

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de
saúde mental: encontros e desencontros**

Teresinha Cid Constantinidis

Vitória

2011

Teresinha Cid Constantinidis

**Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de
saúde mental: encontros e desencontros**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós graduação em Psicologia, para obtenção do título de Doutora em Psicologia, da Universidade Federal do Espírito Santo sob orientação da Professora Doutora Angela Nobre de Andrade.

Vitória, ES

Julho, 2011

Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde
mental: encontros e desencontros

Teresinha Cid Constantinidis

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós graduação em Psicologia, para
obtenção do título de Doutora em Psicologia, da Universidade Federal do Espírito
Santo sob orientação da Professora Doutora Angela Nobre de Andrade

Aprovada em 12 de agosto de 2011, por:

Profa. Dra. Angela Nobre de Andrade- Orientadora- UFES

Profa. Dra. Helerina Aparecida Novo – UFES

Profa. Dra. Henriette Tognetti Penha Moratto – USP

Profa. Dra. Luziane Zacché Avellar - UFES

Profa. Dra. Maria Cristina Smith Menandro- UFES

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais Eloy e Therezinha, com carinho e gratidão.

Constantinidis, T. C. (2011). *Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde mental: encontros e desencontros*. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, 220 pp.

RESUMO

As diretrizes assistenciais em saúde mental, no Brasil, prevêm o apoio à família da pessoa com sofrimento psíquico. No entanto, esses familiares referem despreparo em lidar com os encargos cotidianos da convivência com seus entes e desamparo em relação à assistência que recebem dos serviços de saúde mental. Os profissionais de saúde mental, por sua vez, enfrentam dificuldades na inclusão da família nos projetos terapêuticos e na assistência da pessoa com transtorno mental. Diante de tais fragilidades nessa relação, a proposta deste estudo foi conhecer a relação que se estabelece entre esses atores e buscar reflexão sobre fatores que interferem na possibilidade de um bom encontro entre eles. Nesse sentido, foram percorridos temas que se configuram como centrais para o conhecimento das dimensões dessa relação, como o modo de subjetivação desses sujeitos e a ética na filosofia de Espinosa. A perspectiva qualitativa de investigação configurou-se como método para alcançar os objetivos propostos. Foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde mental de dois centros de atenção psicossocial do município de Vitória ES e com familiares de usuários destas instituições. Após análise temática do conteúdo dessas entrevistas, foram indicados e discutidos fatores de impasses a serem enfrentados nessa relação, tais como: lógica manicomial presente na relação que cada um desses sujeitos estabelecem com a loucura; dificuldade do profissional na relação com a alteridade do familiar, com prática pautada na polarização do saber, na sua moral e na retificação da dinâmica familiar; disparidade entre oferta e demanda, sem conhecimento das necessidades desses sujeitos. Familiares e profissionais não acreditam em possibilidades desse encontro e distanciam-se com suas potências de ação diminuídas. Apoiando-se na filosofia espinosana, é discutida as causas das inconveniências dessa relação e proposta a ética como possibilidade de aproximação de paixões alegres e potencia de agir dessas pessoas.

Palavras-chave: Familiares e Profissionais de Saúde Mental; Encargos Familiares; Práticas em Saúde; CAPS

Constantinidis, T. C. (2011). *Relatives of people with mental diseases and mental health professionals: meeting and missing*. Doctorate thesis, Postgraduation Program in Psychology, Human and Natural Science Department at the Federal University of Espirito Santo, 220 pp.

ABSTRACT

The guidelines in mental health care in Brazil, provide support for families of people with psychological distress. However, such family feel unprepared to deal with the duties of everyday life with their relatives and helplessness to the assistance they receive from mental health services. The mental health professionals, in turn, face difficulties in including the family in the therapeutic projects and assisting the person with mental disorder. Given these weaknesses in this relationship, the purpose of this study was to determine the relationship established between these actors and to seek consideration of factors that interfere with a good possibility of meeting between them. In this sense, issues that were covered are configured as central to understanding the dimensions of this relationship, as the mode of subjectivity and the subject of ethics in the philosophy of Spinoza. The qualitative research approach was configured as a method to achieve those goals. Interviews were conducted with mental health professionals of two psychosocial care centers in the city of Vitória ES and relatives of users of these institutions. After analysis of the thematic content of these interviews were shown and discussed factors impasses to be faced in this relationship, such: as asylum logic present in the relationship that each of these subjects to establish insanity; the difficulty of the professional relationship with the otherness of the family, with guided practice in the polarization of knowledge in its moral and family dynamics in the rectification; disparity between supply and demand, without knowledge of the needs of these individuals. Families and professionals do not believe in the possibilities of this encounter and move away each other with their powers of action diminished. Relying on Spinozian philosophy, is discussed the causes of the drawbacks of this relationship and proposed ethics as a possible approach of joyful passions and power of these people to act.

Keywords: Family and Mental Health Professionals; family responsibilities; Practices in health; CAPS

Constantinidis, T. C. (2011). *Familiales de personnes souffrant de troubles mentaux et les professionnels de la santé mentale: rencontre et confronte*. Thèse de doctorat présentée au Programme d'études supérieures en psychologie à l'Université fédérale de Espirito Santo, 220 pp

RÉSUMÉ

Les lignes directrices en matière de soins de santé mentale au Brésil, en fournissant un soutien aux familles des personnes souffrant de troubles mentaux. Toutefois, les familiales ne sont pas préparés à faire face aux charges de la vie quotidienne avec leurs proches avec troubles mentaux et referent non pas reçoivent des aides des services de santé mentale. Les professionnels de la santé mentale, à leur tour, face à des difficultés avec la famille, leur inclusion dans les projets thérapeutiques et assistance la personne souffrant de troubles mentaux. Compte tenu de ces faiblesses dans cette relation, le but de cette étude était de déterminer la relation établie entre ces acteurs et à rechercher l'examen des facteurs qui interfèrent avec une bonne possibilité de rencontre entre eux. En ce sens, les questions qui ont été couverts sont configurés comme essentielle à la compréhension des dimensions de cette relation, comme le mode de la subjectivité et le sujet de l'éthique dans la philosophie de Spinoza. L'approche de recherche qualitative a été configuré comme une méthode pour atteindre ces objectifs. Entrevues ont été menées avec des professionnels de la santé mentale de deux centres de soins psychosociaux dans la ville de Vitória ES et les proches des usagers de ces institutions. Facteurs après analyse du contenu thématique de ces entretiens ont été présentés et discutés les impasses d'être confrontés à cette relation, tels que : l'asile logique dans la relation que chacun de ces sujets établissent avec la folie ; la difficulté de la relation professionnelle avec l'altérité de la famille, avec la pratique guidée pour la polarisation de la connaissance, pour la morale, pour la rectification dans la dynamique familiales ; la disparité entre l'offre et la demande, sans la connaissance des besoins de ces personnes. Les familles et les professionnels ne croient pas en la possibilité de cette rencontre et s'éloignent avec leurs puissance d'action diminuée. S'appuyant sur la philosophie spinoziste, est discuté sur les causes des inconvénients de cette relation et de l'éthique proposée comme une approche possible de passions joyeuses et le puissance d'action de ces gens.

Mots-clés: professionnels de la santé mentale et familiale; responsabilités familiales;
Pratiques en santé; CAPS

LISTA DE SIGLAS

CAPS : Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i : Centro de Atenção Psicossocial de referência para cuidado de crianças e adolescentes

EE : Emoções expressas

MTSM : Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental

PSF : Programa Saúde da Família

UBS : Unidade Básica de Saúde

UFES : Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO¹²

CAPÍTULO I ALTERIDADE E LOUCURA.....	28
1.1 Modelos, valores e a afirmação da alteridade.....	32
CAPÍTULO II MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DE FAMILIARES DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL.....	38
2.1 Considerações sobre o território existencial dos familiares de pessoas com sofrimento psíquico.....	42
2.1.1 Familiares culpados.....	46
2.1.2 Familiares vítimas: os encargos familiares.....	48
2.1.3 Familiares ativos: participação no Movimento de Reforma Psiquiátrica e as Associações de Familiares.....	53
2.1.4 Familiares ativos? A contraposição à desinstitucionalização.....	55
2.2 Considerações sobre território existencial dos profissionais de saúde mental	64
CAPÍTULO III A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO.....	73
CAPÍTULO IV CONHECER ESTA RELAÇÃO: A COMPLEXIDADE DA TAREFA	80
4.1 Indagações.....	80
4.2 Ir além dos efeitos: o desafio da tarefa.....	81
CAPÍTULO V METODOLOGIA.....	88
5.1 Delineamento da pesquisa e percurso metodológico.....	90
5.2 Caracterização do campo de pesquisa.....	92
5.2.1 CAPS Ilha de Santa Maria.....	93
5.2.2 CAPS infanto-juvenil de Vitória.....	95

5.3 Instrumentos da Pesquisa.....	97
5.4 Participantes.....	98
5.5 Etapas da pesquisa de campo	102
5.6 Análise e interpretação dos dados	104
CAPÍTULO VI RESULTADOS	107
6.1 A loucura que nos aproxima, a doença que nos afasta.....	107
6.2 Que demanda? Quem demanda?	124
6.2.1 A inversão da demanda.....	127
6.2.2 Oferta e captura	129
6.2.3 Elucidação das necessidades X “a gente é que entende”.....	133
6.2.4 Demandas dos familiares	137
6.3 O encontro.....	149
6.3.1 “Não é terapia familiar”	149
6.3.2 Atender a familiares: insegurança, rivalização e disputa.....	151
6.3.3 Resistindo à possibilidade do encontro	157
6.3.4 Tomada de responsabilidade	159
6.4 Dispositivos de atendimento aos familiares.....	164
6.4.1 A atenção em saúde mental, a desinstitucionalização e a cronicidade.....	176
6.4.2 Foco principal: diagnóstico ou necessidade?	178
6.5 Confiança, vínculo e a diferença	184
CONSIDERAÇÕES FINAIS	199
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	206

INTRODUÇÃO

Desde meados da década de 1980 estou envolvida com trabalho em serviços públicos de saúde mental, como terapeuta ocupacional. Posso dizer que acompanhei de perto as mudanças de paradigma na área – da institucionalização à desinstitucionalização – decorrentes da chamada reforma psiquiátrica brasileira. Iniciei minha vida profissional em enfermagem psiquiátrica, em um instituto de psiquiatria de um hospital escola, em São Paulo. Nessa instituição ainda eram questionadas e, até rejeitadas, as propostas da reforma e predominava a relação de poder entre profissionais e usuários. Além disso, o tratamento do transtorno mental era reduzido ao tratamento médico, sendo as intervenções de outros profissionais suporte à terapia medicamentosa. O transtorno mental, portanto, não era visto na sua dimensão inter e transdisciplinar. A família, neste contexto, era responsável pela internação, contribuía com dados sobre o paciente e era responsável por buscá-lo na sua alta. O serviço não oferecia nenhuma assistência direcionada à família.

Durante três, anos tentei, juntamente com outras terapeutas ocupacionais, transformar o cotidiano institucional, tendo como alvo as relações que destituíam as pessoas internadas de sua condição de sujeito; tarefa nada fácil e bastante frustrante dentro daquele contexto institucional.

Após este período, surgiu a oportunidade de trabalhar na Prefeitura de São Paulo. Isso ocorreu no início da década de 1990, quando o processo de municipalização da saúde resultou na construção de novas políticas de saúde mental voltadas para a transformação do modelo assistencial e implantação de uma rede de atenção, com a criação de hospitais dia, centros de convivência e

enfermarias de curta permanência em hospitais gerais. Participei da implantação de um hospital dia na zona leste da cidade, que tinha como proposta atendimento intensivo a pacientes em crise, no sentido de evitar a internação e, no menor tempo possível, encaminhá-los para serviços ambulatoriais de atendimento (centros de convivência e unidades básicas de saúde).

Naquele momento, o que mais me atraía nessa proposta era o novo perfil relacional entre terapeuta-paciente, serviço-usuário, com características de parceria e co-participação, que despontava como fundamental para superação do antigo modelo. A abordagem do transtorno mental passava a ser inter e transdisciplinar, descentralizando o tratamento em um único profissional, que anteriormente caracterizava o campo psiquiátrico, assumindo uma nova postura que implicava o deslocamento da atenção à doença para a promoção da saúde mental.

Em nossas discussões de equipe entendíamos que a promoção da saúde mental implicava abordar as tensões do entorno da pessoa com transtorno mental. Diante desse desafio, a família passava a ser alvo de intervenções da equipe. Os atendimentos consistiam em grupos de familiares e atendimentos familiares nucleares, que eram atendimentos ao núcleo familiar realizado por duplas de profissionais. Esses espaços terapêuticos eram focados em entender a dinâmica familiar e a partir daí, trabalhar as relações da família e oferecer orientações no sentido de melhorar a convivência com a pessoa com transtorno mental para facilitar a sua melhora da crise. Apesar do entusiasmo da equipe com a proposta, depois de determinado tempo os grupos iam ficando esvaziados, os familiares faltavam aos atendimentos nucleares, levando-nos a diagnosticar a não aderência da família ao tratamento. Os questionamentos sobre isso nos levavam a discussões sobre nossas técnicas de atendimentos e à culpabilização desses familiares. Pelo contato com

outros serviços de saúde mental, sabíamos que esta falta de envolvimento dos familiares com o tratamento não se restringia ao nosso hospital dia. Alguns estudos corroboram esse fato, mostrando a não aderência familiar a esse tipo de proposta de atendimento (Colvero, Ide e Rolim, 2004; Waidman e Elsen, 2005).

Em 1993 fui para Trieste, na Itália, onde vivi durante dois anos, trabalhando como estagiária em centros de saúde mental da cidade. Trieste foi um dos berços do processo de desenvolvimento teórico, político e prático da desinstitucionalização. Muitos estudos relatam esse processo e fundamentam esse movimento, transcendendo o objetivo deste trabalho, porém é importante ressaltar que os trabalhos desenvolvidos pela equipe italiana convidam, sobretudo,

a negar as diversas formas de objetivação do homem, a recusar a reclusão e exclusão como resposta natural e imutável, a buscar a superação das instituições da violência, a arriscar o encontro com o outro na complexidade da existência das pessoas e a inventar novos percursos e novas realidades (Mangia e Nicácio, 2001, pag. 77).

O primeiro desafio que enfrentei, com muita dificuldade, foi o de estar com as pessoas com transtorno mental sem o meu papel de terapeuta me protegendo dessa proximidade. O meu desconforto inicial decorria do fato de não ter uma sala de trabalho, um lugar de enquadre da loucura. Além disso, não era reconhecida pela minha técnica de trabalho como terapeuta ocupacional, mas pela minha disponibilidade em estar junto com a pessoa com transtorno mental e ajudá-la a viabilizar diferentes modos de estar no mundo. Ali, éramos pessoas convivendo em contextos reais de vida, produzindo redes de trocas, inventando formas de circulação pela cidade, transformando o cotidiano conturbado pela loucura. Foi neste processo que fui percebendo que a mudança relacional terapeuta-paciente

preconizada pela reforma psiquiátrica e tão discutida pela minha equipe de trabalho no hospital dia, em São Paulo, nunca havia sido, de fato, colocada em prática. Qual o equívoco que impedia, a uma equipe tão empenhada, a superação do antigo modelo de assistência? Alverga e Dimenstein (2006) trazem discussão interessante que pode nos ajudar na elucidação dessa questão: “as equipes inseridas nos serviços de saúde mental podem, sem dar-se conta, reproduzir a institucionalização e, portanto, afirmar o manicômio...” (p.312). Para os autores, as novas modalidades terapêuticas não garantem por si só a superação do desejo de exclusão e de exploração que carregamos, o “desejo de manicômios” que atravessa o tecido social.

Eles [desejos de manicômio] se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele (Machado e Lavrador, 2001, p.46).

A partir da experiência em Trieste, penso que o processo de desinstitucionalização não implica apenas o entendimento e a colocação em prática das políticas e modelos propostos, mas também a necessidade de reflexão por parte dos profissionais, sobre sua prática cotidiana de assistência à pessoa com transtorno mental e os impactos sobre sua própria subjetividade, não perdendo de vista os “desejos de manicômios” que nos atravessam, que nos tornam refratários às mudanças.

Outro aspecto positivo dessa experiência foi a possibilidade de desenvolver um olhar em relação à família. Em Trieste, nessa época, eram muitas as ações de familiares contra a assistência prestada pelo serviço de saúde mental. Essas ações judiciais requeriam a volta das internações em hospital psiquiátrico. Esses problemas levavam à reavaliação das práticas, que eram explicitadas a nós, estagiários estrangeiros, pelos chefes dos serviços em reuniões semanais. As discussões giravam em torno dos encargos desses familiares e estratégias a serem adotadas pelo serviço no enfrentamento dessa problemática. Participei de curso de capacitação dirigidos aos monitores sobre os encargos familiares e de cursos ministrados aos familiares para ajudá-los no enfrentamento das dificuldades de convivência com a pessoa com transtorno mental; cursos esses que faziam parte das estratégias, resultado da discussão citada.

A intervenção familiar em Trieste, naquela época, restringia-se a orientações de como lidar com os momentos de crise. Essas orientações não se davam por meio de atendimentos familiares, mas pelos cursos, apostilas, livros. O saber da equipe era repassado não por meio da relação terapeuta-paciente em um processo terapêutico, mas de forma educativa. O objetivo era empoderar esses familiares, tornarem-nos autônomos na busca de estratégias de enfrentamento desses encargos. Sobre esta proposta de intervenção, Pessina (1993) aponta:

Uma intervenção externa que interfira na estrutura de conexão do indivíduo-grupo, dificultando ou destruindo a capacidade de auto-organização, pode levar facilmente a uma situação de cronicidade e de dependência. (...) Em relação à família parece mais oportuno reconduzir o aumento de demanda e de qualidade de prestação de serviços, a uma necessidade de integração que sustente a capacidade de resposta das famílias. (pag.12).

De qualquer forma, apesar de saber dos encargos familiares pela minha experiência em atendimentos familiares no Brasil, foi neste momento que eu realmente me sensibilizei em relação a esta problemática. Foi quando comecei a olhar os familiares, ir além do visível, interrogar-me sobre seus movimentos, seus sinais.

Muitas vezes, vemos sem olhar. No nosso trabalho cotidiano estamos acostumados a ver muitos aspectos da questão da loucura e a perseguir objetivos pré-estabelecidos do nosso plano terapêutico, acabando por banalizar a complexidade que envolve a construção da atenção em saúde mental. Lima (2004) ao discutir sobre análise de atividades, procedimento da Terapia Ocupacional, aponta que um olho treinado só decodifica o que já conhece “gerando um processo contínuo de re-conhecimento do que é visto e sua posterior classificação numa grade teórica dada a priori”. Acredito que esta afirmação se aplica as outras intervenções de profissionais da saúde. A autora aponta que se o terapeuta não é capaz de olhar, mas apenas ver, fornecerá apenas diagnósticos para determinadas situações, não sendo capaz de entrar num espaço de troca com seu usuário. Foi justamente a falta de direcionamento de um olhar aos familiares que impedia nosso encontro.

