos, 1992). Como a política de saúde mental se encontra em fase de transição, a coexistência do novo modelo com o anterior, bem como as contradições e crises, singulares e comuns a todo processo de mudança, aliadas ao jogo político, em muitos momentos repõem em cena antigos fantasmas manicomiais.

Nesse sentido, identifica-se a resistência de grupos de familiares, organiza-

dos politicamente ou não, por desconhecimento da proposta do movimento de reforma psiquiátrica. Não deve parecer claro para a maioria dos familiares/cuidadores o alcance dos benefícios das mudanças em curso, pelo temor de terem que assumir sozinhos as sobrecargas no ambiente doméstico.

Uma das questões políticas a ser repensada, na inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental, é o formato desejado pelos profissionais de nível superior, especialmente quanto à participação/integração da família, com possibilidades limitadas. Nesse horizonte, desenha-se um campo de tensão: a perspectiva de alguns trabalhadores de saúde sobre a forma de inclusão da família e o lugar que ela poderia ocupar nem sempre correspondem ao seu desejo e às possibilidades reais.

Atualmente vislumbra-se o desenho de participação no cerne das políticas públicas no formato representativo. Em alguns contextos, materializados na forma de conselho gestor dos serviços; em outros, na forma da participação em comissões de reforma psiquiátrica, nas quais a integração da família fica limitada a poucas pessoas. Isso não seria limitante caso houvesse dispositivos eficientes de divulgação e socialização das informações, para atingir principalmente o público analfabeto.

Além disso, no campo da assistência psiquiátrica, o familiar/cuidador, exausto e estigmatizado, teme tornar pública sua condição, expor-se como representante da “saúde mental” e conviver com o rótulo de “familiar de doido”. Observa-se ainda que as associações de familiares/cuidadores preponderantemente são coordenadas e compostas por mães, em geral com idade em que podem, também elas, estar precisando de cuidados. Aí pode-se indagar: por que no âmbito familiar é a maternidade que mais mobiliza a participação política?

Parece haver uma crise nas formas de participação até então construídas. Ao mesmo tempo, há uma subalternização dos segmentos de baixa renda, ou seja, uma forma aparentemente passiva e resignada com que os usuários pobres se comportam diante dos serviços e do profissional de nível superior, do “doutor”. Tal atitude subalterna, no Brasil, é remanescente de relações historicamente autoritárias, nas quais se evita o confronto e a cobrança direta de direitos. Soma-se a isto o desconhecimento dos direitos e a parca experiência de exercício de cidadania, gerando uma forma peculiar de enfrentar as tensões políticas e sociais: o “jeitinho brasileiro”. Há uma tendência, por parte dos familiares/usuários, de rejeitarem a perspectiva de confronto direto com os trabalhadores e dirigentes dos serviços de saúde, por temerem represálias sobre o portador de transtorno mental ou sobre si mesmos, caso precisem recorrer novamente a esses serviços.

Algumas vezes desviam-se ou são desviados de tal confronto por desconhe-

cimento de mecanismos formais, como ativação do Ministério Público, do Conselho de Saúde ou dos Conselhos profissionais. Quando o usuário se decide pelo confronto, é comum o recurso à imprensa. A denúncia de violação de direitos, em veículos de formação de opinião pública, principalmente a televisão, tem-se mostrado bastante eficaz. É comum a resolução quase imediata de problemas na área da saúde, assim que ganham visibilidade pública. Os mecanismos de controle social e o Ministério Público também têm apresentado certa eficácia.

Em suma, no campo *psi* a família ganhou visibilidade teórica (como vilã ou vítima de transtorno mental), assistencial (como recurso, visita ou agente assistida) e, mais recentemente, como sujeito político que se organiza e luta por direitos, promove ações na esfera pública, ou como provedora de cuidados, devendo ser incluída nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde.

Evidentemente, essas visões não são excludentes entre si; ao contrário, fundem-se. Sobre o familiar/cuidador podem-se construir imagens variadas, em vista de sua atuação multidimensional, de sua identidade plural, manifestada a partir de sua condição de classe, de seu contexto assistencial, de suas atitudes, de seu preparo político e instrumental como cuidador, e ainda da posição de quem analisa o seu lugar.

QUEM É A FAMÍLIA E QUAL O SEU LUGAR NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA?