Foi aí que comecei a dar sentido aos esvaziamentos dos atendimentos realizados no hospital dia. As queixas trazidas pelos familiares, em relação às dificuldades no cuidado, as dificuldades financeiras agravadas pelo tratamento demandado, o isolamento social a que eram submetidos, eram, de certa forma, banalizadas pela equipe que, naquele momento, centrava-se nas dificuldades da pessoa com transtorno mental. O familiar ainda apresentava-se como mero

informante do contexto vivido pelo usuário. Penso que a falta de escuta dos encargos familiares por parte dos profissionais, faz com que aumente a distância entre eles e os familiares, não sendo a única razão que dificulta esta proximidade, mas um aspecto importante que envolve a complexidade dessa relação.

É interessante notar que o início dos meus questionamentos em relação à família coincidiu com os primeiros trabalhos sobre este tema no Brasil, meados da década de 1990. Países como a Inglaterra, com o processo de reforma psiquiátrica mais avançada, os trabalhos sobre atenção à família de pessoas com transtorno mental são desenvolvidos desde a década de 1980; na Itália, esses trabalhos se concretizaram alguns anos mais tarde, anos após o início do processo de reforma naquele país. O fato de haver um intervalo de tempo considerável entre o início do movimento de desinstitucionalização e dos trabalhos sobre esse tema, indica que as questões familiares não foram pensadas no início da Reforma Psiquiátrica, mas aparecem como uma demanda desse processo.

De volta ao Brasil, transferi-me a Vitória – ES e logo comecei a trabalhar em um hospital psiquiátrico do Estado. Em consonância com a proposta de desinstitucionalização, este hospital contava com uma enfermaria de curta permanência e unidade de ressocialização. Na unidade de curta permanência, os pacientes permaneciam internados durante a crise e depois eram encaminhados para serviços ambulatoriais. Na unidade de ressocialização eram oferecidos cuidados a pacientes crônicos, moradores, que não tinham vínculos familiares. A proposta de trabalho dessa unidade era ressocializar esses usuários para possível inserção em residências terapêuticas.

Trabalhei durante dez anos na unidade de curta permanência, convivendo com sentimento de impotência e frustração durante todo esse período. As propostas

da reforma não envolviam discussão com os funcionários que apenas executavam as diretrizes traçadas pela coordenação de saúde mental do Estado e pela direção do hospital. Espero não estar cometendo nenhum exagero ao afirmar que ali o trabalho desenvolvido pelos funcionários era alienado e alienante. A reflexão sobre as diretrizes e seu impacto sobre as práticas cotidianas não tinham lugar. As discussões sobre o trabalho se davam em espaços informais, nos corredores. Ali, os encontros eram momentâneos, à margem dos locais convencionais de discussão, onde não éramos convidados a participar. Consistiam mais em desabafos ou trocas de lamentações que mais estagnavam a potência de agir das pessoas, ao contrário de colocá-las em ação para a mudança das diferentes situações vividas.

Bauleo (1988) afirma que o modo como se organiza ou se institucionaliza uma proposta está relacionado ao tipo de resposta racionalizada sobre a visão que se tem de certos problemas e do modo de encará-los. De que forma era vista a loucura nessa instituição? Se a reforma era realizada de forma burocratizada, onde o funcionário não tem participação ativa no processo, o que dizer dos usuários? A reforma nessa instituição era atravancada pelas relações de poder nas relações de trabalho, relações hierarquizadas que refletiam na relação com os usuários. Apesar das boas intenções da direção, de seguirem à risca as diretrizes da política de saúde mental, o manicômio não deixava de existir.

O aparato manicomial, é preciso insistir, não é o hospital psiquiátrico, embora seja a mais expressiva instituição na qual se exercita o isolamento: é o conjunto de gestos, olhares atitudes que fundam limites, intolerâncias e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais (Amarante, 1994, pag. 141).

As ações de atenção ao paciente eram fragmentadas, divididas entre os profissionais. Ao médico cabia medicar, ao psicólogo escutar as queixas, ao terapeuta ocupacional ocupar, ao enfermeiro cuidados básicos e ao assistente social o contato com a família. Aqui, novamente, a família era vista como mero informante. Quem decidia a admissão e alta do paciente, segundo a sintomatologia apresentada, na grande maioria das vezes, era o médico. Essa decisão de alta era pautada na diminuição do estado agudo, da crise, avaliação meramente sintomatológica e a extensão do conflito era ignorado. É importante salientar, que estamos falando de famílias extremamente carentes economicamente, em sua maioria. Os encaminhamentos depois da alta eram para unidades de saúde, em sua maioria com poucos profissionais de saúde mental, que não davam conta da demanda, ou para o CAPS da região, que também não dava conta de atender número de pacientes em número além de suas possibilidades. Era comum o paciente conseguir consulta na unidade apenas 45 dias após a alta. As reinternações eram freqüentes, acontecendo o conhecido fenômeno da *porta giratória* (Geller,1992; Bandeira, Gelinas & Lesage,1998). Junto a isso as recaídas constituíam-se em fonte de estresse para as famílias, que se sentiam despreparadas em lidar com as diferentes situações decorrentes da crise.

Dentre as normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, prevista pela Portaria nº 251/GM do Ministério da Saúde, de 31 de janeiro de 2002, está aquela que prevê, no desenvolvimento dos projetos terapêuticos, o preparo para o retorno à residência e à inserção domiciliar em 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 princípio, é previsto, portanto, dentro das diretrizes e normas da assistência em saúde mental, o apoio à

família no momento da alta. É importante notar que essa portaria se limita a enfatizar a importância da família para garantir a continuidade dos cuidados à pessoa com transtorno mental fora da internação, porém, não especifica redes de apoio e estabelece padrões mínimos de qualidade assistencial. Rosa (2005) aponta que, embora essa portaria não limite tais serviços a esse mínimo, na tradição brasileira de gestão o mínimo tende a se transformar em máximo. Em relação à oferta do mínimo pela assistência, Melman (2001) afirma: “Diante do tamanho da complexidade da tarefa, corremos continuamente o risco de reduzir e empobrecer a demanda de nossa clientela, oferecendo-lhe somente os recursos mínimos já consagrados e institucionalizados. Penso que as pessoas desejam e precisam mais, muito mais” (pag. 149).

De qualquer maneira, exige-se que todos os serviços assistenciais em psiquiatria tenham uma abordagem voltada para a unidade ou o grupo familiar.

As reais demandas desses familiares em relação aos serviços de saúde mental ainda estão por ser elucidadas e analisadas, assim como os dilemas enfrentados pelos profissionais na inclusão da família nos projetos terapêuticos e na assistência da pessoa com transtorno mental. Diante de tais fragilidades nessa relação, e sem que os impasses sejam enfrentados e resolvidos, os serviços e as propostas da Reforma Psiquiátrica permanecem expostos a certas críticas que muitas vezes colocam em risco sua legitimação social.

É necessário qualificar as discussões já freqüentes a respeito da desinstitucionalização e do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil para não colocar em risco as conquistas feitas até o momento. A análise sobre o que as famílias esperam dessas instituições e sobre quais as suas expectativas de ajuda, diante do seu sofrimento, de suas limitações e de suas dificuldades no convívio com

o paciente pode ser elemento importante a ser considerado na organização dos serviços de saúde mental.

Na minha experiência nesse hospital psiquiátrico, eram muitos os pedidos de familiares para serem mantidos internados, pacientes em condições de alta. Ao não serem atendidos nesta demanda, muitos familiares recorreram à justiça em busca de internações compulsórias para a pessoa com transtorno mental. Até a minha saída da instituição, quatro anos atrás, trinta por cento das internações na Unidade de Curta Permanência eram oriundas de ordens judiciais.

Essas ordens judiciais constituíam-se em ordens expressas para internação, em quaisquer condições, ou com o médico ou com o diretor do hospital sendo ameaçado de prisão se não atendesse ao mandado do juiz. Não tinham como objetivo a avaliação médica da necessidade de internação ou da adequação da instituição para oferecer tratamento necessário, mas recorriam aos estigmas da pessoa com transtorno mental, de periculosidade e de incapacidade, somado aos encargos familiares, para justificar a necessidade de internação. Não tinham, portanto, o objetivo de defender o direito do usuário, mas o direito da família em não assumir o cuidado de seu ente com transtorno mental.

O artigo 6º da Lei nº 10.216/2001 determina que a internação psiquiátrica somente seja realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. A medida de segurança em relação a pessoas com transtorno mental sai da esfera da segurança pública e passa a constituir-se assunto de saúde pública. Com o advento dessa lei, as equipes de saúde mental passariam, portanto, a ter autonomia na condução do tratamento dispensado à pessoa com transtorno mental, inclusive nos casos de internação compulsória. Porém, o poder judiciário tem se utilizado da internação compulsória baseando-se a demanda no Direito da Família.

Diante das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, esse fato se torna uma ameaça à continuidade do processo que assegura a desconstrução da instituição manicomial no Espírito Santo e em outros Estados do país, que vivem esta mesma situação. A determinação judicial traz um retorno à forma tradicional de tratar a pessoa com transtorno mental por meio da internação em hospitais psiquiátricos. A proposta da atenção em saúde mental pautada pelos dispositivos da lei 10.216/01 está sendo ameaçada.

Além do clima adversarial entre a justiça e os profissionais de saúde, cada um julgando-se certo em suas posições: por um lado, o juiz julgando estar protegendo o direito da família, por outro, o profissional de saúde querendo ter respeitado o seu conhecimento técnico e resguardar o direito do usuário em ser incluído na vida extra-hospitalar, acontecia também o acirramento da relação dos profissionais com as famílias. Essas famílias sentindo-se desamparadas de um lado e os profissionais culpando-as pelo abandono dos usuários de outro. Pesente (2009) pesquisou sobre a internação compulsória e chamou de simplista uma análise que aponte, em primeiro plano, a culpabilização dessas famílias por sua atitude de “abandono”. Na perspectiva do estudo realizado pela a autora, antes de serem considerados culpados por abandonar seus entes com transtorno mental, os familiares são os primeiros abandonados.

Na década de 1990, pesquisa realizada em pronto socorro psiquiátrico na cidade de São Paulo (Tsu, 1994) constatou que a imensa maioria dos acompanhantes entrevistados desejava a internação do paciente, mas apenas pequena parcela de familiares solicitava internação com finalidade de tratamento. A maior parte, ao contrário, desejava que o paciente fosse afastado de casa. Na opinião da autora, os asilos são fechados para abrir serviços mais humanos na

assistência à pessoa com transtorno mental; porém, nada é feito no que se refere às condições sociais de vida geradoras de intenso sofrimento mental. Nessa situação, a família passa a exercer pressão sobre a instituição psiquiátrica no sentido de que não deixe de assumir a custódia do paciente. A questão envolve pesados encargos que, ainda de acordo com a autora, na tentativa de modernização, são simplesmente transferidos para a família. Esses familiares, em sua maioria de baixa renda econômica, são despreparados para prover o cuidado domiciliar e, sem base de apoio e suporte social, lutam, como estratégia de sobrevivência, por uma vaga de internação, fazendo pressão para que a instituição psiquiátrica mantenha a custódia do paciente.

Trabalhos mais recentes confirmam essa tendência de os familiares atribuírem ao Estado a responsabilidade do cuidado à pessoa com transtorno mental. Esse dado é decorrente do fato de as famílias sentirem-se desamparadas nas dificuldades em prover cuidados, sem base de apoio e suporte social (Rosa, 2003; Campos & Soares, 2005; Pegoraro & Caldana, 2006).

É justamente o desenlace dessa situação, que coloca em discussão o processo de desinstitucionalização e as resoluções das diretrizes que regem a chamada reforma psiquiátrica brasileira, resultado de pressão dos familiares que se sentem desamparados pelos serviços de saúde mental, que me instigou e me levou a esta pesquisa sobre relação entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. Essas questões que norteiam a pesquisa são referentes aos fatores que impedem esse encontro e as possibilidades desta relação.

Assim, este estudo tem como objetivo geral compreender a relação entre familiares de pessoas com sofrimento psíquico e os profissionais de saúde mental.

Como objetivos específicos conhecer:

- a visão de loucura de familiares e profissionais de saúde e a relação que estabelecem com essa alteridade;
- as concepções de tratamento/demanda para os profissionais de saúde mental;
- a visão dos familiares da assistência que idealizam e da assistência que recebem dos serviços de saúde mental;
- a implicação de familiares com as questões decorrentes do cotidiano partilhado com seu ente com transtorno mental;
- a visão dos profissionais de saúde quanto aos encargos familiares;
- os dispositivos de tratamento oferecido aos familiares de pessoas portadoras de transtorno mental pelos serviços de saúde mental;
- o significado atribuído pelos profissionais à resistência de familiares aos atendimentos oferecidos.

Essa pesquisa se estrutura em sete capítulos que indicam o caminho percorrido no desenvolvimento do estudo, no enfrentamento das questões e seus desdobramentos.

O primeiro capítulo trata sobre a constituição da loucura como alteridade, sua apreensão através da doença mental e o impacto para os familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde mental. Além disso, introduz a discussão sobre o atravessamento de modelos e valores na relação com a alteridade. São definidos os conceitos de moral e ética que serão referência neste estudo.

O segundo capítulo define a produção de subjetividade como referencial utilizado para abordagem dos sujeitos envolvidos. Por meio de levantamento de produção teórica a respeito de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde mental são discutidos fatores que compõem os campos existenciais desses sujeitos.

O capítulo três traz um levantamento sobre modalidades de cuidado dispensado aos familiares de pessoas com sofrimento psíquico a partir do processo de desinstitucionalização.

O capítulo quatro delimita o objeto de estudo da pesquisa, ou seja, o encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico, articulando-o com conceitos da filosofia de Espinosa, que servem de referência para análises do estudo.

O capítulo cinco traz uma breve discussão sobre a atividade científica e traça o delineamento da pesquisa e o percurso metodológico. A seguir, o capítulo seis apresenta os resultados do estudo, com a apresentação organizada em núcleos de sentido, como: relação dos profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico com a loucura/doença mental; apresentação da demanda/oferta/necessidade na relação estabelecida entre estes sujeitos; dispositivos de atendimento aos familiares e dificuldades enfrentadas no encontro entre profissional e familiar; os afetos gerados, a confiança e o vínculo entre eles e entre os familiares e a instituição.

As considerações finais, já na perspectiva dos familiares e profissionais de saúde mental, apresentam uma síntese das discussões e análises do panorama desse encontro. Ressaltam as dificuldades em relação à alteridade e moralização da relação, assim como, a partir de uma leitura espinosana, indica o conhecimento da

causa dos afetos gerados nesta relação, juntamente com paixões alegres, que despontam na relação, como possibilidade de formação de noção comum, aumentando a potência de agir destas pessoas. Além disso, levantam questão para outras pesquisas na área.

CAPÍTULO I

ALTERIDADE E LOUCURA

A exclusão e a lógica manicomial estão presentes não apenas nos dispositivos psiquiátricos, mas também nas relações sociais com a loucura. A loucura e o louco despertam uma série de respostas nas pessoas de seu meio social. Essa discussão traz para um primeiro plano o cerne dessas relações, a alteridade, já que as ideias de convívio com a diferença e da cidadania, tão defendidas dentro da proposta de desconstrução do modelo manicomial, estão associadas ao reconhecimento e ao respeito pelo outro. Analisando esse “outro” pela via do campo da subjetividade, Rolnik (1995a) toma alguns conceitos da física como base (caos e equilíbrio) e desenvolve a ideia do outro nos planos visível e invisível. No plano visível da alteridade, o outro seria tudo aquilo exterior a um eu, que se apreende pela percepção. Partindo do princípio de que a realidade não se constitui apenas pelo visível, a autora analisa o outro também na dimensão invisível. Essa dimensão nos arranca permanentemente de nós mesmos, na medida em que rompe o nosso equilíbrio e nossos contornos identitários. O contato com a produção de diferença nos levaria a essa dimensão do invisível, que nos desestabiliza e nos coloca a exigência de criarmos um novo corpo, uma nova forma de sentir, de pensar e de agir. Assim, segundo a autora, cada vez que encarnamos uma diferença nos tornamos outros. Desse ponto de vista do invisível, a alteridade é o próprio caos e a tendência é viver um mundo sem alteridade, no equilíbrio, mantendo os corpos na sua atual configuração, cada um ocupando um lugar e uma função no todo.

Assim, o pensamento modelar ocidental tende a negar a alteridade, na tentativa de fixar um suposto equilíbrio. Morin (2008) esclarece que o equilíbrio é um estado aparente de estabilidade e de continuidade. Fazemos parte de um sistema aberto de trocas de fluxos energéticos que nos alimentam por meio de trocas com o mundo exterior, o que nos diferencia de uma pedra ou de uma mesa, por exemplo. Tendemos a nos fechar ao mundo exterior a fim de manter a estabilidade, a ordem. Porém, é o desequilíbrio que permite ao nosso sistema manter-se em aparente equilíbrio, ou seja, o equilíbrio aparente pode degradar-se se o sistema é fechado. Assim, necessitamos da desordem e da desestabilização.

A ordem e a desordem não se contrapõem, colaboram para nossa organização, são inerentes à vida. A ordem contém a desordem, sendo que a imanência da ordem, o caos. “Logicamente, o sistema só pode ser compreendido incluindo-se nele o meio, que lhe é simultaneamente íntimo e estranho e faz parte dele próprio sendo-lhe sempre exterior” (Morin, 2008, pag. 33). No entanto, resistimos ao que nos é estranho, ao que supostamente ameaça nossa identidade.

A loucura nos desestabiliza, faz-nos perder os contornos nos quais nos reconhecemos. Assim, a tendência é não absorver ou reduzir a diferença, imprimindo a essa alteridade uma “mesmice”. A diferença é esmagada, simplificada, separada daquilo que está ligada e unificada naquilo que está dispersa. “Uma visão simplificada linear tem todas as hipóteses de ser mutiladora” (Morin, 2008, pag. 119). Afirmar a loucura é aceitar uma contradição; é aceitar que a harmonia que nos rodeia está ligada à desarmonia.

Pensar a loucura como uma possibilidade é deixar de pensar essa alteridade como fonte de destruição, deixando de ser ameaça, suportando a violência das diferenças sem associá-la ao perigo da desintegração. Para isso, é necessário

permitir uma abertura do campo do pensamento, deixar de lado o eu naturalizado, uma consciência totalitária dominada pela tendência a não se deixar desestabilizar pelas diferenças. “É somente quando a consciência se deixa desestabilizar pelas diferenças que se ativa no pensamento a potência de alcançar o invisível” (Rolnik, 1995a, p.6). É aceitando o estranhamento que poderemos abrir espaço para um encontro com a loucura, de reconhecê-la e, talvez, de nos reconhecemos nela.

Focando na relação da pessoa com transtorno mental e seus familiares, podemos destacar a dificuldade de conviver com a produção de diferença que se instala nessa relação. “(...) a doença não reside isolada e culpabilizante, dentro do sujeito, mas no território virtual que é a interação dos membros da família” (Saraceno, 1999, p. 102). Os familiares inicialmente tendem a atenuar o “comportamento diferente” no sentido de suportar e relativizar a sua gravidade. Na medida em que essa convivência vai se tornando insustentável, marcada pelo desconforto da imprevisibilidade, tendem a identificar o que é diferente, estranho e incomoda e buscar entendimento por meio da doença (Colvero, Ide & Rolim, 2004). Dão sentido a esses comportamentos pela doença mental e a partir daí buscam entendê-la. Na tentativa de normalizar o estranho, passam a classificar os comportamentos desviantes, encerrando essa realidade em um sistema coerente. Tudo que contradiz esse sistema coerente é colocado de lado, inclusive o louco em sua subjetividade. Esse mesmo mecanismo de apreensão da loucura tende a ser reproduzido no meio social. O sujeito do comportamento diferente passa a dar lugar ao louco, que não tem lugar, que deixa de ser sujeito.

Para garantir o trabalho no sentido de desconstrução do paradigma dominante da psiquiatria, ou seja, da periculosidade social que o louco representa, a família deve ocupar um lugar significativo, de protagonista, no processo de inclusão

do sujeito e sua loucura no corpo social. Assim, a família poderá vir a ser um agente de transformação da cultura manicomial, trazendo a diferença como possibilidade e enriquecimento das relações entre os sujeitos (Melman1999)

Para os familiares, é difícil suportar toda a turbulência que passa para o campo visível, decorrente do convívio com a diferença e a falta de compreensão de que o “caos é fatal quando nos recusamos a admiti-lo em sua positividade” (Rolnik, p.10). Esse tipo de subjetividade que aí se instala seria o que Rolnik (1995a) aponta ser construído na base da desmobilização do caráter processual da existência: “ (...) surdo ao apelo de invenção de sentido, quando é isso o que se impõe para garantir a potência criadora da vida, esse tipo de subjetividade agirá mobilizado pela vontade de sabotar todo e qualquer movimento de criação” (p.9). A partir daí, a vida fica acuada, e aí sim há grandes chances de se produzirem situações devastadoras. Segundo a autora, a qualidade de vida tem relação com a potência criadora, e essa só é possível quando se encontram modos de expressão para a diversidade. Esses modos de expressão para as diferenças parecem ser uma grande dificuldade entre os familiares.

Envolver os familiares no encontro com a loucura implica um processo de abertura dessa família para os fluxos criativos que a atravessam nas suas relações. A inserção do louco, a restituição de sua posição de sujeito dentro da família não significa apenas criar um espaço dentro dela, mas também encontrar um lugar para a loucura dentro de cada um de seus componentes.

Em relação aos profissionais de saúde mental, também eles apresentam suas dificuldades em se tratando da alteridade. Muitos não lidam e não aceitam essa alteridade, por se tratar de um outro muito diferente em relação a seus valores, pensamentos e ações. Um profissional de saúde diante de familiares de pessoas

com sofrimento psíquico pode ver apenas desorganização e desestruturação por se tratar de uma realidade diferente de supostos modelos. Diante de uma demanda diferente da verdade internalizada por esse profissional, ele pode reagir culpabilizando e despotencializando o outro (Andrade, 2007).

1.1 Modelos, valores e a afirmação da alteridade

Existem modelos morais universais que participam ativamente para imposição de modelos ideais, valores e comportamentos dentro da família e fora dela. Essas interações e intervenções baseadas em valores morais põem em prática a negação da diferença; estabelecem-se de forma verticalizada, concebendo o outro pela falta de algum atributo esperado dentro do modelo de referência.

Para ir adiante nessa discussão, faz-se necessária uma delimitação do conceito de moral e ética que será utilizado para as análises propostas nesse estudo.

Os conceitos de ética e moral são utilizados, em muitos estudos, como sinônimos, de emprego intercambiável, ambos referindo-se ao conjunto de normas e regras que o sujeito deve seguir. Porém, de forma geral, os autores diferenciam esses conceitos. La Taille (2006) aponta que a convenção mais adotada para diferenciar o sentido de moral e ética seria atribuir ao primeiro conceito o fenômeno social e para o segundo a reflexão filosófica ou científica sobre ele. Para o autor essa diferenciação é apenas uma convenção e cita outra possível, a que estabelece uma fronteira entre as esferas privadas e públicas. Nesta perspectiva o conceito de moral está relacionado às regras que valem para as relações privadas (para ser um bom pai ou boa mãe, por exemplo), e o conceito de ética às regras que regem o

espaço público (códigos de ética que regem comitê científico e instituição profissional, por exemplo). O autor destaca que está ocorrendo uma inflação contemporânea no emprego da palavra ética em detrimento do emprego da palavra moral. Esta última se tornou suspeita por falar de normas, porém as atuais referências à ética também tratam de deveres.

Ao contrário de referências que assumem a sinonímia entre esses conceitos, nesse estudo, moral e ética serão formas de dimensões distintas das relações entre as pessoas.

O conceito de moral utilizado nesse estudo é aquele a que se refere um conjunto de valores e regras apresentadas aos membros de uma dada sociedade (indivíduos e grupos). Essas normas são determinadas de forma explícita ou implícita por aparatos prescritivos como, por exemplo, a família, instituições e profissionais de saúde, alvo dessa discussão.

Diante das regras, das leis e das normas sociais propostas, está o homem. O homem moral vê o mundo a partir da perspectiva do certo e do errado, do bem e do mal. É importante considerar que o homem moral faz parte do desenvolvimento da subjetividade e é essencial para nossa sobrevivência. Faz parte de uma transição essencial: do ser obediente, do acovardado pela lei, ao homem que define sua posição em relação ao preceito que segue. Para Rolnik (1995 a)

O homem da moral que nos habita é o vetor de nossa subjetividade que transita no visível: é ele que conhece os códigos, isto é, o conjunto de valores e regras de ação vigentes na sociedade em que estamos vivendo; ele guia nossas escolhas, tomando como referência tais códigos - daí porque chamá-lo de 'moral'. É o homem da consciência: o operador de nosso funcionamento no mundo vigente, e enquanto tal é essencial para nossa sobrevivência (p.7).

O homem moral é concebido por Kant (1793/1980) a partir de princípios universais, sendo que as situações particulares são abstraídas para serem alcançadas as condições ideais de moralidade do homem. Nessa concepção, as leis são válidas para todo sujeito humano.

O conceito de ética que será adotado nesse trabalho afasta-se da concepção do sujeito obediente a leis universais, categóricas. Valoriza a relação do sujeito com a potência de ação, na busca de uma “estética de existência”, termo utilizado por Foucault (1984), que se refere fazer da própria vida uma obra de arte, com toda singularidade envolvida no conceito “obra de arte”.

Por estética da existência, há que se entender uma maneira de viver em que o valor moral não provém da conformidade com um código de comportamentos, nem com um trabalho de purificação, mas de certos princípios formais gerais no uso de prazeres, na distribuição que se faz deles, nos limites que se observa, na hierarquia que se respeita (p.103).

A concepção adotada aproxima-se da ética de Espinosa (1677/2007). É a ética que se contrapõe a valores e modelos a serem seguidos e valoriza o modo singular de existência pautados no bom/mau. Substitui o bem x mal universais por bom x mau contratuais. A concepção de homem não mais baseada em uma essência por uma concepção baseada na potência. O bom acontece quando nossa potência é aumentada no encontro com outro corpo. O mau resulta da decomposição de nosso corpo no encontro com o outro. Portanto o bom e o mau relacionam-se ao que convém e o que não convém à nossa natureza.

O bom e o mau, além do sentido objetivo exposto anteriormente, assumem outro sentido, o de qualificar tipos de existência do homem. Assim, classificam dois tipos: o *bom* é aquele que, ativamente, vai à busca de encontros que convém à sua natureza, que combina com ela e que aumenta a sua potência. A bondade está relacionada ao dinamismo e à potência. O ser bom está relacionado a ser livre, razoável, forte. Ao contrário, o *mau* é aquele que vive ao acaso dos encontros e que, passivamente, aceita o sofrimento e as conseqüências dessa forma de existência, reagindo apenas quando lhe é revelada a sua própria impotência. É o sujeito fraco, escravo ou insensato (Deleuze, 2002). Chauí (2005) aponta que este sujeito é contrário a si mesmo e contrário aos outros, tendo como desejo mais intenso o de apropriar-se do outro e de seu desejo. Por outro lado, a vida ética consiste em passar da fraqueza à força, na relação com o outro. “Em contrapartida, na ação e na liberdade, os humanos se descobrem como concordantes e, sobretudo, que sua força para existir e para agir aumenta quando existem e agem em comum...” (Chauí, 2005, p. 66).

Para Espinosa, a ética está relacionada à potência e não ao dever. Assim, a pergunta a ser feita é de que se é capaz, e não o que se deve fazer (Deleuze, 2002).

Rolnik (1995 a) aponta que, na atualidade, nossa subjetividade estaria deixando de se limitar ao vetor homem da moral, guiado pelos códigos, pela consciência, e estaria ativando o que a autora chama de “homem da ética”. O homem da ética seria aquele que nos habita e que escuta as reverberações das diferenças e nos leva a tomar decisões que encarnem tais diferenças em um novo modo de existência, guiando nossas escolhas e tendo como critério a afirmação da potência criadora da vida. Perceber a vida como com suas múltiplas forças em expansão é recusar as explicações causais lineares, é ter a diferença como

fundamento, além dos aspectos instituídos pela moral. Viver uma subjetividade restrita ao homem da moral é ter acesso apenas ao visível e reconhecer a alteridade como anunciadora de um perigo de desintegração de uma suposta identidade e, a partir daí, defender-se dela numa vã tentativa de manter a ordem como parâmetro fundamental.

A existência, para uma subjetividade restrita ao homem da moral, é relacionada a valores transcendentais que são inquestionáveis, têm apenas um sentido. Assim, as leis são tomadas por um “deve-se”, como verdades eternas. “Ora, basta não compreender para moralizar” (Deleuze, 2002, p. 29). Assim, essa subjetividade fica articulada a modelos morais universais e passa a modelar, apreciar por meio de características externas, condenar e julgar os atos. “A imanente expressão da vida é negada/aprisionada por transcendentais de estabilidade, essências verdadeiras e modelos de julgamento” (Andrade, 2007, ¶ 65).

A psiquiatria contribuiu para instaurar normas que estabeleciam as formas de lidar com o corpo e com outras pessoas. As instituições psiquiátricas foram atravessadas pela moral. É essa forma de subjetivação que legitimou o primeiro modelo de tratamento dispensado aos loucos no início da prática psiquiátrica, com Pinel na França e Tuke na Inglaterra: o tratamento moral. Assim, era necessário isolar o doente mental em um meio que pudesse fazê-lo retornar a uma vida mais “natural”, dentro das regras e normas que o permitissem conviver socialmente. Esse primeiro modelo ainda está presente em algumas práticas de saúde, ainda que de forma velada. Ainda persistem tratamentos que visam antes de tudo à eliminação dos sintomas e serviços de assistência em saúde mental que fazem a manutenção da ordem, oferecendo aos pacientes como única possibilidade a identificação pela dor,

levando-os a construir um estereótipo de doente mental segundo o qual se conduzem quase que automaticamente em sua vida cotidiana.

Para o exercício da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, tão reivindicada pelo chamado Movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, é necessário abrir-se para a ética no sentido da afirmação da alteridade na sua dimensão invisível, de atingir-se essa condição que nos obriga a nos diferenciar de nós mesmos e a aceitar o desconhecido e a incerteza criadora. É um processo que não se limita à ampliação dos direitos sociais civis e políticos. Trata-se de uma ruptura com o pensamento modelar ocidental que, ao incorporar valores morais, acovarda, subjuga o outro e nega sua potência de agir. A cidadania a ser conquistada é aquela livre para normatizações próprias, que traz a experimentação da vida, e a afirmação da diversidade como ponto de partida para ações criativas e transformadoras.

Em relação aos familiares, Melman (2001) aponta que a psiquiatria participou ativamente do processo, em conjunto com outras instituições, para que a família fosse condicionada a regras da moralidade, a partir do modelo ideal de “boa” família. Segundo o autor, envolver os familiares no processo de tratamento implica abrir os fluxos criativos que atravessam a família nas suas relações. Para envolver a família nesse processo é necessário abrir os serviços de saúde mental para elaboração de novas práticas.

CAPÍTULO II

MODOS DE SUBJETIVAÇÃO DE FAMILIARES DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO E PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Pode-se afirmar que os participantes deste estudo são os familiares e os profissionais de saúde mental. Porém algumas questões fundamentais devem ser esclarecidas antes de se avançar na proposta do estudo. A quais familiares de pessoas com sofrimento psíquico e quais profissionais de saúde mental estou me referindo? Ou mesmo: a qual familiar e a qual profissional? Os familiares de pessoas com sofrimento psíquico (o mesmo se aplica para os profissionais de saúde mental) podem ser abordados como um único objeto de investigação, como unidade abstrata que vai além dos indivíduos que a compõe?

Num primeiro momento, a tendência é pensar no indivíduo que faz parte dessa unidade maior, que é o ser profissional ou familiar, tomando-o como expressão dominante da subjetividade. Benevides (1996) esclarece que desde o século XVIII, “O indivíduo” ganha força, dominando a expressão da subjetividade.

Este modo, composto por linhas diversas – o liberalismo político ascendente; o romantismo valorizador das expressões de ‘cada um’; o êxodo de grande parte da população do campo para a cidade e a instauração de uma nova utilização do corpo nas relações de trabalho; a mudança entre o domínio público e o privado; a criação de novos equipamentos sociais, difusores de ideais da burguesia ascendente, etc. – passa a se apresentar em diferentes práticas sociais produzindo objetos e sujeitos conformes a este mesmo modo. Dessa forma,

encontraremos os diferentes saberes recortados por este 'modo indivíduo' (p. 98).

A autora alerta que tomar como referência o grupo como uma unidade ou o indivíduo como elemento básico dessa unidade maior, não muda em nada a perspectiva de abordagem. Em ambas as perspectivas o foco acaba sendo a unidade, o indivíduo irreduzível às suas partes. Seria uma visão una e total a definir tanto "A unidade maior" quanto "O indivíduo".

Essa forma de abordagem do sujeito que pretende dar conta de uma totalidade única leva a uma visão que pressupõe uma suposta natureza humana, sendo o sujeito individual sempre universal. Teixeira (2001) explica que essa concepção de sujeito é baseada na filosofia de Descartes, que busca nesse sujeito aquilo que é idêntico a todos os outros sujeitos: a razão humana. Encontra-se nesta concepção a cisão corpo/espírito, em que o espírito é universal.

Na busca pelo universal, pela invariância, estabelece-se uma relação hierarquizada em que há a separação entre o sujeito que olha e a unidade maior, o indivíduo que compõe esta unidade, que se oferece como um dado a ser observado. Separação do sujeito e do objeto. Quando se admite essa separação e a primazia do primeiro sobre o segundo são privilegiados significados pré-estabelecidos, que estão fora da relação entre os seres, uma transcendência. Seria uma apreensão do objeto em seu estado já constituído (Benevides, 1996).

Assim, é necessário esclarecer que ao se tratar de familiares e de profissionais de saúde, não será feita uma abordagem centrada nos indivíduos, em cada profissional ou em cada familiar, nem mesmo estaremos abordando-os como unidades: os familiares ou os profissionais. Também não se buscarão universalidades ou totalidades na forma desses atores se conduzirem. Outro ponto

importante a esclarecer, com base nas discussões já apresentadas, é que a forma de abordagem não separará o sujeito de seus objetos, ao contrário serão considerados acoplados em vários momentos.

Para dar conta dessa tarefa, será utilizada como referência a subjetividade, ou mesmo os processos de subjetivação (Deleuze, 2000), que pergunta pelas condições de produção do sujeito, que se coloca anteriormente à individualização. O sujeito, nesse caso, perde a estabilidade identitária, “vira pele, fronteira” (Leite & Dimenstein, 2002). O conceito de subjetividade utilizado não é, portanto, aquele que se limita a um modo de ser, que traça um perfil imutável, que separa o interior, representado pelo mundo interno do sujeito, e o exterior, representado pela dimensão social.

A subjetividade aqui referida é aquela habitada por meios variáveis de forças e fluxos: meio familiar, profissional, sexual, econômico, político, cultural, etc. Assim, os meios variam ao longo do tempo e fazem entre si diferentes combinações, configurando-se diagramas de forças. O surgimento de novos diagramas vão configurando uma dinâmica de onde emergem modos de existência. Cada modo de existência irá colaborar para o delineamento do perfil de uma determinada figura da subjetividade (Rolnik, 1995a). Ela é centrada na multiplicidade de processos que a modelam, sendo produzida por eles. Diferente da forma de ver a subjetividade como algo estático, centrado no indivíduo, com uma delimitação bem definida e, portanto, previsível, a subjetividade aqui referida é produzida em uma dinâmica que varia de acordo com variações temporais, pelas inúmeras combinações de forças e fluxos, de modos de existência. É uma produção vinculada a seu tempo, circunscrita historicamente.

Nesse sentido, o indivíduo não é o único que determina a subjetividade. O indivíduo situa-se no entrecruzamento desses múltiplos vetores. A subjetividade é, portanto, modelada por processos que não se dão apenas no indivíduo, mas também por processos coletivos e sociais que o atravessam. Assim, as instâncias individuais juntamente com as instâncias coletivas e institucionais produzem a subjetividade. Guattari (1992) propõe como definição de subjetividade: “o conjunto das condições que torna possível que instâncias individuais e/ou coletivas estejam em posição de emergir como território existencial auto-referencial, em adjacência ou em relação de delimitação com uma alteridade ela mesma subjetiva” (p.19).

Como se dá a relação eu/espço interno, individual e mundo/social na constituição da subjetividade? Rolnik (1995b) enfatiza que o dentro e o fora não são meros espaços separados que delinea um perfil, mas são indissociáveis e paradoxalmente inconciliáveis.

O dentro detém o fora e o fora desmancha o dentro. Vejamos como: o dentro é uma desintensificação do movimento das forças do fora, cristalizadas temporariamente num determinado diagrama que ganha corpo numa figura com seu microcosmo; o fora é uma permanente agitação de forças que acaba desfazendo a dobra e seu dentro, diluindo a figura atual da subjetividade até que outra se profile (p. 307).

A dobra a que a autora se refere é um conceito que visa ultrapassar o dualismo de uma exterioridade absoluta e de uma interioridade unificada, localizando as dobras e curvaturas pelas quais passam o ser e que vão representando modos de existência que compõem a subjetividade. Abandona-se, enfim, a dicotomia eu - mundo.

Ao mesmo tempo, é preciso esclarecer que a noção de dobra deixa em aberto possibilidades de transformação e criação do sujeito que pode criar linhas de fuga aos saberes e poderes do processo de subjetivação e produzir diferença. O sujeito tem a possibilidade de ser ator nos processos sociais em que está envolvido. Assim, os modos individuais de expressão se ligam ao campo social e em função desse campo, é possível fazer escolhas, pensar, tomar decisões.

A proposta desse estudo é tratar de componentes do processo de subjetivação de familiares de pessoas com sofrimento psíquico e de profissionais de saúde mental que, em seu cruzamento, geram como efeito o desencontro. Seria acompanhar os fatores que colaboram no sistema de modelização da subjetividade do familiar da pessoa com transtorno mental e na subjetividade do profissional de saúde mental, os quais acabam por traçar cartografias a partir das quais esses indivíduos se posicionam em relação a seus afetos.

Em que condições e com que características se organizam o campo de experiência de familiares de pessoas com sofrimento psíquico e de profissionais de saúde mental? A seguir serão analisados componentes (processos e complexos) que acabam por colaborar nos modos de existência, nos “territórios existenciais” desses atores.