No presente estudo a família é analisada a partir de uma concepção sociológica. Assim, é apreendida como

conjunto de pessoas ligadas por laços de sangue, parentesco ou dependência que estabelecem entre si relações de solidariedade e tensão, conflito e afeto (...) e (se conforma) como uma unidade de indivíduos de sexos, idades e posições diversificadas, que vivenciam um constante jogo de poder que se cristaliza na distribuição de direitos e deveres. (Bruschini, 1989, p. 8)

Várias disciplinas definem o que é família, cada qual destacando aspectos relativos a seu conjunto de saberes e práticas. Apesar das diferenças, todos os ramos do saber reconhecem a família como grupo histórico, determinado por instâncias macroeconômicas, mas que também cria determinações e as remete à sociedade. É assujeitada e é sujeito do processo histórico.

Nesse sentido, os processos de desinstitucionalização, que mostram a falência das instituições totais (manicômios, prisões, asilos, orfanatos) e buscam

propostas alternativas que assegurem direitos a grupos específicos da população e valorizem os serviços abertos e comunitários, têm a família como parceira, como mediadora entre seus membros e a sociedade.

Assim, há uma tendência de a lógica da cidadania ser ampliada da proteção ao indivíduo para a proteção ao grupo familiar. Nessa direção a Portaria n. 251/GM do Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos, constitui um dispositivo para a mudança das relações entre os serviços psiquiátricos e a família, à medida que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família, no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento (Brasil, 2004).

A família, sobretudo na fase inicial do transtorno mental, tem um papel fundamental na construção de uma nova trajetória para seu ente enfermo, mas seus recursos emocionais, temporais e econômicos e seus saberes têm que ser bem direcionados, cabendo aí uma contribuição importante dos trabalhadores e dos serviços psiquiátricos.

Muito embora, na eclosão das primeiras crises psiquiátricas, a família tenda a ser mais receptiva às orientações dos trabalhadores em saúde mental e adira ao tratamento com maior facilidade – apesar de, por desconhecimento, ter receio de os psicofármacos produzirem dependência –, é importante frisar que ela, em geral, só procura um serviço social porque se encontra em crise, uma crise já instalada, com uma história e várias tentativas de debelá-la.

A observação e os estudos têm mostrado que a família tenta resolver os problemas que emergem em seu seio inicialmente de maneira privada, recorrendo a seus próprios conhecimentos e estratégias de atuação que se mostraram anteriormente eficazes. Há uma pressão social para que a família não publicize, não remeta para a arena das políticas públicas, a sua situação. Nesse sentido é paradigmático o depoimento de um familiar em artigo no livro *Minas sem manicômios* (2004): “Algumas pessoas acharam que estávamos expondo demais nossos dramas familiares” (Ornelas, 2004, 83).

Assim, se a família não consegue resolver um problema internamente, chega a um serviço psiquiátrico com sentimentos de impotência, exaustão, culpa, desespero. É uma das últimas formas de publicizar uma questão que preferiria, se tivesse opção, resolver no plano privado.

Na pedagogia dos hospitais psiquiátricos, como visto, a tendência predominante foi abordar a família como informante da enfermidade, da trajetória do portador de transtorno mental, e como visita. Todavia, parte dos hospitais psi-

quiátricos se modernizou e viu-se impelida a incluir a família em seus projetos terapêuticos, de acordo com a Portaria 251.

Esse dispositivo legal parece restringir o âmbito da abordagem da família/cuidador ao aspecto instrumental da enfermidade e do tratamento. O legislador foi perspicaz, estabelecendo padrões mínimos de qualidade assistencial, sobretudo para hospitais psiquiátricos. Isso não quer dizer que tais serviços devam se limitar a esse mínimo, embora na tradição brasileira de gestão o mínimo tende a se transformar em máximo. De qualquer maneira, exige-se que todos os serviços assistenciais em psiquiatria tenham uma abordagem voltada para a unidade ou o grupo familiar/cuidador.

A experiência no Piauí tem mostrado que, freqüentemente, oferece-se ao familiar/cuidador um atendimento, com orientações individuais ou grupais. São comuns as reuniões semanais com a família. Alguns serviços promovem visitas domiciliares, mas são os centros de atenção psicossocial que as desenvolvem de maneira mais sistemática, como parte inerente a seu projeto terapêutico.