2.1 Considerações sobre o território existencial dos familiares de pessoas com sofrimento psíquico

O que é ser familiar de uma pessoa com transtorno mental? Como o contexto brasileiro compõe a subjetividade desses familiares? Quais são os componentes de

contexto, que em seu cruzamento, instauram uma interioridade que emerge como "território existencial" desses atores?

O termo território existencial referido nesse estudo é um campo aberto atravessado por inúmeros vetores. É o espaço, o campo de experiência que dá sentido à existência em um dado momento. É um sistema percebido no qual o sujeito se sente "em casa". Ele é composto por projetos e representações que resultarão em uma série de comportamentos, de investimentos nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (Guattari & Rolnik, 2005).

O território abre-se para todos os lados, é atravessado por inúmeros vetores de escape tornando-o móvel e aberto. Por isso, é importante ressaltar que o território permite certa movência e abertura que torna possível sua construção e desconstrução dentro de uma dinâmica de produção subjetiva do meio em que se vive.

A família constitui um campo de relações entre pessoas que passam por inúmeras transformações durante os tempos. É socialmente atribuído a ela o papel de procriar e criar filhos saudáveis que possam assumir a vida em coletividade. Situações inusitadas podem acontecer no seu percurso que podem afastá-la desse projeto e trazer outras experiências existenciais. Quando um membro da família apresenta transtorno mental grave, o núcleo familiar passa a conviver com uma série de abalos e desestabilizações que demandam a criação de novos territórios existenciais. Como discutido anteriormente neste trabalho, a convivência entre a pessoa com transtorno mental e seus familiares, em um primeiro momento, é marcada por tentativas de atenuar o comportamento diferente, de preservar o espaço de conforto dado por aquilo que é conhecido, que faz parte das referências do grupo. A imprevisibilidade faz parte da aventura da processualidade inerente à

vida (Rolnik, 1995b), porém, o estranho, o inédito, trazido pela loucura dentro da família, gera um desconforto que pode ir tornando a convivência insustentável. Aparecem linhas de fuga no sentido de evitar o mal estar vivenciado neste movimento existencial de mudança de composição que a loucura está provocando nessa família.

Uma das saídas para evitar o desconforto trazido pela loucura, que ameaça um suposto equilíbrio, é apreendê-la. A apreensão da loucura é realizada pelo meio social, mas pode começar no espaço de interação dos membros da família. Aquele que não pensa e age como os outros, é um Outro em relação aos outros (Castro, 2009). Atribuir algum sentido à ausência ou à oposição de sentido que traz a loucura, não é uma tarefa fácil. Porém, na época atual, a doença mental aparece como resposta a essas indagações, servindo para identificar a loucura. Assim, os comportamentos do louco são observados como resultado da doença. “Não é porque se está doente que se é alienado, mas na medida em que se é alienado, se está enfermo.” (Foucault, 1954, citado por Castro, 2009, p. 261). A doença seria consequência das contradições sociais. A loucura como doença passa a fazer parte dos componentes do território existencial desses familiares. Porém reconhecer o louco como doente é atribuição do médico, da psiquiatria.

Foucault (1995) nos mostra que a identidade entre loucura e a doença mental passa por uma constituição histórica e é muito recente na história do pensamento ocidental. Segundo esse autor, só a história permite descobrir as condições de possibilidade do aparecimento da loucura no âmbito do patológico. De expressão de uma realidade de um outro mundo, no Renascimento, passa a ser desrazão na Época Clássica até caracterizar-se como doença mental na Modernidade. A partir de identificada como doença, a loucura passa ser classificada e controlada pela

psiquiatria que, segundo denunciado pelos movimentos de desinstitucionalização, tem como referência na noção de “desvio”, o juízo de valor que serve ao controle e à normalização social.

Muitos estudos relatam e fundamentam o processo de constituição do paradigma da psiquiatria e o processo de desinstitucionalização e da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 1996; Scarcelli, 1998; Tenório, 2002; Yassui, 1999), transcendendo o objetivo desse trabalho, porém, é importante ressaltar, mesmo que brevemente, aspectos referentes a esse tema que contribuem para a discussão sobre a formação dos territórios existenciais dos familiares.

Historicamente, desde o século XIX, o hospital psiquiátrico se constituía como o único recurso para tratamento da loucura. Nesse modelo de tratamento, o cuidado ao “doente mental” estava diretamente relacionado à exclusão. Para tratar era necessário separar a pessoa com transtorno mental da sua família e do convívio social.

Esquirol (1779-1840) realiza uma tentativa de justificar cientificamente o princípio do “isolamento terapêutico do louco”, alçando a princípio de tratamento, o distanciamento entre a família e seu louco. De um lado, a família é considerada ameaçada pela loucura, e por isso, necessita ser protegida. De outro lado, o isolamento deveria ser realizado porque a família propiciaria a alienação mental, por ser fraca no seu poder controlador, disciplinar.

Por trás das explicações científicas de Esquirol, evidencia-se o caráter moralizador da psiquiatria. A causalidade da doença mental, sendo atribuída à família, identifica-se como um desvio da moral. A psiquiatria tomou igualmente para si, a função de regular as relações familiares prescrevendo comportamentos e modelos, exercendo função de vigilância sobre a família (Birman, 1978). Os

dispositivos de normalização têm como objetivo um ideal de família como modelo almejado. Esse modelo orientará teorias psicológicas que consideram a família responsável pelo transtorno mental.

2.1.1 Familiares culpados

Estudos de Reichmann (1948) e Sullivan (1950) citados por Rosa (2003) apontam a esquizofrenia como produto da relação mãe-filho, sendo a conduta psicótica uma resposta do filho ao grupo familiar, sobretudo à mãe. Outros autores fundamentados na Psicanálise reiteram essa teoria e apontam a mãe da pessoa portadora da esquizofrenia, como autoritária, superprotetora, mas ao mesmo tempo ansiosa e culpabilizada, marcada pela frieza afetiva pessoal e pela necessidade de total dependência de seu filho em relação a ela (Bergeret, 1988).

Pichon-Rivière (1994) lança olhar para a função da patologia para o grupo familiar. Em sua teoria, o portador de transtorno mental seria depositário e porta-voz de enfermidade de toda a família. O louco teria um papel positivo, como agente catalisador que adoce para proteger o grupo familiar, mantendo sua homeostase.

Autores ligados às reformas psiquiátricas e à antipsiquiatria também atribuem à família papel fundamental na etiologia da doença mental. Maxwell Jones (1956), autor das principais ideias do movimento da Psiquiatria Comunitária Inglesa, atribui a etiologia da esquizofrenia às relações familiares rígidas, autoritárias, que impedem processos de individualização do sujeito. De forma mais radical, Thomas Szasz (1979), um dos precursores da antipsiquiatria americana, em seu livro intitulado *O mito da doença mental* afirma que a família é um grupo, que, em conluio com a psiquiatria, quer se livrar de integrantes indesejáveis de seu meio, por intermédio da

internação psiquiátrica. Inserido nesse mesmo movimento, Cooper (1986) aponta que o enfermo, seria o bode expiatório no qual seus familiares projetam seus problemas internos.

Estudos mais recentes propõem a análise de como os comportamentos dos familiares determinam uma influência significativa sobre a probabilidade de recaídas do paciente. Entre eles destacamos os estudos de “Emoções Expressas” referentes aos familiares de pacientes esquizofrênicos (Brown, Birley & Wing, 1972 citado por Melman, 2001). As emoções expressas (EE), relacionadas a super envolvimento, comentários, críticas e hostilidade, seriam fatores preditivos para recaídas, ou favorecendo ou prejudicando o paciente em relação à crise. Alto índice de EE seria característica dos familiares que se mostram preditores de recaídas sintomáticas dos pacientes (Scazufca, 2000).

Esses estudos, oriundos de diferentes modelos, têm em comum a responsabilização da família em relação à etiologia da doença mental. Essas teorias podem induzir na família o sentimento de culpa, frustração e impotência. É importante salientar, que as teorias podem ser utilizadas em múltiplas direções, dependendo da leitura e da interpretação que elas possibilitam, podendo resultar em ações bastante distintas. Podem estar a serviço da liberdade e da potência de ação dos sujeitos ou da disciplina e da norma. Assim, podem participar ativamente para que a família seja atravessada pelas regras da moralidade, pela imposição de um modelo ideal de “boa” família.

A pessoa com transtorno mental parece denunciar falhas no seu sistema familiar. Assim, culpada por não ser suficientemente boa, questionada sobre sua eventual responsabilidade na origem e desencadeamento da doença mental, a família pode se sentir fortemente abalada em sua estrutura.

2.1.2 Familiares vítimas: os encargos familiares

A família da pessoa com transtorno mental também ocupa a posição de vítima nesse campo de experiência.

São vários os problemas relatados pelas famílias no cotidiano partilhado com a pessoa com transtorno mental, os quais reiteram sua imagem de vítima diante do corpo social. Muitos destes problemas são decorrentes da reaproximação do chamado doente mental da sua família, resultado do processo de desinstitucionalização e do reordenamento das políticas de saúde mental.

Como vimos, o manicômio afastava o louco do seu meio social e familiar, desresponsabilizando a família e atribuindo a tutela sobre o chamado doente mental, à psiquiatria. A partir da Segunda Guerra Mundial os hospitais psiquiátricos e a forma de tratar o louco começam a ser questionados, quando denúncias ao modelo de exclusão tornam-se proeminentes e culminam em debates que evoluem para os movimentos de transformação dessas instituições.

Nesse contexto, surgem movimentos que buscam romper a relação cuidado-exclusão, propondo a abertura das instituições psiquiátricas. Fazem parte desses movimentos a Psiquiatria de setor nos Estados Unidos, a Psiquiatria Comunitária na Inglaterra, a Psicoterapia Institucional na França e, mais tarde, a Psiquiatria Democrática na Itália. Apesar das divergências, esses movimentos têm em comum o repúdio à ordem psiquiátrica tradicional e a proposição de novas abordagens (clínicas, institucionais e sociais) para o sofrimento psíquico.

No Brasil, os primeiros sinais de possibilidade de transformação da assistência psiquiátrica ocorreram na década de 1980, quando se iniciou o movimento que se convencionou chamar de “Reforma Psiquiátrica Brasileira”. Embora a Reforma

Psiquiátrica no Brasil tenha se iniciado na década de 1980, Somente em 2001 é sancionada a “Lei da Reforma Psiquiátrica” e ocorre a formação de uma comissão nacional de Reforma Psiquiátrica. Como principais desdobramentos dessa lei houve a redução de leitos em hospitais psiquiátricos, a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a criação de serviços locais extra-hospitalares, substitutivos ao modelo manicomial, tais como serviços de atenção psicossocial (CAPS, NAPS, Hospitais-dia, Residências Terapêuticas), além da modificação do arcabouço jurídico legal que legitima a internação psiquiátrica e o estatuto de periculosidade e incapacidade.

De maneira geral, esses novos serviços se caracterizam pela utilização intensiva de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas a manter a pessoa com transtorno mental junto à sua família e à comunidade.

A afirmação da cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, promover ou o retorno ou permanência da pessoa com transtorno mental em seu território, promover no plano familiar a aceitação de pessoas que foram desestruturadas pelo processo de institucionalização, são tarefas dos serviços de assistência em saúde mental.

Essas transformações, certamente, têm resultado em uma implicação maior da família. O tempo de convivência com a pessoa com transtorno mental é maior, já que ela não vive mais no hospital psiquiátrico. O manicômio, com sua tendência de totalizar a vida das pessoas, havia excluído essa convivência e o compartilhamento de vivências entre essas pessoas.

A partir de uma implicação maior no tratamento, do contato cotidiano, são os familiares que geralmente identificam algum problema, buscam o tratamento,

tornam-se responsáveis pela administração das prescrições médicas, e devem enfrentar e manejar os momentos de crise, de agravamento do quadro sintomatológico.

Em face dessa demanda de cuidados, os familiares têm que redimensionar as expectativas quanto ao futuro de seu familiar com transtorno mental e quanto ao próprio futuro já que a demanda de cuidados pode gerar perdas e empobrecimento na vida social, afetiva e profissional desses atores.

O impacto provocado pela presença do chamado doente mental junto ao meio familiar, que envolve aspectos econômicos, práticos e emocionais a que são submetidos os familiares que se encarregam dos cuidados dessa pessoa, é chamado de “sobrecarga familiar”, do inglês *family burden*. Campos e Soares (2005) salientam que a sobrecarga familiar é um fenômeno que persiste mesmo quando o paciente responde positivamente a tratamentos inovadores e efetivos.

Para Platt (1985) citado por Campos & Soares (2005), esse termo se refere à presença de problemas, a dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida dos familiares e corresponde ao elemento de sofrimento explicitamente atribuído ao paciente.

Em relação a dificuldades econômicas enfrentadas por esses familiares, estudos apontam que, com o aparecimento do transtorno, a família deve se reorganizar, ampliando sua jornada produtiva para fazer frente às necessidades financeiras oriundas do alto custo da medicação, tratamento, alimentação, vestuário e o transporte, já que, na maioria dos casos, o paciente psiquiátrico encontra-se economicamente improdutivo (Campos & Soares, 2005; Melman, 2001; Miles, 1982).

Além disso, podem ser necessários ajustes na rotina doméstica, e nas atividades que envolvem a organização e funcionamento da casa, como por

exemplo, no horário das refeições, de lavagem de roupa, de limpeza de casa, de compras, já que as tarefas que o indivíduo não pode cumprir, em decorrência da doença, são redistribuídas a outros (Melman, 2001).

Outro fator que colabora para a sobrecarga do familiar é o fato de sentir-se ansiosa e insegura, não sabendo como lidar com alguns comportamentos apresentados pelos pacientes, como por exemplo, imprevisibilidade de suas ações, recusa de cuidar da higiene pessoal, fala contínua e desordenada (Dell'Acqua, Vidoni & Campiutti, 1994).

Essa sobrecarga familiar pode afetar a relação entre família e o corpo social. Muitas vezes há um distanciamento social, resultado do fato de que os familiares com contato mais próximo ao indivíduo em situação de sofrimento, usualmente, não dispõem de tempo nem de espaço para manter outros relacionamentos; as relações são pautadas apenas no que diz respeito à doença mental, sobrecarregando o vínculo com cobranças e exigências em relação a eles mesmos e à pessoa de quem cuidam. Essas famílias, mergulhadas na vivência em torno da doença, não vislumbram outras possibilidades existenciais. Começam a ausentar-se de festas, eventos, diminuem o número de visitas a amigos e parentes, para citar alguns exemplos (Pegoraro & Caldana, 2006).

Ainda em relação ao isolamento da família, é importante salientar que a exclusão social, a exclusão do universo comunitário, não se restringe apenas ao chamado doente mental; também os familiares acabam se isolando, submetidos pelos estigmas e preconceitos existentes no corpo social (Melman 1999). No contato com seu meio social, a pessoa com sofrimento psíquico mental e sua família, estão inseridos dentro de um contexto onde a lógica manicomial está presente não apenas nos dispositivos psiquiátricos, mas também nas relações sociais com a loucura.

Portanto, além do desgaste constante, em alguns casos, os familiares, juntamente com seu ente com transtorno mental, poderão sofrer discriminação de parentes, vizinhos e alguns segmentos da sociedade.

Como resultado da sobrecarga familiar, a internação aparece como uma solução idealizada por muitas famílias, podendo representar para elas uma tentativa de manutenção da estrutura familiar. (Sadisgursky, 1997 citado por Pegoraro & Caldana, 2006).

Tsu, em estudo realizado no final da década de 1980 (Tsu, 1994), de certa forma, justifica o fato das famílias reivindicarem a internação psiquiátrica. Segundo a autora, os serviços substitutivos em saúde mental desconsideram os pesados encargos familiares e o fato de a maioria ter baixa renda econômica, despreparados para prover o cuidado domiciliar do familiar com transtorno mental. Atribui a uma estratégia de sobrevivência o fato de esses familiares lutarem por uma vaga de internação.

Poderíamos argumentar que os resultados do estudo de Tsu são referentes ao período inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira, quando o processo de instauração de novos complexos de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais estavam apenas se iniciando, porém, trabalhos mais recentes, confirmam essa tendência de os familiares atribuírem ao Estado a responsabilidade do cuidado à pessoa com transtorno mental.

Gonçalves e Sena (2001) apontam que os diferentes percursos da Reforma Psiquiátrica Brasileira têm evidenciado a fragilidade do sistema de saúde para oferecer outro tipo de atendimento que não aquele centrado no leito hospitalar. Segundo essas autoras, as propostas advindas da Reforma Psiquiátrica têm produzido desassistência, com a devolução do doente mental à família sem o devido

conhecimento das suas reais necessidades e condições em termos materiais, psicossociais, de saúde e de qualidade de vida.

Pegoraro e Caldana (2006) apontam que os familiares sentem-se desassistidos pelos serviços de saúde mental e diante dessa situação não se mostram favoráveis a respeito da desinstitucionalização do doente mental, e exercem pressão para que a instituição psiquiátrica continue a manter a custódia dos pacientes.

Colaborando para a vitimização do familiar de transtorno mental, a mídia brasileira tem se ocupado com reportagens que focam os comprometimentos em dimensões da vida pessoal desses familiares, impedidos de internar seus parentes com transtorno mental. Colocam a Reforma Psiquiátrica em xeque a partir de dados que apontam o fechamento de leitos psiquiátricos e abertura de serviços substitutivos em número insuficiente à demanda, resultando em desassistência à população.

2.1.3 Familiares ativos: participação no Movimento de Reforma Psiquiátrica e as Associações de Familiares

Há assimetria na relação entre os serviços de saúde mental e a população, havendo dependência do segundo em relação ao primeiro? Além dos usuários, também seus familiares dependem fortemente dos serviços de saúde mental para darem conta dos encargos gerados pelo cotidiano partilhado entre esses atores. Essa dependência resultando, muitas vezes, em pedidos de internação total, de devolver a tutela de seus familiares com transtorno mental para o Estado.

Esses familiares, segundo estudos apontados, sentem-se vítimas do processo de reforma psiquiátrica. No entanto, sabemos da importância da participação de familiares e usuários como aliados na luta pela desinstitucionalização, por uma assistência humanizada, pelos direitos, pela inclusão social e resgate de cidadania da pessoa com sofrimento psíquico. Uma tomada de posição do familiar que se contrapõe a essa vitimização, culpa, falta de potência, que expusemos até agora. Como podemos entender essa contraposição? Como surgiria essa demanda, que os fizesse agir e participar ativamente do processo de reforma psiquiátrica brasileira?

Souza (1999) questiona se as propostas e reivindicações surgidas na reforma no campo da saúde mental seriam resultado de demandas sociais, isto é, da população, ou da atuação e da difusão de crenças dos especialistas da área de saúde mental, os quais ele chama de “comunidade epistêmica”. O autor conclui que há uma similitude no discurso de alguns participantes do processo da Reforma Psiquiátrica - tanto dos que apresentam uma postura de adesão, quanto os de oposição - de que tal processo é conduzido por uma “elite intelectual”, que constrói toda a sua lógica discursiva e prática. Porém, o autor conclui que as propostas apresentadas pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica acabam difundindo a noção de que a necessidade de inovações é consensual.