Tais reuniões tornam-se importantes para o cuidador doméstico, pois muitas vezes são a maneira mais efetiva para tirar suas dúvidas sobre a enfermidade, o cuidado e o diálogo com os profissionais. Mas, geralmente, são os novos serviços, abertos e comunitários, que são desafiados a implementar práticas diferenciadas com a família, a criar novas tecnologias de abordagem e, sobretudo, a dar visibilidade e valorizar sua condição de provedora de cuidados domésticos.

Desse modo, os serviços tradicionais, mais precisamente os hospitais psiquiátricos, têm que oferecer uma abordagem não estabelecida pela portaria ao grupo familiar/cuidador. O que está apontado explicitamente na portaria é o conteúdo mínimo que o serviço tem que trabalhar com a família. Assim, a família pode permanecer ou não passiva, como mera recebedora de informações e consumidora de um serviço, com baixo, nulo ou grande impacto sobre o cuidado doméstico ao portador de transtorno mental ou sobre sua cidadania, dependendo da abordagem. A abordagem da família cuidadora, na condição de parceira e co-responsável pelo cuidado, está em processo de construção, e seus limites, potencialidades e desafios vão depender de cada contexto.

ALGUMAS LIMITAÇÕES NO TRABALHO COM A FAMÍLIA DE BAIXA RENDA

Trabalhar com famílias de baixa renda implica lidar com várias limitações, decorrentes sobretudo de dupla estigmatização: a de serem pobres, em uma sociedade que só recentemente, depois da Constituição de 1988, reconheceu formalmente os pobres como cidadãos detentores de direitos; e de terem em seu

meio um portador de transtorno mental, enfermidade carregada de imagens de periculosidade e incapacidade.

O deslocamento do familiar/cuidador até o serviço assistencial psiquiátrico, no geral, é complicado para esse segmento social, tendo em vista suas dificuldades econômicas, que o obrigam muitas vezes a andar a pé ou de bicicleta. Contudo, grupalizar os familiares cuidadores parece ser uma estratégia interessante, por propiciar a troca de experiências e mostrar que é possível conviver com o portador de transtorno mental de diferentes maneiras. Se, por um lado, os familiares cuidadores podem ser homogeneizados em sua condição de vida e na forma como enfrentam os desafios cotidianos, por outro lado há muita riqueza nos encontros.

Mas, mesmo nas reuniões semanais, uma das principais dificuldades é assegurar a presença dos familiares. A sobrecarga das tarefas domiciliares, sobretudo para o cuidador do portador de transtorno mental, que tende a ser o único cuidador direto no grupo, e as dificuldades econômicas da família explicitam-se na alta rotatividade nas reuniões. Alguns serviços disponibilizam vale-transporte para o cuidador doméstico comparecer a elas, mas é raro algum deles manter frequência semanal, apesar de as considerar importantes e participarem ativamente delas.

Por outro lado, as dificuldades com transporte nos serviços psiquiátricos, sobretudo nos hospitais, a lógica de organização de muitos deles e a sobrecarga dos profissionais impedem um trabalho mais sistemático na comunidade, no espaço doméstico, na rede de relações sociais do portador de transtorno mental, que corre o risco de ficar em segundo plano. Nesse sentido, os centros de atenção psicossocial têm inovado no trabalho com a família, com as associações de moradores, com as rádios comunitárias, com grupos de mulheres e com conselhos de políticas públicas.

Embora tais intervenções sejam fundamentais, a família demanda um preparo para o cuidado doméstico ao portador de transtorno mental e para enfrentar suas próprias questões, múltiplas e multifacetadas.

A necessidade de atendimento à família na assistência psiquiátrica

A abordagem da família é um encargo de toda a equipe dos serviços de assistência psiquiátrica. Nenhum profissional pode deter monopólio ou exclusividade. Tem-se observado que cada serviço ou equipe se organiza de maneira própria para abordar a família. Historicamente, nos hospitais psiquiátricos o assistente social era o principal encarregado das questões relacionadas à família, possivelmente porque os pacientes geralmente eram pobres. Tudo o que não

era da alçada estritamente clínica era remetido ao assistente social. Ainda hoje ocorre esse entendimento.

Em alguns centros de atenção psicossocial, como no caso estudado por Ramos (2003) no Ceará, o assistente social é considerado pelas equipes como o “profissional da família”. Geralmente, o interesse pessoal de determinado profissional, a capacitação individual de cada agente e a condição de classe da unidade familiar têm definido quem se sente apto ou desejoso de trabalhar com a família.

Quando se identifica o aparecimento de um PTM no seio de uma família, ocorre um momento de crise, uma ruptura de rotinas, um conflito de papéis, pois cuidar de uma pessoa adulta, dependente, em geral está fora do previsto na história do grupo e de seu repertório de respostas. A família tem que reconstruir sua unidade, aprender a se relacionar com o transtorno mental, com os serviços de saúde mental e com a linguagem dos técnicos, que geralmente não estão preparados para dialogar com a população que não teve acesso à educação formal.

Nos serviços comunitários abertos, com internação parcial, de início se supõe maior interação da família com o serviço psiquiátrico, posto que o portador de transtorno mental permanece no máximo de sete a oito horas por dia na instituição, retornando no final da tarde para seu domicílio.

No Piauí, há uma chamada para reunião com familiares uma vez por semana, com duração média de uma hora. No hospital psiquiátrico, no regime de internação integral, a reunião com a família, em geral, apresenta menor número de participantes. Já nos serviços com internação parcial, a participação de familiares é sempre maior.

Nessas reuniões, várias questões são observadas. Embora chamadas de reuniões de família, freqüentemente agregam cuidadores, pessoas que, no interior do grupo familiar, são responsáveis pelos cuidados diretos do portador de transtorno mental. No geral esse cuidador é a única pessoa da família a se encarregar desses cuidados.

Outro aspecto que chama atenção é a presença feminina no grupo de familiares/cuidadores, constatada nas reuniões nos serviços de saúde mental. Historicamente, as mulheres ficaram identificadas com o trabalho de cuidar dos outros, tanto na esfera privada quanto na pública. Não são raros os homens nessas reuniões, mas comparecem sempre em pequena quantidade. Nesse sentido, parece ser natural atribuir à mulher tal incumbência, por caber-lhe também os papéis de engravidar e amamentar.

No dia-a-dia da abordagem com a família, vários riscos permeiam a atuação do profissional. O primeiro é ele se dispor a fazer um trabalho com a família sem

o devido preparo teórico-metodológico e ético. Nesse sentido, ele pode se sentir como “doutor em família”, por ter vivido e sofrido a vida toda a influência das relações familiares. Desse modo, “naturalmente”, pode acreditar que entende de família.

A ação conjunta de dois ou mais profissionais de diferentes categorias também pode trazer problemas. Se todos não tiverem preparo mínimo e maturidade, podem reproduzir conflitos que a família vivencia. Podem entrar em um jogo de disputa por competência ou para angariar a simpatia da família.

É comum em um serviço de saúde, até em um CAPs, a família sentir que não foi atendida se não falar ou passar por uma consulta com um psiquiatra, mesmo tendo sido assistida por todos os demais profissionais da equipe de nível superior. Às vezes, a atuação desses profissionais é mais intensa com os cuidadores domésticos, mas é comum, em reuniões ou assembléias, estes elogiarem ou reconhecerem publicamente apenas a ação médica.

Em muitos serviços, além dos vínculos precários de trabalho e dos baixos salários, há um baixo nível de recompensa simbólica, como o reconhecimento pelo trabalho realizado, que os profissionais esperam e muitas vezes não têm, da parte dos cuidadores domésticos. Não é rara a decepção e a fala indignada de profissionais que não se sentem reconhecidos. É preciso maturidade, bom senso e, acima de tudo, comportamento ético para enfrentar essa situação.

Os conflitos interprofissionais também podem ser reproduzidos na intervenção com os familiares/cuidadores, quando os profissionais querem apresentar soluções e mostrar-se úteis para a família. Muitas vezes as disputas acabam reproduzindo conflitos vivenciados entre os membros de cada grupo familiar. A carência afetivo-simbólica do profissional pode acabar se sobrepondo às necessidades das pessoas e grupos vulnerabilizados.