Por estudos de Amarante (1995) e Scarcelli (1998), que descrevem o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, podemos concluir que não houve a participação da população, dos usuários e dos familiares no início desse processo, no final da década de 1970. O ator político na conceituação, divulgação, mobilização e implantação das práticas reformadoras da assistência psiquiátrica foi o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), formado por profissionais da área de saúde mental de diferentes locais de inserção tais como os núcleos estaduais de

saúde mental do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes), a comissão de saúde do sindicato dos médicos, o movimento de renovação médica (Reme) e a rede de alternativas à psiquiatria.

O MTSM, a partir da crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam), denunciou irregularidades e falta de recursos nos hospitais e a precariedade nas condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população. Essa crise foi considerada o estopim do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, culminando, em abril de 1978, na elaboração de propostas de reformulação do sistema assistencial e desenvolvendo um pensamento crítico em relação ao saber e à prática psiquiátrica.

Somente no ano de 1986, na ocasião do I Encontro Estadual de Saúde Mental do Rio de Janeiro, que contou com a participação de profissionais de saúde mental do Estado, começou a ser manifestada a preocupação em relação à participação de pacientes e ex-pacientes psiquiátricos, para executar e formular políticas de assistência em saúde mental. Essas discussões resultaram na ampla convocação de associações, entidades e instituições populares e de saúde para a I Conferência de Saúde Mental do Rio de Janeiro, da qual participaram com vagas de delegados.

Outro marco importante da participação popular nesse processo foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 1987, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Entre as recomendações importantes feitas a partir dessa conferência esteve a necessidade de participação da população - tanto na elaboração e na implementação das políticas de saúde mental quanto no seu nível decisório -, e a necessidade de que o Estado

reconhecesse os espaços não profissionais criados pelas comunidades visando à promoção da saúde mental. (Amarante, 1995).

Ainda em 1987, realizou-se em Bauru o II Congresso Nacional do MTSM, onde começou a haver a organização de trabalhadores com outras frentes: as associações de usuários e seus familiares, o que resultou na criação do Movimento de Luta Antimanicomial.

Scarcelli (1998) realça a importância do Movimento de Luta Antimanicomial, como responsável por avanço em todo o processo do movimento de desinstitucionalização, saindo da posição de movimento de características de trabalhadores de saúde mental, como o MTSM vinha se posicionando até então, para um movimento social mais amplo, abandonando o caráter teórico e técnico e passando para uma intervenção política da sociedade. O Movimento de Luta Antimanicomial passou a criticar de forma mais contundente os manicômios e toda a assistência a eles associada, assim como a ambigüidade da humanização dos hospitais psiquiátricos existentes, criando o lema: “por uma sociedade sem manicômios”.

Esses relatos mostram que o início da participação de usuários e ex-usuários e seus familiares no movimento da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira, parte de demanda dos profissionais envolvidos nesse processo e não de uma demanda espontânea da população. Como resultado, verificamos que a participação popular no processo da Reforma Psiquiátrica teve seu início, de fato, quase dez anos depois de iniciado o movimento.

Todo o processo de mobilização e luta culminou com a “Lei da Reforma Psiquiátrica”. Porém, a Reforma Psiquiátrica não pode limitar-se apenas à criação de serviços que substituam os antigos, sem mudar o tipo de relação que aí se

estabelece. A mudança deve abranger também e fundamentalmente a relação de tutela do profissional sobre o usuário.

O Movimento da Luta Antimanicomial reconhece a dificuldade na relação entre trabalhadores, usuários e seus familiares.

Esse crescimento da participação de usuário não significa uma convivência sem conflitos. Reconhece-se a existência de movimentos que compõem o Movimento da Luta Antimanicomial e a importância de cada um, com sua autonomia e dinâmicas próprias, manterem encontros separados. Sendo assim, os conflitos são inevitáveis. A relação entre trabalhadores de saúde mental e usuários, familiares, muitas vezes, reproduz aquela estabelecida aos serviços, sendo nítida a ascendência destes sobre o segundo. O movimento de familiares vem crescendo com o apoio dos trabalhadores. Diferentes setores, diferentes inserções e formas de compreender o processo de saúde e doença. (Relatório do I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial citado por Scarcelli, 1998, s/p.).

Nessa relação entre profissionais e familiares dentro do processo de reforma psiquiátrica, criam-se as associações de familiares e usuários. O Movimento de Luta Antimanicomial juntamente à II Conferência Nacional de Saúde Mental de 1992, que organizou conferências municipais e regionais em todo o país, são desencadeadores principais dos dispositivos associativos no país.

As associações de familiares e usuários foram fundadas a partir de 1990, com exceção da SOSINTRA-RJ (Sociedade de Serviços Gerais para a Integração pelo Trabalho) que foi fundada em meados dos anos 70. A maioria das associações afirma sua missão, de forma genérica, como a de defesa de direitos dos usuários e familiares. Em estudo realizado sobre essas associações (Mourão, 2001), de 39

associações pesquisadas, apenas duas são explicitamente contrárias à reforma psiquiátrica: a AFDM (Associação de Familiares de Doentes Mentais), fundada no Rio de Janeiro, mas com ramificações e grupos em outros estados, e o Projeto Fênix, de São Paulo.

Souza (2001) afirma que nessas associações:

Usuários e familiares protagonizam o processo reivindicatório por novas formas de cuidado para a “existência sofrimento” dos doentes mentais. Reivindicam, para além dos sintomas e da doença, protagonizar uma história de mudanças, forjar um novo olhar sobre o adoecer mental e todas as suas implicações (p.935).

A partir de estudos de Vasconcelos (2009) podemos verificar que as reivindicações dessas associações não são demandas espontâneas dos familiares, mas oriundas da forte relação que mantém com os serviços de saúde mental inseridos na proposta de desinstitucionalização. Segundo essa pesquisa, essas associações, de forma geral, são fundadas a partir do CAPS e têm uma dinâmica dependente desse serviço. O autor destaca que a luta pela legitimidade do projeto de reforma psiquiátrica na sociedade não deve ser sustentada só pelos profissionais, mas na ativação de novos atores sociais até agora não devidamente estimulados: os familiares e usuários. Vasconcelos aponta que o Movimento da Luta Antimanicomial não tem dado prioridade ao empoderamento e à organização mais autônoma dos usuários e familiares e que o padrão típico de liderança individual efetuado pelos usuários e familiares apresenta enorme fragilidade.

Na forma de associação ou não, atualmente vislumbra-se a participação popular no cerne das políticas públicas no formato representativo. Em alguns contextos, 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.

Podemos notar que a participação popular é incipiente não só ao que se refere à saúde mental. A participação direta da população na política de saúde de forma geral, tal como estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), também não se estabelece de forma ativa. Segundo Andrade (2007), no regime político brasileiro, uma minoria estabelece e impõe as metas e objetivos, sem a participação ativa da população, que apenas recebe as ações. “Entretanto, o exercício político como atividade de debater e deliberar entre ‘iguais de direito’, somente é possível em uma sociedade em que todos se sintam cidadãos livres para opinar e com potência para agir naquele coletivo ao qual têm o sentimento de pertença.” (ANDRADE, 2007, ¶ 3).

A autora ressalta que a produção de outros modos de subjetivação, que favoreçam a autonomia da população, não advém de programas verticais, mas de embates de forças cotidianos nos diversos micro-espacos coletivos, que passam a constituir um sistema de relações mais autônomas, entre cidadãos iguais de direito, com composição ou aumento de potência entre as pessoas e entre estas e os profissionais.

2.1.4 Familiares ativos? A contraposição à desinstitucionalização

Não adianta tratarmos a problemática desses familiares baseados em valores universais, em modelos a serem seguidos: a boa família é aquela que convive harmoniosamente com a loucura, não interna seus entes com transtorno mental; a má família interna seus familiares com sofrimento psíquico, coloca-os na condição da falta por não alcançarem o ideal familiar dentro de um mundo equilibrado,

estável. Submetida à valoração moral, a família é coagida ao sofrimento, à adaptação passiva à realidade, destituída de sua potência de agir. Em contrapartida, na compreensão de que a existência é imanente e que comporta diferentes modos existenciais em seus efeitos de composição, que se dão nos encontros, nos voltamos à potência de ação desses familiares. Em uma relação com esses familiares pautada pela ética, aparecem as questões: Que condições, que encontros possibilitam o aumento de potência dessas pessoas? Do que são capazes esses familiares?

Até este ponto, neste trabalho, tentamos apresentar componentes que acabam por colaborar em modos possíveis desses familiares relacionarem-se com os discursos e regimes de verdades que atravessam seu campo de experiência. Assim, diante de verdades acerca da etiologia da doença mental, aparece a culpabilização; diante dos duros encargos na relação cotidiana com a loucura e das perdas em dimensões da vida pessoal aparece a vitimização. Acompanhando o percurso desses familiares, questionamos a participação ativa destes no movimento da reforma psiquiátrica e nas associações de familiares. Essa participação pode ser vista como potência de ação, manifestação de aumento de potência desses familiares? Como esses familiares podem abrir linhas de fuga nesse modo de subjetivação marcado pela culpa, pelo lugar de vítima diante dos duros encargos gerados pela convivência com a pessoa com transtorno mental, podendo criar um outro território existencial?

Ainda como manifestação no campo existencial desses familiares, falta abordarmos o desejo de internação dos parentes com transtorno mental manifestado por alguns familiares. No campo social, no entrecruzamento do plano das experiências particulares de familiares e do plano mais amplo representado pela

política de saúde mental, pelas condições sócio-econômicas e culturais, aparece a formação de desejos. Na análise da formação dos desejos no campo social, Guattari (2005) chama de ordem *molar* uma forma de organização dos agenciamentos, dos fluxos, no processo de subjetivação, que *corresponde* “às estratificações que delimitam objetos, sujeitos, representações e seus sistemas de referência” (Guattari & Rolnik, 2005, p. 386) e de ordem *molecular*, a ordem dos fluxos, dos devires, das transições de fases, das intensidades. A formação do desejo no campo social diz respeito ao entrecruzamento do nível das diferenças sociais mais amplas (molar) com a afirmação da individualidade, do processo de singularização (molecular). Para os autores, ao analisarmos um problema familiar, institucional ou grupal, esses vetores se entrecruzam inteiramente, não havendo oposição dos termos.

Assim, ao mesmo tempo em que pode estar havendo uma dimensão de resistência social de um grupo contra exploração, alienação e opressão, pode, no interior da problemática, surgir, num nível molecular, processos microfascistas. Essa é uma pista para analisarmos o desejo de internação que parte de familiares. Ou rompem ou evitam aliança com os serviços de saúde e passam a aliar-se à justiça para delegar a tutela da pessoa com transtorno mental ao Estado. Assim, numa posição contrária ao que é oferecido pelo sistema, buscam a internação total de seus entes com sofrimento psíquico.

Segundo Guattari e Rolnik (2005), o modo pelo qual os indivíduos vivenciam a subjetividade pode oscilar em dois extremos: ou podem se submeter à subjetividade em uma relação de alienação e opressão ou se reapropriam dos componentes da subjetividade, em uma relação de expressão e criação, produzindo um processo de singularização. A singularização está relacionada à potência de ação, à força de expansão da vida, à exigência de outras relações com a realidade, ao fortalecimento

subjetivo dos sujeitos. Esse processo possibilita aos sujeitos a abertura de linhas de fuga de territórios que não contemplam seus universos de referência, em um movimento contínuo de desterritorialização.

Numa primeira impressão, o buscar ajuda da justiça para internação de seu familiar, parece uma tomada de posição dos familiares diante de uma existência marcada pelo sofrimento. Por mais que isso possa afetar negativamente os profissionais de saúde envolvidos nas propostas de desinstitucionalização, temos que considerar que a busca de internação para os parentes com sofrimento psíquico, pode ser a manifestação de potência desses familiares. Potência, demonstração do que são capazes diante de uma situação em que se coloca como inquestionável o fato de que devem cuidar e conviver cotidianamente com seu familiar com sofrimento psíquico, independente do que isso possa resultar na existência das pessoas envolvidas nessa relação. É a manifestação de potência, diante de valores inquestionáveis de que a boa família é aquela que cuida de seus entes.

Numa outra impressão, esse tipo de manifestação dos familiares, ao contrário do exposto acima, pode revelar a impotência da família diante do sofrimento. Seria delegar ao Estado o cuidado e a convivência com a pessoa com sofrimento psíquico, já que a família não se sente capaz para isso. Para a família, seria a aceitação de sua própria impotência, a aceitação do sofrimento e as conseqüências dessa forma de existência. Como resultado, apropria-se do seu familiar com sofrimento psíquico e o usa como barganha para encontrar alívio de seus conflitos existenciais, isto é, “dar” o familiar para a instituição, mesmo tendo que recorrer à justiça para isso, e ter de volta a estabilidade.

Ainda que esses mandatos judiciais de internação da pessoa com transtorno mental sejam numericamente incipientes, e esses familiares estejam à margem do processo de desinstitucionalização, podemos perceber a indicação de um processo de singularização desses familiares diante do movimento de reforma psiquiátrica, da luta por uma sociedade sem manicômios, do instituído pela política de saúde mental. Sobre esses processos que se dão em nível molecular no campo social, Guattari aponta:

Esses processos de transformação que se dão em diferentes campos de experimentação social podem ser, às vezes, mínimos e, no entanto, constituir o início de uma mutação muito maior. Ou não... Tais processos têm sempre um processo problemático, e, por isso, é freqüente tentarmos encontrar parâmetros externos à nossa própria experiência, ou conferi-la com outras experiências. Esse tipo de atitude é, justamente, consequência dos sistemas de culpabilização, que funcionam como fator de inibição de tudo aquilo que foge das redundâncias dominantes (Guattari & Rolnik, 2005, p.135).

É importante caracterizar a Reforma Psiquiátrica considerando os diferentes atores envolvidos, os planos de força que coexistem, elaborando uma compreensão de posições singulares que despontam nesse processo. Uma compreensão sem culpabilização para que os encontros possam de fato acontecer.

De qualquer forma, esses familiares que travam uma relação de oposição, de resistência ao processo de reforma psiquiátrica não fazem parte de uma maioria. A maior parte dos familiares está convivendo com seu familiar com sofrimento psíquico, desenvolvendo diferentes formas de estar com essa pessoa, de lidar com o inusitado e com as desestabilizações no campo existencial, provocado pelo contato cotidiano com a loucura. Alguns se mostram receptivos a essa convivência,

aceitando o desafio de encontrar formas que favoreçam esse encontro com a loucura. Outros familiares aceitam essa convivência com o familiar com transtorno mental, aceitando também o sofrimento, de forma passiva. Nessa empreitada, geralmente, em ambos os casos, contam com o apoio dos serviços de saúde mental. Veremos, neste estudo, como se dão essas experiências e como o apoio profissional é considerado pelos familiares.

2.2 Considerações sobre território existencial dos profissionais de saúde mental

Quando falamos dos modos de subjetivação dos profissionais de saúde mental, estamos nos referindo aos modos como estes se relacionam com os discursos e regimes de verdades que atravessam o campo da saúde mental. Que tipos de projetos, representações e investimentos permeiam o campo de experiência desses profissionais? Como esses profissionais se constroem em meio ao embate interno desse campo?

Para Raminger (2005), o campo de saúde mental é um espaço tenso habitado por diferentes formações discursivas que vão desde o discurso religioso, baseado na crença de que cuidar é uma forma de caridade; passando pelo discurso científico, na afirmação de que é a ciência que pode falar de tratamento da loucura, até o discurso da Reforma Psiquiátrica, baseado no entendimento de que é necessário um outro modo de se relacionar com a loucura, não bastando só o entendimento técnico científico, mas também a implicação política e afetiva com essa questão.

No que tange à assistência em saúde mental no Brasil, a desinstitucionalização vem sendo fortemente trabalhada, buscando-se ultrapassar

os limites das práticas de saúde e atingir a relação social com a loucura. É um trabalho que vai além da desospitalização das pessoas com sofrimento psíquico e criação de novos dispositivos de cuidados. A proposta é também ampliar o questionamento das práticas e formas de relação que são estabelecidas com a loucura.

Além do sujeito com sofrimento psíquico, a família e um grupo mais ampliado passam a ser incluídos como agentes no tratamento, em uma ação coletiva nos confrontos dos pacientes com seus contextos. Há também o deslocamento do centro do interesse somente da doença para a pessoa e para sua desabilidade social.

Seguindo o modelo psicossocial, as terapias deixam de ser ou preponderantemente ou exclusivamente medicamentosas e passam a valorizar os aspectos subjetivos da existência da pessoa com transtorno mental. O discurso identificado como Reforma Psiquiátrica disputa com o discurso médico, propondo o deslocamento do saber médico-psiquiátrico para a interdisciplinaridade. Passa a haver uma maior circulação dos lugares de saber/poder. A equipe passa a ter uma atuação em que evita o formato “linha de montagem” das equipes multiprofissionais, como ressalta Bezerra (2007). Esse mesmo princípio permeia a organização institucional que obedece a um organograma horizontal, descentralizado, com participação popular, priorizando-se o diálogo com a população.

Para Bezerra (2007), os desafios colocados no campo da reforma apontam para duas direções: de um lado a elaboração de dispositivos teóricos e de formas de ação que considerem a ampliação da capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito e, de outro lado, a ampliação do alcance da rede que envolve a clínica ampliada, a incorporação de várias categorias profissionais às estratégias

terapêuticas, modalidades de intervenção oriundas de várias orientações teóricas, etc.

Nesse panorama, porém, observa-se que nem todos os profissionais de saúde mental mostram-se capazes de levar adiante o processo de transformação defendido pela chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira. Alguns profissionais se mostram resistentes à política de saúde mental ao defenderem a hegemonia dos médicos no tratamento, a defesa de tratamento biológico como única forma efetiva de abordagem ao transtorno mental. Isso aparece claramente, principalmente no discurso de alguns psiquiatras que se sentem ameaçados com as propostas da Reforma e entendem a desinstitucionalização como desassistência. Nessa linha de pensamento, destacam-se manifestações de Gentil (2001), que se contrapõe às ideias reformistas no campo de assistência em saúde mental, associando a estas a queda de qualidade na assistência psiquiátrica. Para esse autor:

Compilando-se os documentos e as publicações desses movimentos, verifica-se que sua estratégia não é melhorar a assistência médica. Por isso a questão vem sendo conduzida como se o problema da psiquiatria e da saúde mental fosse apenas os psicóticos crônicos que habitam os manicômios e as ruas das grandes cidades. A prevenção secundária não recebe a devida atenção. A aviltante remuneração da consulta psiquiátrica em R\$ 2,50 desestimula a implantação de ambulatórios conveniados que poderiam prevenir internações. A demanda por leitos hospitalares seria menor se houvesse clínicas de lítio na rede pública, mas boa psiquiatria não interessa aos antipsiquiatras (p.1).

Esta afirmação mostra o entendimento da Reforma Psiquiátrica, como um movimento sustentado unicamente na não internação das pessoas com sofrimento

psíquico, considerando o tratamento à pessoa com transtorno mental restrito ao tratamento psiquiátrico, centrado no médico, na medicação e que, sanados os problemas enfrentados pela classe médica, o problema das internações psiquiátricas seria resolvido.

Outra questão de destaque em relação ao campo de experiência dos profissionais de saúde mental é que parte dos profissionais da rede, que estão colocando em prática as diretrizes da Reforma, é formada por jovens que não viveram o processo de elaboração e criação do movimento antimanicomial. O pano de fundo político e ideológico em que a construção da Reforma se dava era claro para primeira geração de profissionais envolvidos nesse processo. Diferentemente, a essa nova geração de profissionais restou o apreendimento destas questões na sua formação profissional e não no cotidiano da prática como para os profissionais da primeira geração.

Entre trabalhadores mais jovens encontramos aqueles cuja postura evidencia que estão apenas colocando em prática as políticas e modelos propostos, sem a reflexão e avaliação constante do impacto que esse tipo de trabalho exerce sobre sua subjetividade. No entanto, mesmo entre os profissionais mais jovens, encontramos profissionais com postura crítica e criativa, que atendem aos desafios da Reforma, reavaliando constantemente seu trabalho e tentando combater os “manicômios mentais”, deixando claro que o processo de desinstitucionalização não é feito apenas por trabalhadores-militantes.

Mesmo os profissionais mais engajados na proposta da reforma podem estagnar e não continuar a ruptura com os manicômios, o que requer trabalho contínuo. Nardi e Ramminger (2007) apontam que assim como a loucura é identificada com a falta, o trabalhador de saúde mental

é jogado na falta e impossibilidade na medida em que, enquanto principal agenciador da Reforma Psiquiátrica, não possa perguntar-se sobre os saberes que o subjetivam como trabalhador, ou mais ainda, sobre a forma de se relacionar com a loucura (e a saúde, e o trabalho) em sua vida (p.273).

Como resultado, os profissionais de saúde podem ter como palavra de ordem a cidadania e ter ações que desconsideram a potência do louco. As práticas desses profissionais, apesar de aparentemente afirmarem a cidadania, têm como resultado a tutela do louco, não diferenciando das práticas manicomiais.

Estudo de Oliveira e Alessi (2005) aponta que a cidadania tutelada é a principal forma de relação técnico-usuário, demonstrando como serviços abertos também podem reproduzir lógicas manicomiais. Nesse sentido, Barros (2003) vislumbra a modulação da série doença mental – tutela – manicômio para outra: doença mental – controle – serviços abertos.

Podemos afirmar que, se, por um lado, comemoramos o fechamento dos manicômios e a conseqüente implantação dos serviços “abertos”, por outro, é justamente por essa abertura que está sendo modulada uma nova forma de captura que o contemporâneo nos impõe. O movimento pela autonomia dos usuários dos serviços substitutivos pode coincidir com o momento de sua captura (p. 176).

Vale aqui destacar que as oficinas terapêuticas, dispositivo clínico-político dos serviços substitutivos em saúde mental, valorizadas como “libertadoras” de subjetividades, de devolverem a potência ao louco, de afirmarem sua cidadania, podem, ao contrário, ter efeito de camisa de força, dependendo da ideologia que a

sustenta. Ao pré determinar uma atividade nesta oficina, ao impor regras de controle de funcionamento e de interação entre os participantes, o profissional pode estar “abafando” conteúdos, controlando formas de estar no mundo, promovendo a serialidade. Em algumas experiências em oficinas, podemos encontrar usuários alienados em relação ao seu fazer, ao seu entorno dentro da proposta prescrita. A questão que vem à tona é: Qual a diferença entre separar arroz e feijão, que depois eram misturados novamente,- técnica utilizada pra acalmar os loucos nos manicômios – e, por exemplo, cortar tiras sem se ter a noção do porquê de tal atividade, dentro das oficinas terapêuticas nos CAPS?

Na banalização de suas práticas, na estereotipia na relação com a loucura, os profissionais tornam presente o desejo de manicômios nesses serviços. Lavrador (2006) afirma que o desejo de manicômios é atualizado nas práticas e discursos de profissionais ao “pesarem” na medicação, ao utilizarem interpretações violentas, posturas rígidas e despóticas. “Pois a lógica manicomial, na trilha da lógica modelar, em lugar de possibilitar outros modos de vida, produz submissão, infantilização e culpa, mesmo que sob uma nova roupagem” (Lavrador, 2006, p.114).

Refletir sobre o lugar da prática do profissional em saúde mental requer o reconhecimento de que esta se situa em uma região de fronteira em relação ao controle social. O cuidado e seu desenvolvimento na área estão ligados ao exercício de uma contradição.

Desde o nascimento da psiquiatria, a intervenção sobre o louco se dá baseada em critérios técnico-científicos que estabelecem a relação de tutela que indica a incapacidade de o indivíduo de participar de uma sociedade regida por leis, cumprir os seus deveres para poder ter os seus direitos. Essa foi a forma encontrada para inscrever a loucura na sociedade moderna (Mangia & Nicácio, 2001). A relação

de tutela substitui a relação de contratualidade. Operar a favor da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social é colocar em prática a inversão da lógica da tutela, é compartilhar com a pessoa com transtorno mental, sua família e a comunidade um trajeto que possibilite a (re) construção de autonomia e cidadania. “A cura cede espaço à emancipação, mudando a natureza do ato terapêutico, que agora se centra em outra finalidade: produzir autonomia, cidadania ativa, desconstruindo a relação de tutela e o lugar de objeto que captura a possibilidade de ser sujeito” (Torre & Amarante, 2001, p.81).

Barros (2003) salienta que para que a atitude terapêutica dos serviços não seja baseada na tutela, é preciso que a atividade clínica e os processos de gestão de trabalho sejam pensados inseparavelmente. A autora aponta que uma nova atitude clínica com os usuários não pode se realizar se os profissionais, em suas práticas, não experimentam também mais autonomia.

Silva (2005) aponta que diante dos impasses desses mais de vinte anos de Reforma Psiquiátrica no Brasil, está ocorrendo uma mudança no discurso que aparece nos espaços assistenciais, acadêmicos e institucionais no campo da saúde mental contemporânea. Se nas décadas anteriores o discurso dominante no campo da Reforma era a cidadania do louco, na década atual, a potência parece estar com a responsabilidade, a implicação e a participação.

Responsabilidade ou “tomada de responsabilidade” é uma tradução do termo em italiano *presa in carico*, que é um conceito originado nas experiências da Reforma Psiquiátrica Italiana. Corresponde à responsabilização dos profissionais de saúde pelas necessidades em saúde mental da população de um determinado território. Segundo Rotelli et al (1990) a tomada de responsabilidade impede a tendência dos profissionais em cristalizarem suas práticas em especialidades. É uma

estratégia que leva os profissionais de saúde a organizarem-se para responder mais às necessidades da população do que às necessidades de legitimação corporativa de suas técnicas e teorias. O profissional de saúde mental que tem sua especialidade como determinante de sua prática pode se desresponsabilizar pelo cuidado e assistência em saúde mental, gerando abandono e “profissionalidade” restrita às demandas da população. Assim, os autores ressaltam que em vez de trabalhar exclusivamente com as competências e possibilidades exclusivas dos saberes médicos e “psi”, o profissional de saúde mental se responsabiliza também pelas instâncias administrativas no cuidado em saúde mental. Espera-se do profissional que ele se faça responsável pelo cuidado de uma pessoa, não delegando a uma outra estrutura a assistência à população de referência. A tomada de responsabilidade deve ser desenvolvida de tal modo a “evitar o abandono do paciente a si mesmo” (Rotelli et al, 1990, p.22).

Se a internação minimizava a responsabilidade dos familiares e profissionais, com a desinstitucionalização, espera-se que a relação entre técnicos e familiares se intensifique na divisão cotidiana do cuidado com a pessoa com transtorno mental. Porém, a dúvida sobre quem se responsabiliza por quem ou com o quê é uma constante. Rosa (2003) afirma que o cuidado que o familiar dispensa ao seu ente com transtorno mental é realizado sem a colaboração do profissional de saúde mental. O profissional atribui a responsabilidade desse cuidado à família. A autora ressalta que apesar da reabilitação psicossocial e os serviços substitutivos serem pontos centrais da reforma, que exigem a participação da família, esta foi retirada do debate do movimento de reforma psiquiátrica. Romagnoli (2004 a) atribui à exclusão da família na reforma ao desconhecimento dos técnicos em como lidarem com os familiares:

pois a exclusão da família, na reforma psiquiátrica, se deu também pela ignorância dessa modalidade de atendimento, o que inclui a própria subjetividade dos técnicos, receosos de inovar, frente ao desconhecido, de habitar novos territórios. Esse receio reflete uma tendência a validar e reproduzir recursos já existentes e já institucionalizados, portanto aceitos e valorizados (p. 74).

A dificuldade dos profissionais de saúde mental em lidar com as famílias pode ser também atribuída à dificuldade de lidarem com a alteridade. Muitos não lidam e não aceitam a alteridade, por se tratar de um outro muito diferente em relação a seus valores, pensamentos e ações. Um profissional de saúde diante de familiares de pessoas com sofrimento psíquico pode ver apenas desorganização e desestruturação por se tratar de uma realidade diferente de supostos modelos. Diante de uma demanda diferente da verdade internalizada por esse profissional, ele pode reagir culpabilizando e despotencializando o outro (Andrade, 2007).

CAPÍTULO III

A ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL AOS FAMILIARES DE PESSOAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO

A atenção à família tem uma história relativamente recente, porém a consolidação do processo de desinstitucionalização em países como Itália, França, Inglaterra e Estados Unidos, tem feito com que as famílias saiam da sombra e sejam assistidas e incluídas nos projetos ampliados de atenção em saúde mental. A família, que antes era apenas a chave determinística da doença mental, passa ter atenção maior dos serviços de saúde. Nesses países, a representação da família, como culpada, discriminadora, por um lado e vítima, sobrecarregada, perseguida pelo parente com transtorno mental, por outro lado, é revista pelos serviços territoriais e comunitários de saúde. As opiniões parecem estar mais equilibradas e a família é re-situada na tríade usuário-família-serviço, onde cada pólo tende a assumir posição de sujeito e nenhum desvaloriza prejudicialmente o outro (Jeppesen, Petersen, Thorup, Abel & Torben 2005).

Estudos realizados nesses países (Dell'Acqua, Vidoni & Zanus, 1998; Miermont, 2001; Bortolussi, Bianca & Fontana, 2005) mostram classificações de modalidades de cuidados aos familiares de pessoas com sofrimento psíquico, a partir do processo de desinstitucionalização. Miermont (2001) classifica essas terapias em dois tipos de modelos: no primeiro estão as terapias que consideram a família como unidade susceptível de mudança em função de uma implicação direta dos familiares; e no segundo, que considera a terapia com a participação ativa da

família, indo além de uma terapia da família. No primeiro grupo estão a terapia sistêmica e a abordagem psicodinâmica; e no segundo, as terapias psicoeducativas e de abordagem humanista.

A terapia sistêmica, desde década de 1950, modificou profundamente o modo de abordar o transtorno mental, relativizando o papel dos fatores biológicos e hereditários, tratando a família e questionando as intervenções puramente individuais. A família, nessa abordagem, é determinante do transtorno mental, já que os problemas apresentados pelo paciente são considerados como resultantes das relações familiares.

As terapias familiares de abordagem psicodinâmicas seguem as teorias psicanalíticas do desenvolvimento do indivíduo, em relação a representações intrapsíquicas das figuras parentais e na existência de uma psique grupal arcaica e indiferenciada. Assim, a família é apreendida a partir de um aparelho psíquico familiar.

Mesmo tentando superar posições culpabilizantes, a terapia sistêmica e a terapia familiar de abordagem psicodinâmica, não têm o intuito de ajudar concretamente a família no enfrentamento dos problemas cotidianos que o transtorno mental faz emergir.

As terapias psicoeducativas, citadas no segundo modelo de Miermont (2001), foram desenvolvidas nos países anglo-saxônicos e tomam como base as Emoções Expressas (EE), já discutidas neste trabalho. O objetivo dessas terapias é a gestão da doença mental, onde os familiares são ensinados a responder de maneira emocionalmente mais adequada aos sintomas e comportamentos resultantes do transtorno mental do paciente. Dell'Acqua et al (1998) afirmam que esse tipo de terapia familiar empobrece a relação entre profissionais e familiares. Os

profissionais, com claras indicações de “como fazer”, “como agir”, acabam limitados a procedimentos fundados em conhecimentos “a priori”, perdendo a riqueza de possibilidades que se abre na relação cotidiana com a família. Além disso, corre-se o risco de não reconhecer a história, de não valorizar a cultura e os recursos próprios da família. O paciente permanece em último lugar em um tipo de hierarquia vertical e acaba sendo deixado em uma zona de pouca visibilidade, recebendo uma resposta psicoterapêutica separada.

Na abordagem humanista, ainda segundo a classificação de Miermont (2001), os terapeutas não ocupam posição de especialistas, detentores de verdades ou de soluções para todos os problemas. A construção pessoal de conhecimentos é feita por meio da comparação da produção das equipes terapêuticas e de produções familiares e sociais. É dentro dessa proposta que atualmente são desenvolvidos os atendimentos familiares na Itália. As intervenções nesse país ocupam um âmbito mais preventivo que terapêutico e reabilitador e se desenvolvem em um “campo de tensão dialético, no qual sejam contemporaneamente presentes respostas ‘hard’ (medicamentos, internações) e percursos e instrumentos extra clínicos, ‘soft’, em um jogo de contemporaneidade e de integração, que assinalam, qualificam e validam a própria competência da intervenção” (Dell’Acqua et al , 1998).

Também em uma abordagem humanista, na França, atualmente, desenvolve-se uma perspectiva de intervenção em que busca em cada técnica (psicoeducativa, sistêmica, psicodinâmica, etc), suas indicações e contra indicações em função da complexidade familiar e à fase em que as intervenções são propostas. São baseadas em teorias da complexidade propostas por Morin (2008) que, no campo clínico, busca uma evolução dinâmica entre diagnóstico, prognóstico e terapêutica, considerando os planos comunitários, institucionais e organizacionais.

Na literatura brasileira sobre saúde mental, os autores freqüentemente se referem à necessidade de assistência à família da pessoa com transtorno mental como parte ou estratégia do tratamento. Os profissionais e os planejadores de saúde concordam sobre a importância de se proverem serviços aos familiares de pessoas com sofrimento psíquico, mas vários fatores ainda contribuem para dificultar sua implantação e a condução efetiva.

Para Villares e Mari (2001) a dificuldade na condução desse tipo de atendimento acontece porque muito do que vivem cotidianamente os familiares não é acolhido nem compreendido pelos profissionais de saúde. Os autores afirmam que essa falta de acolhimento e compreensão, por parte dos profissionais, se dá por herança de teorias familiares que equivocadamente culpam os familiares pela doença ou por falta de instrumentos para aproximar-se dessa convivência, o que faz com que as intervenções não sejam adequadas às realidades socioculturais das famílias.

Rosa (2005) aponta que a dificuldade está centrada na formação dos profissionais. A autora afirma que poucos profissionais são capacitados academicamente para atender aos familiares e, quando o são, a maioria está preparada para lidar apenas com famílias de classe média, de consultório, em uma realidade próxima à sua experiência pessoal. Quando esse profissional olha para a família dos segmentos de baixa renda, em estado de crise, vê apenas desorganização e desestruturação. Segundo a autora, “o profissional tem dificuldades em entender códigos culturais, lingüísticos e comportamentais que não sejam os de sua classe social, confundindo pobreza econômica e material com pobreza cultural” (p.214).

Nos estudos dos autores citados acima, há em comum o argumento de que muitas vezes as técnicas terapêuticas sobrepujam a família, sua singularidade, sua história, suas particularidades na relação com seu ente com transtorno mental. Assim, a família acaba por ocupar um lugar passivo nessa relação, acatando, ouvindo orientações e verdades, um discurso invariável, que não faz sentido no seu cotidiano.

De acordo com Dell'acqua et al. (1994), as definições dos especialistas são dissonantes, a linguagem, muitas vezes, técnica, as afirmações são contraditórias e as famílias são desencorajadas; e acabam, cotidianamente, tentando enfrentar o problema do transtorno mental sem poder compreendê-lo.

Além da relação profissional de saúde mental-familiar, outro aspecto importante a ser destacado no processo da assistência à família da pessoa com transtorno mental, é referente à organização dos serviços. Tem-se observado que cada serviço ou equipe se organiza de maneira própria para abordar a família.

No Brasil, o processo articulado de práticas que visam reduzir a cronificação dos tratamentos tradicionais e que se desenvolvem dentro e fora do espaço institucional está associado à Reabilitação Psicossocial. Segundo Pitta (1996), a Reabilitação Psicossocial “representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes” (pag. 19).

Saraceno (1998) aponta que a reabilitação psicossocial deve ser integrada às políticas sociais, e não um mero tratado de intenções. Para o autor, a saúde pública, a política de saúde mental, e a organização dos serviços é que garantem que as técnicas terapêuticas dêem resultado. Antes das posturas e das técnicas dos

profissionais, existe a organização dos serviços que vão garantir que os objetivos terapêuticos sejam atingidos.

Segundo a Portaria nº 251/GM (Brasil, 2004), que normatiza a assistência hospitalar em hospitais psiquiátricos, após alta hospitalar, o paciente deve ser encaminhado para continuidade do tratamento em serviço do seu território com programa de atenção compatível a sua necessidade (ambulatório, hospital dia, centro de atenção psicossocial) sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir outras internações.

A família é fator fundamental na reabilitação psicossocial da pessoa com sofrimento psíquico. Porém, em revisão das leis que regulamentam as ações da saúde mental no Brasil, nota-se que a família da pessoa com transtorno mental é pouco contemplada. A família é bastante citada quando se trata da mudança do modelo de tratamento, sendo que o convívio familiar e com a sociedade é posto como o diferencial do modelo asilar. Pode-se citar o Programa de Volta para Casa, desenvolvido pelo Ministério da Saúde para aqueles que retornam ao convívio familiar após longa internação e que consiste em um salário mínimo para ajudar nas despesas, o que indiretamente ou diretamente ajuda a família, até que a pessoa com transtorno mental possa voltar a trabalhar. No entanto, em relação a abordagens familiares, essas ficam restritas a orientações sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

As políticas de saúde voltadas para a família, de forma geral, são consideradas ainda centradas em práticas tradicionais. Vecchia (2006) aponta que até mesmo em programas da importância do Programa de Saúde da Família (PSF), é observada uma prática ainda fundamentada no individualismo assistencial. Essas dificuldades em equipes de PSF quanto à abordagem da família como unidade de

cuidado não se limita só à saúde mental, mas também em relação a outros cuidados.

Gonçalves e Sena (2001) apontam que os diferentes percursos da Reforma Psiquiátrica Brasileira têm evidenciado a fragilidade do sistema de saúde para oferecer outro tipo de atendimento que não aquele centrado no leito hospitalar. Segundo essas autoras, as propostas advindas da Reforma Psiquiátrica têm produzido desassistência, com a devolução do doente mental à família sem o devido conhecimento das suas reais necessidades e condições materiais, psicossociais, de saúde e de qualidade de vida.

Bauleo (1988) aponta que as pessoas, a comunidade, a população demandam um atendimento no qual já está interiorizada a oferta que a instituição ministrou a essa mesma população. Talvez, por isso, muitos familiares exerçam pressão para que a instituição psiquiátrica continue a manter a custódia dos pacientes. Para o autor, é necessário continuar elaborando a ruptura com o manicômio e com os “manicômios mentais” que as pessoas e, sobretudo, os profissionais de saúde mental, continuam mantendo.