É necessário muita auto-vigilância nas práticas com a família. O espaço das supervisões é fundamental para equacionar divergências entre categorias profissionais e para apontar conflitos interpessoais. Outro aspecto importante é a relação com famílias de baixa renda. Poucos profissionais são capacitados academicamente para trabalhar com a família e, quando o são, parte significativa está preparada para lidar apenas com a família de classe média, de consultório, em uma realidade próxima à de sua experiência pessoal.

Nesse contexto, quando o profissional olha para a família dos segmentos de baixa renda, em estado de crise, muitas vezes só consegue ver desorganização, desestruturação. Mas é justamente nessa situação que ela busca um profissional ou um serviço de saúde mental. O profissional está pouco habituado a entender códigos culturais, lingüísticos e comportamentais que não sejam os de sua classe social, confundindo pobreza econômica e material com pobreza cultural.

Os familiares/cuidadores, em geral, trazem para os profissionais e serviços de saúde, além da crise psiquiátrica, todos os seus problemas existenciais. A crise psiquiátrica apenas intensifica os dramas vividos pelas famílias, vulnerabilizadas pelo contexto de pobreza e exclusão/destituição social.

Nessas circunstâncias, o profissional corre o risco de só ver pobreza e impotência, ficar paralisado como a família e não vislumbrar outras possibilidades. Na crise, o grupo familiar costuma mostrar toda sua fragilidade, mas podem também aflorar capacidades que às vezes não se consegue identificar. É o momento em que o profissional pode observar a dinâmica familiar de forma exponeciada, na solidariedade ou na ausência dela, nas tentativas de encontrar saídas, nos recursos ou na falta deles. É também o momento de observar se a família conta com uma rede social com oportunidades para obter suporte.

Diante da família em crise e que quer transferir a resolução de seus problemas para aqueles que “estudaram e entendem disso” (do cuidado com o PTM), é comum o profissional se ver diante do dilema de ter que dar uma resposta, seja qual for, até para aliviar sua própria angústia ou demonstrar competência para lidar com o caso que tem diante de si.

Para o médico, parece ser mais tranqüilo prescrever uma medicação ou requisitar um exame. Para os demais profissionais, existe a tendência de utilização dos recursos da comunidade, que muitas vezes assume uma postura de transferência de responsabilidade, e não de compartilhamento de soluções. A família cuidadora coloca o profissional como o solucionador de problemas familiares, e muitos profissionais incorporam tal encargo.

Ao assumir o exercício da profissão como “doutor”, a atenção pode deslizar para uma atitude autoritária, caso o profissional considere que sabe tudo e, por isso, pode tudo resolver, sem diálogo e interlocução com a família/cuidador, tendo uma resposta para todas as questões, a fim de se manter nesse lugar. Essa atitude autoritária permeia as intervenções e coloca o profissional como única pessoa capaz de solucionar os problemas. Daí também a prática do “aconselhamento”¹ ser generalizada. Frequentemente o profissional acha que sabe o que é melhor para todas as famílias que chegam a seu consultório/serviço ou se encontram sob sua responsabilidade.

Nesse horizonte, é importante registrar as reações do profissional, ao se deparar com o grupo familiar e seus problemas. Cecchin (2000, p. 73) aponta cinco respostas básicas do profissional em relação à família:

¹ Muitos profissionais assumem, tacitamente ou não, fazer aconselhamento sem definir tal conceito e sem ter preparo específico para tanto, limitando-se a prescrever condutas, sem avaliar o impacto de sua atuação sobre a família/cuidador. “Aconselhar” não deixa de ser uma estratégia para aliviar a angústia de muitos profissionais, que acreditam com isso mostrar competência ou dar “resolutividade” à questão trazida pelos usuários de seus serviços.

- ele tem necessidade de se tornar útil para a família. Nesse cenário, quanto mais é útil, mais a família se sente inútil, desamparada e impotente, pois não constrói novas soluções para seus problemas;
- alguns se colocam como professores, prescrevendo comportamentos, “aconselhando” sem a família/cuidador ter solicitado. Nesse sentido, quanto mais for professoral, menos a família/cuidador aprende e menor qualidade interacional existirá entre ambos;
- o profissional deseja controlar o grupo, disciplinar o processo interativo, deixando os membros dependentes ou apáticos;
- o profissional quer proteger as pessoas, percebidas por ele como desorganizadas, infelizes, desestruturadas, e toma para si a tarefa de reorganizar e cuidar do grupo. Nesse sentido, não há um aprendizado do grupo na resolução de seus problemas;
- o profissional manifesta, consciente ou inconscientemente, o desejo de punir a família quer dar uma lição a quem ele considera um mau marido, má mãe, má filha, mau cuidador.

Nas formas acima esboçadas de oferecer resposta ao grupo familiar/cuidador, o profissional arrisca-se a exercer a cruel compaixão (Szasz, 1994), pois, sob pretexto de auxiliar o grupo a sair de sua crise, substitui o papel dos membros da família, subtrai a competência própria da família, desconsidera os recursos e a necessidade da família de construir sua história e sentir-se suficientemente capaz para resolver suas questões.

Assim, como visto, embora permeado por limitações, o trabalho com a família nos remete a reflexões que podem apontar possibilidades e desafios.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como este texto está atravessado por questionamentos, muito mais do que por respostas, nesta parte final alguns desafios serão levantados na forma de perguntas, pois supomos que essas perguntas possam remeter a inovações ou enriquecer o processo de construção dos serviços aqui focalizados.

Que lugar queremos que a família ocupe nos serviços de saúde mental? Que lugar a família deseja ou pode ocupar nos diferentes dispositivos de saúde mental?

Como integrar os vários serviços/políticas e abordagens, tornando mais rico o repertório de opções a ser oferecido à família?

Como os trabalhadores de saúde podem minorar os conflitos familiares, contribuindo nos processos de elaboração e negociação das propostas para resolvê-los?

Sabemos que o processo de construção das novas práticas gera angústias, conflitos, mas também criatividade, troca e crescimento.

Por fim, a experiência mostra que essas novas práticas implicam:

- requalificação pessoal, profissional e técnica;
- identificação de limites, com investimento nas possibilidades de cada grupo familiar e nos recursos criativos;
- ampliação do poder de trocas sociais dos grupos familiares, não-utilização de “receitas prontas”, construção conjunta de respostas;
- otimização das técnicas como mediadoras entre as necessidades dos cuidadores leigos e as oportunidades e recursos do meio;
- recriação da cidadania – ampliação do poder de negociação dos grupos familiares (*empowerment*) com os serviços e com a sociedade em geral;
- suporte social – ampliação e diversificação da rede social e intersetorialidade nas diferentes políticas públicas.

Nesse horizonte espera-se que novas práticas ensejem novos lugares sociais para os familiares/cuidadores, a fim de que saiam da condição de meros consumidores de serviços e se fortaleçam como sujeitos.

Abstract

This article discusses the inclusion of the family in therapeutical projects of mental health services. For such, it starts from the analysis of social workers' daily routine in psychiatric assistance, in “*Centros de Atenção Psicossocial – CAPS*” (Centres for Psychosocial Assistance) and mental hospitals, characterized by their work with low-income families in the State of Piauí. One notices that women are the main target in the approach to the family. The analysis is based on the assumption that changes in the assistance pattern impose the design of new relations between the family, mental health services and its professionals. Potentialities, limits and risks implied in the approach to those families' social groups are pointed out. The analysis indicates the need to develop new practices to strengthen the project participants' condition as subjects.

Key words: Family; Psychiatric assistance; Therapeutical project.

Referências

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Brasil (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bruschini, M. C. (1989). Uma abordagem sociológica da família. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 6 (01), p. 1-23.
- Cecchin, G. (2000). Sistemas terapêuticos e terapeutas. In: Elkaim, M. *Terapia familiar em transformação*. (p. 72-77). São Paulo: Summus.
- Donzelot, J. (1980). *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal.
- Ornelas, C. (2004). Da família ao espaço público, em defesa da vida. In Fórum Mineiro de Saúde Mental. *Minas sem manicômios*. (p. 79-87). Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais.
- Ramos, R. (2003). *As representações sociais da prática dos assistentes sociais nos Caps do Ceará*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Curso de Pós-graduação em Serviço Social, Recife.
- Rosa, L. C. S. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- Scott, R. P. (1966). A etnografia da família de camadas médias e de pobres urbanos: trabalho, poder e a inversão do público e do privado. *Revista de Antropologia*, 1 (2), p. 142-160.
- Szazs, T. (1999). *Cruel compaixão*. Campinas: Papirus.
- Vasconcelos, E. M. (1992). *Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não*. Belo Horizonte: Segrac.