CAPÍTULO IV

CONHECER ESTA RELAÇÃO: A COMPLEXIDADE DA TAREFA

4.1 Indagações

Partindo da minha experiência de trabalho como profissional de saúde mental, já relatada neste trabalho, as perguntas inicialmente colocadas eram: Quais as reais demandas dos familiares de pessoas com sofrimento psíquico em relação aos serviços de saúde mental? Quais os dilemas enfrentados pelos profissionais de saúde mental na inclusão da família nos projetos terapêuticos de atenção à pessoa com transtorno mental?

Essas perguntas trazem de forma implícita, a dificuldade na relação entre esses familiares e profissionais de saúde mental. Estas dificuldades são explicitadas no âmbito da comunicação (o não dito quanto à demanda e à dificuldade de compreensão dos dados implícitos) e na vinculação e no estabelecimento de relação de confiança (dilema enfrentado pelos profissionais em sustentar a relação diante de dificuldades maiores impostas no processo de tratamento). Tanto as dificuldades de comunicação quanto as dificuldades de vinculação relacionam-se à modalidade de encontro entre os profissionais e familiares. Assim, as perguntas colocadas inicialmente e todas as ideias a elas associadas me levaram à premissa de que é pela compreensão dos fatores envolvidos no encontro entre profissionais e familiares que poderemos elucidar as questões que se relacionam às dificuldades e aos desencontros entre esses atores.

Encontro entendido, segundo a ótica espinosana, como a capacidade de afetarmos e de sermos afetados por outros seres. O bom encontro se dá quando há aumento de potência de agir de cada um dos atores da relação, podendo haver união de forças, aumentando as possibilidades de ação desses sujeitos. No Tratado Político (1677/1994), Espinosa afirma: “Se duas pessoas concordam entre si e unem suas forças, terão maior poder conjuntamente e, conseqüentemente, um direito sobre a Natureza que cada uma delas não possui sozinha” (p.35).

Procuramos desenvolver relações, ou buscar encontros, que proporcionem um acréscimo de nossa potência de agir e evitamos aquelas que diminuem essa potência. Até aqui, pudemos verificar que o encontro entre familiares e profissionais tem sido marcado pela discordância, pela diminuição de potência levando a mobilização de afetos de tristeza em ambos os sujeitos dessa relação. Envolvidas também nessa relação, de forma mais ampla, estão as propostas da política de saúde mental, que compõe o contexto em que se dá esse encontro.

A partir dessas indagações, a proposta deste estudo é conhecer a relação que se estabelece entre esses atores e buscar reflexão sobre fatores que poderiam aumentar a possibilidade de um bom encontro, com aumento de potência de agir, que resulte em alegria, entre profissionais e familiares.

4.2 Ir além dos efeitos: o desafio da tarefa

De forma geral, a proposta deste trabalho é analisar o posicionamento dos familiares e dos profissionais de saúde na relação que se estabelece entre eles, no processo de assistência em saúde mental, a fim de conhecer as causas das dificuldades dessa interação. O desafio dessa tarefa é ir além dos efeitos que se

encontram no plano visível: o afastamento entre os atores dessa relação, o desamparo familiar, a indignação, a culpabilização do familiar por parte do profissional. Para conhecer as causas é necessário conhecer os afetos envolvidos na ação dos profissionais sobre os familiares e vice versa, na produção desses efeitos. Como os atores dessa relação são afetados? O que se passa nesse encontro? Podemos iniciar esta discussão esclarecendo alguns conceitos já citados neste trabalho.

Deleuze (2002) explicando o sentido da ordem das causas na filosofia de Espinosa: “Quando um corpo ‘encontra’ outro corpo, uma ideia, outra ideia, tanto acontece que as duas relações se compõem para formar um todo mais potente, quanto que um decompõe o outro e destrói a coesão das suas partes” (pág. 25). Assim, como vimos, o encontro com o outro pode resultar na composição de algo, no aumento da potência de agir ou, pelo contrário, resultar na destruição, na decomposição e diminuição dessa potência. É essa variação contínua da potência de agir que Espinosa define o afeto. E sobre essa linha de variação contínua constituída pelo afeto, existem dois pólos antagônicos que, para Espinosa, são as paixões fundamentais: a tristeza e a alegria. A diminuição da potência de agir, por um lado, está relacionada à tristeza e, por outro lado, a alegria é a paixão que envolve o aumento da potência de agir.

O encontro entre profissionais e familiares parece resultar, muitas vezes, em decomposição, em diminuição da potência de agir, em tristeza em todos os envolvidos. Daí a impotência, a frustração, o desamparo e a adaptação passiva a essa realidade que se reflete na banalização das práticas de atendimento familiar, desistência e descrédito no tratamento por parte dos familiares.

Nessa proposta de conhecer essa relação, é importante pesquisar quais as ideias que determinam essa tristeza e impotência de agir que permeiam a interação entre profissionais e familiares. O afeto, segundo Espinosa, é determinado pelas ideias¹ e o essencial é ver quais são essas ideias que determinam os afetos.

Espinosa distingue três tipos de ideia: as ideias-afecção, as noções e as essências. A afecção é o efeito, ou a ação que um corpo produz sobre outro. Acontece quando há a mistura de dois corpos, um corpo que age sobre outro, e um corpo que recolhe os resultados da ação do primeiro. Para Deleuze, a afecção, na filosofia de Espinosa, indica “*a natureza do corpo modificado, a natureza do corpo afecionado [affectionné] ou afetado [affecté]; a afecção indica muito mais a natureza do corpo afetado do que a natureza do corpo afetante*” (Deleuze, 1978, ¶ 20). A afecção indica, portanto, o efeito que é captado pela percepção, que pode se diferenciar de sujeito a sujeito, gerando afetos e sentimentos que influem na sua forma de ver e estar no mundo. Ela é subordinada aos sentidos, à consciência. É do plano visível que a consciência recolhe seus efeitos. A consciência é limitada e pode perder-se em ilusões, ignora as causas, o conhecimento verdadeiro e valoriza os efeitos. Contenta-se em imaginar em vez de compreender.

Pelos estudos sobre os familiares de pessoas com sofrimento psíquico e a assistência em saúde mental, pode-se destacar como afecções a indignação do profissional diante do não investimento familiar no tratamento, apesar de todas as ofertas, e o sentimento de desamparo por parte dos familiares, atribuídos ao descaso de profissionais e Estado no atendimento às suas demandas. As ideias parecem mais centradas em efeitos que diminuem a potência de ambos os atores da relação, tendo como resultado a frustração e a passividade diante da realidade. O

¹ É importante notar que o afeto é determinado pelas ideias, não sendo as próprias ideias. O afeto não se reduz às ideias que se tem, e é absolutamente irreduzível a elas. Ele é de outra ordem. (Deleuze 1978)

foco da afecção está nos efeitos. Assim, as ideias-afecção tratam da representação dos efeitos sem suas causas. Espinosa chama as ideias-afecção de ideias inadequadas. Essas ideias são confusas, não se sabe o porquê e como um corpo é afetado e colocam o sujeito ao acaso dos encontros.

Por conhecerem a coisa pelo seu efeito, as ideias-afecção são chamadas por Espinosa de primeiro gênero de conhecimento. O segundo gênero de conhecimento seriam as noções comuns. As noções trazem a compreensão da causa: se a mistura de dois corpos produz determinado efeito, considera-se a natureza e a maneira que se compõem a relação entre os corpos. Espinosa emprega o termo noção comum para qualificar esse segundo tipo de ideia. Trata-se do enunciado daquilo que é comum aos corpos. Sobre isso, Deleuze (1978) aponta: “ora, como não existe um único corpo que não seja, ele mesmo, muitos, pode-se dizer que há coisas comuns ou noções comuns em cada corpo” (§ 48). As noções comuns são coletivas, remetem a uma multiplicidade, mas não deixa de lado o individual, são comuns ao todo e à parte.

A formação das noções dá ao sujeito, a posse da potência de agir, pois ele compreende a conveniência ou a inconveniência interna das relações características entre os corpos em questão. Ele não está passivamente colocado ao acaso dos encontros. Ele tem o domínio das paixões, pois é a causa de seus afetos, já que é ativo nas suas produções. Assim, sai do domínio das paixões e entra no domínio das ações. O conhecimento, a percepção de como se dá o funcionamento afetivo, dá ao sujeito a posse da potência de agir e o tira das variações contínuas. A partir daí ele é capaz de selecionar seus encontros, favorecendo aqueles que trazem afetos ativos e podendo transformar os afetos passivos.

Talvez esteja aqui a relevância desse trabalho, na medida em que propõe a produção de conhecimento, no sentido aqui exposto, que possa auxiliar os profissionais e familiares repensarem suas posições na relação aí estabelecida, abrir caminho para conhecerem as causas dos afetos gerados, contribuir ativamente para mudanças nessa relação e poderem conduzir as suas questões.

O terceiro gênero de conhecimento, a essência, depende do segundo gênero. Segundo Deleuze, apenas Espinosa entrou neste tipo de conhecimento, que se posiciona acima das noções comuns.

É importante ressaltar que não se tem a pretensão de alcançar determinações e causas únicas para a questão apresentada. Não se busca uma linearidade das causas, redução dos vários e variáveis fatores causais, simplificando o que é complexo. Essa forma linear de abordar a questão seria pautada no positivismo que acaba por enrijecer os fatores que estão em jogo na análise. Sobre essa busca de explicação pautada na positividade, Martins (2004 a) aponta:

Na medicina dita biológica, isso é muito comum: a causa da pressão é o colesterol e o sal, a da diverticulite é a falta de fibras, e assim por diante. Como se para cada incômodo, dor ou disfunção correspondesse um sintoma e para cada sintoma correspondesse uma entidade nosológica, e para cada categoria diagnóstica uma carência e portanto um medicamento. O corpo humano é assim dividido em partes e tido como a soma simples destas partes, que se encaixam em um funcionamento mecânico, sendo visto, neste modelo, como uma máquina. Nesta concepção de causalidade, busca-se uma suposta única causa, que estaria na origem de uma cadeia de efeitos; esta única causa fora buscada nos átomos, depois nos quanta, e agora é buscada nos genes, renovando-se a ilusão de que um mapeamento positivo de elementos substanciais, e por conseguinte um controle total

da natureza, será um dia possível e o ser humano não terá mais a incerteza da vida a angustiá-lo (Martins, 2004 a, p.952).

Trata-se de apresentação de modos possíveis de posicionamento nessa relação familiar-profissional de saúde mental que geram como efeito o desencontro, dentro de um contexto, de um contorno espacial e temporal. Considerar as possibilidades que fizeram que nesse momento e nessa realidade, essa relação gerasse esses efeitos. É se investigando e se conhecendo os afetos que movem os atores desta relação que será possível ter acesso a construções desses efeitos, que devem funcionar como forma de defesa de inseguranças e desejos. A proposta é mostrar a construção do que hoje aparece como naturalizado na prática em saúde mental em relação aos familiares.

Refuta-se a ideia de alcançar resultados universais, invariáveis, nem mesmo de apresentar modelos de interação entre esses atores, explicações transcendentais, criando-se regras de moralidade. A moral modela, transmite valores, aprecia por intermédio de características externas, condena e julga os atos. “A imanente expressão da vida é negada/aprisionada por transcendentais de estabilidade, essências verdadeiras e modelos de julgamento” (Andrade, 2007, ¶ 4).

Não se trata de dar ao pesquisador o saber, a verdade sobre aquilo que investiga, em uma hierarquia de saberes em relação aos participantes. Para Deleuze (citado por Droit, 1996), a verdade não está esperando em lugar algum para ser descoberta. Ela depende de nosso desejo de inventá-la. Droit explica que a verdade não é uma totalidade e, nessa perspectiva, nem mesmo é possível imaginar um criador de verdades. “São movimentos obscuros. Trata-se de acompanhá-los, não de fazê-los existir - de segui-los, não de representá-los” (pág. 66).

A proposta é pensar a questão como um “espaço aberto, multivetorial” (Pelbart, 1996) que possa produzir diferenciações, experimentações, afirmar modos de existência singular. Trata-se de se ter a liberdade de olhar um contexto sem ter a obrigação de ter seu sentido esgotado. É poder escutar, acolher a processualidade para que outros modos de existência estejam sempre se efetivando. Em estudo de 2007, Andrade afirma que o grande desafio da psicologia na produção/saúde coletiva seria a abertura para o desconhecido, o permanente experimentar, o inventar outros fazeres e produzir outros conhecimentos na afirmação da alteridade, no encontro tanto com os usuários como com outros profissionais, conhecimentos que emergem desse encontro e extrapolam o saber/fazer que cada um detém em sua singularidade.

CAPÍTULO V

METODOLOGIA

Até aqui procurei abordar a minha forma de pensar a realidade a ser estudada, a minha proposta de estudo e o meu posicionamento em relação à causalidade, universalidade e produção de verdades. Antes de descrever o método utilizado, pretendo expor outras questões que considero importantes ao se pensar em uma atividade científica.

Identifico-me com os autores que reconhecem a impossibilidade de apreender e analisar a realidade assim como ela é na sua totalidade. “A realidade tanto se mostra como se esconde. Se a ciência soubesse exatamente o que é a realidade, não seria necessária” (Demo, 2001, p.10). No entanto, no mundo científico encontramos a “ditadura do método” (Morin, 1998) que considera real apenas o que cabe no método, não reconhecendo que as simplificações metodológicas podem distorcer a realidade na tentativa de sistematizá-la logicamente. “Acreditamos piamente que vemos a realidade assim como ela é, embora a vejamos assim como podemos” (Demo, 2001, p. 23). Morin (2008) aponta que o pensamento simplificador é incapaz de conceber a conjunção do uno e do múltiplo. Chama de inteligência cega aquela que destrói o conjunto e as totalidades, isola todos os objetos daquilo que os envolve e não concebe o elo inseparável entre o observador e a coisa observada.

Além de considerar o real na sua complexidade, outro ponto importante a ser discutido é sobre sua interpretação. Essa interpretação da realidade, em ciências

humanas, depende da perspectiva do observador que está solidariamente imbricado e comprometido com seu objeto de estudo. “Quando analisamos qualquer realidade, o fazemos pelo olhar de dentro e contextualizado, cuja posição e contexto condicionam intrinsecamente o processo de captação” (Demo, 2001, p.11). Toda ciência passa por interesses e visões de mundo criadas historicamente e não existe, portanto, ciência neutra (Minayo, 2007).

Essa neutralidade científica é contestada também pelo argumento de que o conhecimento depende do ser que conhece. Para Nietzsche (1844-1900 citado por Turato, 2003) o mundo é interpretável de modos diferentes, tendo inúmeros sentidos, de acordo com as necessidades de quem está buscando conhecimento. Para o filósofo, são as nossas necessidades que interpretam o mundo; seria das “razões” do corpo que nasce essa busca. A pesquisa, de acordo com estas colocações, surgiria de razões pessoais do pesquisador.

Nessa mesma linha de pensamento, Duarte (2002) aponta que a pesquisa é uma viagem em que se vasculham lugares já visitados, nada absolutamente originais, porém, com determinado modo de olhar e pensar que parte de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são bastante pessoais.

A necessidade que me impulsionou a essa pesquisa partiu de uma dificuldade como profissional de saúde mental. No meu percurso profissional me deparei com dificuldades na relação com os familiares dos usuários dos serviços, que de certa forma me traziam outros questionamentos a respeito do meu papel clínico e político como trabalhadora de saúde mental. Essa dificuldade não era só minha ou da minha equipe de trabalho, mas de vários profissionais, como podemos acompanhar em trabalhos abordados neste estudo. A minha compreensão das dificuldades dessa relação foram amadurecendo no meu cotidiano de trabalho em instituições diversas,

de discussões em equipes, de estudos voltados a essas questões e me instigaram a buscar conhecimento sobre o tema proposto neste trabalho. A seguir será apresentado o método utilizado na tentativa de articular os impasses teóricos, os desafios da prática, as indagações iniciais e as que foram surgindo no processo da pesquisa.

5.1 Delineamento da pesquisa e percurso metodológico

Partindo da proposta de estudar a relação entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico, considerando a perspectiva desses atores, a perspectiva qualitativa de investigação mostrou-se o método mais fecundo para alcançar os objetivos da pesquisa. Trabalhar com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes, além de se ocupar com o nível da realidade não visível, que precisa ser exposta e interpretada são características da pesquisa qualitativa (Minayo, 2007) e proposta deste estudo. O alvo de interesse do pesquisador que lança mão da pesquisa qualitativa “são as significações que um indivíduo em particular ou um grupo determinado atribuem aos fenômenos da natureza que lhes dizem respeito” (Turato, 2003, p.190). No processo de reflexão do objeto da pesquisa, a contextualização desses familiares, dos profissionais, o modo de elaboração de significações, de intencionalidades e teorias próprias mostram-se de fundamental importância para esse estudo.

A pesquisa qualitativa acontece em ambiente natural, nunca em ambiente reprodutor de situações. Nesse sentido, a pesquisa sobre a relação entre familiares e profissionais de saúde mental deveria ser realizada em *setting* natural desses

sujeitos. E a princípio, o ambiente natural do profissional de saúde mental seria a instituição de saúde mental e do familiar, a sua própria residência. A instituição de saúde mental, como estratégia, seria o lócus inicial da pesquisa, a partir da qual seriam feitos os contatos com os profissionais e primeiros contatos com os familiares.

Como campo de estudo, foi escolhido o dispositivo CAPS, centro de atenção psicossocial, por ser um dispositivo estratégico, um serviço de saúde aberto, comunitário, que oferece atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dessas pessoas. Por meio de ações intersetoriais, além de facilitar o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, visa fortalecer os laços familiares e comunitários das pessoas com transtornos mentais. Tem ainda como objetivo, evitar internações e/ou reinternações em hospitais psiquiátricos, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica (Brasil, 2005). Logo, para garantir os cuidados à pessoa com transtorno mental que garanta uma rede de apoio em seu território, as ações voltadas aos familiares devem ocupar lugar de destaque.

As unidades CAPS inicialmente selecionadas para campo da pesquisa foram: CAPS Ilha de Santa Maria e CAPS Infanto juvenil, ambos da Prefeitura Municipal de Vitória e CAPS Moxuara, da cidade de Cariacica, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, instituições situadas na cidade de Vitória ES e região. o estudo. Foi realizado contato inicial com a Comissão Científica da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória e com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil da Secretaria de Saúde do Estado (CEP- HINSG/SESA). Por dificuldades em adequação do projeto às exigências do CEP da Secretaria de Saúde

do Estado, que exigia alguns detalhamentos metodológicos difíceis de serem previstos, por se tratar de pesquisa qualitativa, dentro de tempo hábil de início da pesquisa de campo, o CAPS Moxuara foi descartado como unidade selecionada para pesquisa. Os CAPS da Prefeitura Municipal de Vitória, por terem tido aprovação da Comissão Científica responsável, foram viabilizados como campo de pesquisa.

O projeto da pesquisa, seguindo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFES, registrado sob número 149/09.

Com as devidas aprovações, foi iniciado o processo da pesquisa de campo.

5.2 Caracterização do campo de pesquisa

O Programa de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Vitória tem como proposta oferecer atenção integral e territorializada aos moradores da cidade, de todas as faixas etárias, que apresentam sofrimento psíquico. Tem como prioridades a atenção a pessoas, incluindo-se crianças e adolescentes, que sofrem por transtornos mentais graves e aos usuários de álcool e outras drogas.

As ações são desenvolvidas pelo Apoio Matricial, que se constitui em uma proposta de construção de uma rede ampliada, integrada, que visa produzir maior resolutividade à assistência em saúde mental. Por meio da articulação da rede de saúde mental com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) facilita o direcionamento do fluxo da rede. As equipes das unidades de saúde procuram conhecer a demanda do território, as famílias e o contexto geral de cada situação para, em conjunto com

familiares, com a comunidade e com os profissionais desenvolverem as estratégias de atenção e tratamento. Em discussão dos casos com equipes da unidade e equipe de saúde mental, que envolve inclusive profissionais de CAPS, pode ser analisada a necessidade de direcionamento do caso a serviços de complexidade como CAPS.

É importante ressaltar que o CAPS tem função importante como articulador da rede de atendimento em saúde mental, além de supervisionar a capacitar as unidades de atenção básica e o Programa de Saúde da Família, no atendimento em saúde mental, aumentando a capacidade resolutiva de problemas de saúde mental pelas equipes locais

5.2.1 CAPS Ilha de Santa Maria

A descrição a seguir foi construída a partir de relatos dos profissionais da instituição e por informações colhidas no *site* da Prefeitura Municipal de Vitória.

É o único CAPS do Sistema Único de Saúde da cidade. Foi fundado em 1996 e sua implantação foi a primeira iniciativa do gênero no Estado. É resultado de um trabalho em parceria da Prefeitura Municipal de Vitória e a Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES.

Oferece tratamento de atenção diária, as pessoas com sofrimento mental grave com idade a partir dos 18 anos, cinco dias por semana, em dois turnos: matutino e vespertino. A equipe é formada pelos seguintes profissionais: quatro psicólogas, três assistentes sociais (um deles exerce a função de coordenação do CAPS), seis terapeutas ocupacionais, dois psiquiatras, um educador físico, quatro técnicos de enfermagem, dois enfermeiros, um musicoterapeuta e um arteterapeuta. Pode ser considerada uma equipe jovem, já que a maioria trabalha há pouco tempo

no CAPS (menos de dois anos). Alguns desses profissionais não tiveram experiência prévia no trabalho com transtorno mental grave. Cada profissional é responsável por uma micro-região de saúde do município, que corresponde a um território com suas unidades e equipes de saúde. O profissional fica responsável a participar do matriciamento dos casos desse território.

O espaço para discussão de casos clínicos e questões relativas ao trabalho no CAPS é a reunião de equipe, que acontece semanalmente. A equipe também conta com análise institucional, realizada mensalmente.

O plano de intervenção terapêutica é formulado de forma individualizada para cada usuário. A pessoa com sofrimento psíquico é encaminhada por outros serviços, passando por um acolhimento realizado por técnicos do CAPS. O usuário ao ser admitido na instituição passa a ter um técnico de referência que se responsabilizará pelo seu tratamento, contato com os familiares e matriciamento com a rede. Depois de o caso ser discutido em equipe, é traçado um plano terapêutico individual e, juntamente com o usuário, delimitados a frequência, os atendimentos e as atividades que irão participar. O CAPS oferece, como dispositivos terapêuticos, grupos e oficinas terapêuticas e atendimentos individuais.

Os familiares são chamados a uma parceria com o CAPS, a comprometerem-se com o processo de tratamento da pessoa com sofrimento psíquico. O CAPS oferece para os familiares: *terapia familiar*, que consiste em terapia para o núcleo familiar do usuário, *terapia multifamiliar*, que consiste em espaço de acolhimento e reflexão sobre questões colocadas pela família e usuários e *grupo de familiares*, que para discussão de temas trazidos pelos familiares. Além destes dispositivos, a família é convidada a participar, juntamente com usuários e funcionários da

Assembléia Geral do CAPS, que é uma reunião de caráter deliberativo, em que são tratados assuntos relacionados à instituição, ao cotidiano das pessoas, às relações.

5.2.2 CAPS infanto-juvenil de Vitória

Da mesma forma, a descrição a seguir parte de informações colhidas com os profissionais e no site da Prefeitura Municipal de Vitória.

O Caps infanto-juvenil (CAPS i) é uma unidade da rede de atenção em saúde mental da Secretaria de Saúde de Vitória. Foi inaugurado em setembro de 2007, sendo a primeira instituição pública do município e do Estado destinada exclusivamente a crianças e adolescentes no tratamento e assistência integral em saúde mental.

Oferece atenção diária a crianças e adolescentes com transtorno mental grave, cinco dias por semana em dois períodos: matutino e vespertino. A equipe é formada por quatro psicólogos, um deles responsável pela coordenação do CAPS, duas terapeutas ocupacionais, um pediatra, um psiquiatra, dois arteterapeutas, um musicoterapeuta, um educador físico, um assistente social, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem. Trata-se de uma equipe com experiência de três anos no trabalho em conjunto na assistência à criança, ao adolescente e suas famílias.

A criança ou adolescente é encaminhada pelas unidades de saúde ou pela APAE. É feito um acolhimento inicial, por um profissional da equipe, onde são atendidos a criança/adolescente e seu familiar. O plano terapêutico é individualizado, a partir da admissão da criança, discussão com a equipe do CAPS e/ou com as equipes das unidades e familiares, sendo delimitados a frequência e as atividades terapêuticas que compõem o tratamento. O CAPS oferece grupos e

oficinas terapêuticas e atendimentos individuais em diferentes modalidades. Assim como o CAPS ilha de Santa Maria, a partir de sua admissão, o usuário passa a ter um técnico de referência que se responsabilizará pelo tratamento, contato com os familiares e matriciamento com a rede. Da mesma forma, cada profissional é responsável por uma micro-região de saúde do município, responsabilizando-se na participação do matriciamento dos casos do seu território de referência.

Os familiares são incluídos no processo, sendo co-responsáveis pelo tratamento e recebendo atendimentos quando necessário. Os atendimentos familiares são de modalidade nuclear, na maioria das vezes psicoterapêuticos ou de orientação familiar. Atendimentos grupais de familiares como grupos de familiares e grupo de mulheres (restrito a familiares do sexo feminino) foram desativados.

As assembleias com familiares, profissionais e usuários acontecem sem periodicidade pré-determinada sendo agendadas de acordo com as demandas da comunidade CAPS i.

A equipe reúne-se diariamente para reuniões de turno, onde se discute as ocorrências diárias e os acolhimentos feitos no dia e, semanalmente, para discussões administrativas e discussões de casos clínicos. A supervisão institucional acontece mensalmente.

5.3 Instrumentos da Pesquisa

O objeto construído nessa pesquisa, que diz respeito à relação entre profissionais e familiares de pessoas com sofrimento psíquico, deve ser investigado no sentido de ultrapassar o senso comum, por meio de métodos científicos. Dizendo de outra forma, seria sair do primeiro gênero de conhecimento, segundo uma

perspectiva espinosana, do conhecimento apenas pelos efeitos das coisas e passar para o segundo gênero, as noções trazendo a compreensão das causas, conforme já discutido, usando para isso o método científico adequado.

A partir do delineamento da pesquisa, foi se construindo um plano geral que permitisse a emergência dos dados. Na proposta dessa pesquisa, foi considerada essencial a minha interação, como pesquisadora, com os profissionais e familiares. Essa interação entre o pesquisador e os pesquisados é um instrumento privilegiado de coleta de informações, pois traz todas as possibilidades que tem a fala como “reveladora de condições de vida, da expressão dos sistemas de valores e crenças e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, o que pensa o grupo dentro das mesmas condições históricas, socioeconômicas e culturais que o interlocutor” (Minayo, 2007, p. 64).

Assim, neste trabalho interacional, as técnicas utilizadas na coleta de dados foram entrevistas e observação. Embora haja muitas técnicas possíveis de realizar o trabalho de campo em pesquisa qualitativa, esses dois instrumentos são os mais comuns. (Minayo, 2007).

O modo como foram conduzidas as entrevistas, nesse trabalho, classificam-nas segundo o tipo semi-estruturada ou semi-dirigida de questões abertas (Turato, 2008). A condução destas foi feita por mim, tomando como referência alguns tópicos que me serviram de orientação, e algumas vezes pelos entrevistados quando iam associando ao assunto geral, uma ordem livre de temas particulares. Foram realizadas no sentido de se obter dados objetivos e subjetivos, segundo a proposta do estudo. Os tópicos abordados com os familiares referiram-se, de forma geral, à sua visão de loucura/transtorno mental, dos encargos e relação com os profissionais, com rede, expectativas, sugestões em relação ao tratamento. Os

tópicos abordados com os profissionais de saúde mental, de forma geral, trataram sobre a visão de loucura, saúde mental, tratamento, relação com o familiar do usuário, barreiras e motivações nesse tipo de trabalho.

Os encontros foram realizadas ou nos CAPS's ou nos domicílios dos familiares e duraram em média 60 minutos. O registro foi feito por intermédio de gravação magnética com posterior transcrição de áudio e, algumas vezes, também por registro de memória, pelas anotações em diário de campo.

A observação participante foi realizada nas conversas informais com usuários e familiares nos espaços institucionais e fora deles, nos espaços informais de espera por atendimento, na espera pelas entrevistas, na recepção, no refeitório, pátio, na participação de grupos de familiares, em evento promovido por um dos CAPS. Esse diário de campo resultou em um arquivo eletrônico, no qual foram escritas todas as informações que não fizeram parte do material formal de entrevista e que foi utilizado na análise qualitativa dos dados.

5.4 Participantes

Os participantes da pesquisa são os profissionais de saúde mental e os familiares de pessoas com sofrimento psíquico.

Participaram familiares de usuários do CAPS Ilha de Santa Maria e do CAPS i, com grau variado de parentesco com a pessoa com sofrimento psíquico (mãe, pai, irmã, esposa, marido, avó e avô), com quem mantinham convivência cotidiana. Além disso, para a pesquisa era necessário que esses familiares fossem referências importantes em momento que a pessoa com sofrimento psíquico necessitasse de ajuda ou atenção e que assumissem a responsabilidade pelo tratamento quando

necessário. Portanto, familiares que acompanham o tratamento e mantêm contato com os serviços de saúde mental e com seus profissionais. Foi entrevistada apenas uma pessoa de cada família, não importando o sexo, idade, profissão ou grau de escolaridade. É importante notar, que como são pessoas que dependem de atendimento de saúde em serviço público, a maioria delas tinha baixo poder aquisitivo e pertencia à denominada classe socioeconômica baixa. É importante ressaltar que os participantes considerados são os familiares e não os adultos ou crianças/adolescentes que fazem tratamento nos CAPS's, não importando, portanto, a idade, o diagnóstico ou gravidade do quadro do familiar com sofrimento psíquico. Considera-se que as diferenças de fase de desenvolvimento dos usuários, a gravidade do caso pode afetar na relação familiar, nos encargos e no sofrimento do familiar, porém como o foco do trabalho está na relação desses familiares com os profissionais, essas questões foram consideradas apenas quando ofereceram variações relevantes em relação aos participantes, na análise dos dados. A seleção deu-se pelos critérios apresentados e pela disponibilidade e concordância desses familiares em participar da pesquisa. Foram entrevistados nove familiares. Chegou-se a esse número pelo método de amostragem por saturação, isto é, depois de certo número de entrevistas, as informações passaram a se repetir e novas falas passaram a ter acréscimos pouco significativos em relação aos objetivos da pesquisa, inicialmente traçados.

Os outros participantes foram profissionais de nível superior, responsáveis por atendimento familiar nos CAPS's. Não foram considerados profissionais de nível médio, pois nos CAPS's pesquisados esses profissionais não realizavam atendimentos familiares sistematizados, pré-requisito importante para responder aos objetivos da pesquisa. Dessa forma, a seleção partiu da experiência desses

profissionais em atendimentos aos familiares e também da concordância e disponibilidade em participarem da entrevista. Foram entrevistados doze profissionais, dentre eles: dois assistentes sociais, um médico, cinco psicólogos, um terapeuta ocupacional, um musicoterapeuta, um arteterapeuta e um enfermeiro. Esse número de participantes, também foi fechado a partir de amostragem por saturação.

Desses profissionais, quatro deles tinham experiência há mais de seis anos na área. O restante, na época da pesquisa de campo, trabalhava na área por volta de dois anos, tempo de trabalho na Prefeitura de Vitória. Alguns deles, anteriormente trabalhavam na área da saúde, porém não lidavam diretamente com pessoas com sofrimento psíquico. É importante destacar que no ingresso na Prefeitura de Vitória, com exceção dos médicos, a coordenação de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde é quem encaminha os funcionários recém admitidos para as unidades, havendo pouca ou nenhuma consideração sobre a experiência prévia do profissional de saúde na área. Assim, estar trabalhando em CAPS não era opção de alguns dos profissionais entrevistados. Essa informação é importante na caracterização desses sujeitos e na composição com o material da pesquisa, no processo de análise.

Ainda sobre os participantes, é importante discutir alguns pontos referentes à minha proximidade com eles. Minayo (2007) lembra que na pesquisa em que se lida com seres humanos sempre se encontra um substrato comum de identidade (cultural, faixa etária, gênero, etc.) entre o investigador e sujeito, tornando-os solidariamente imbricados e comprometidos. No meu caso, substratos comuns como culturais, ser também parte de uma família, ser mãe, esposa, filha, irmã, me aproximava em certo sentido desses familiares. Outro detalhe importante a ser considerado é que trabalhei por nove meses no CAPSi e alguns familiares já foram

atendidos por mim. Em relação aos profissionais de saúde mental, os substratos comuns referiam-se não só a ser também profissional de saúde mental, ter também meus questionamentos em relação ao trabalho com os familiares, mas também por ter trabalhado com alguns deles no CAPS i ou em outras instituições.

O fato de lidar com participantes próximos, às vezes conhecidos, traz duas questões importantes a serem discutidas. A primeira refere-se a um ponto que pode ser tomado como positivo que é a possibilidade dessa proximidade facilitar o “colocar-se na pele do analisado”. Alguns autores falam da preocupação epistemológica de entender o outro assim como o outro gostaria de ser entendido e ressaltam a importância do desafio de procurar da melhor maneira possível entender o outro, tentando colocar-se no lugar dele. Essa proximidade facilitaria esse processo? Em alguns momentos senti que essa proximidade fazia com que eu sentisse que entendia exatamente o que o outro estava querendo dizer. É claro que isso é muito difícil de acontecer e era apenas uma impressão. Sobre o desafio de entender exatamente o que o outro quer dizer, Demo (2001) afirma: “Tal ideia é muito interessante, porque mostra a importância da boa vontade de entender o outro e a dificuldade de fazer isso a contento. No limite, não entendemos propriamente o outro, mas o entendemos conforme conseguimos entender” (Demo, 2001, pag.32).

A segunda questão refere-se a essa proximidade como um problema na condução da pesquisa. A falta de distanciamento entre pesquisador e os participantes pode levar a confusão entre os discursos. Para resolver esse impasse, segui recomendações feitas por Duarte (2002). A autora alerta que quando há essa proximidade, o pesquisador deve ficar atento na produção de um texto no qual os recortes das falas, os indivíduos privilegiados, os temas destacados expressem as

reais dúvidas e opiniões dos informantes e não o posicionamento do pesquisador-autor.

5.5 Etapas da pesquisa de campo

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de ética e pela comissão de pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória, comecei o trabalho de campo. Inicialmente, fiz contato com as coordenadoras dos CAPS, que se mostraram solícitas a colaborarem no processo dessa pesquisa. Nesse primeiro momento, obtive informações sobre a rotina institucional e ajuda nas estratégias de seleção de familiares e profissionais para as entrevistas. A partir desses contatos, foram realizadas reuniões em ambos os Caps, com as equipes de profissionais, para apresentação da proposta da pesquisa. Nas duas reuniões, os profissionais, criticaram a proposta de forma construtiva, questionaram alguns pontos e deram sugestões, algumas delas incorporadas em adequações no projeto inicial.

A pesquisa foi iniciada no CAPS Ilha, pela entrevista com os profissionais. Para isso, contei com a colaboração da coordenadora do CAPS que me explicou a dinâmica de atendimento da instituição e os profissionais que teriam um contato mais direto com os familiares. A partir daí, as entrevistas eram agendadas por telefone e realizadas no próprio CAPS em horário de trabalho dos profissionais, nos intervalos de suas atividades.

Ao mesmo tempo em que fazia entrevistas no CAPS Ilha passei também a fazer entrevistas no CAPS i. Por já conhecer pessoalmente esses profissionais, com

quem tive relações estreitas de trabalho durante onze meses em que trabalhei na instituição, o agendamento dessas entrevistas foi facilitado.

Todas as entrevistas com os profissionais foram realizadas nos CAPS's, em salas de atendimento, com pouca interferência externa. Antes de cada entrevista era lido o termo de consentimento livre e esclarecido e após a assinatura do profissional a entrevista era iniciada.

Normalmente agendava apenas uma entrevista por dia. Na espera por ser atendida pelo profissional, ou ficava em contato com os usuários na sala de espera, ou conversando informalmente com outros profissionais e familiares nesse espaço. Outras vezes circulava por espaços mais reservados como refeitório, pátio, etc. No CAPS i, por ter certa intimidade com a equipe, algumas vezes esperava a disponibilidade do participante na sala de reuniões, junto a outros profissionais. Considerava que esses momentos tivessem importância, na composição com outros dados, na compreensão de alguns fenômenos e, por isso, eram registrados em diário de campo.

Após terminar as entrevistas com os profissionais, passei para a segunda etapa, a entrevista com os familiares. No CAPS Ilha, seguindo sugestão dos profissionais, participei de um grupo de terapia multifamiliar, para me apresentar e expor a proposta da pesquisa aos familiares e, a partir dali, poder combinar futuros contatos. Após o grupo, vários familiares me passaram seus números de telefone para participarem da pesquisa. No CAPS i, por não terem um grupo ou reunião sistemática com os familiares, obtive acesso aos números de telefone por meio de prontuários e por contato com familiares em sala de espera. A seleção nesse caso foi ou pelas sugestões de profissionais ou pelo conhecimento da situação familiar, por já ter trabalhado na instituição. A esses familiares foi necessário a explicação do

projeto por telefone e se houvesse concordância na participação, era marcada a entrevista. Deixava os familiares a vontade para decidirem o melhor local para entrevista. Alguns escolheram suas residências e outros preferiram ser entrevistados nos CAPS's. Todos os familiares, sem exceção, mostraram-se cooperativos, muito receptivos comigo quando ia a suas residências ou pontuais nas entrevistas marcadas nos CAPS's. Em nenhum momento tive uma desmarcação de horário ou falta em horário marcado no CAPS, pelos familiares.

Assim como com os profissionais, antes de iniciar a entrevista era lido e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

No final da pesquisa de campo tinha como material para análise: a. transcrição de doze entrevistas realizadas com profissionais de saúde mental; b. transcrição de nove entrevistas realizadas com familiares de pessoas com sofrimento psíquico; d. diário de campo .

5.6 Análise e interpretação dos dados

O tratamento do material, a sua codificação, deu-se por intermédio da análise de conteúdo. Bardin (1979) define análise de conteúdo como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1979, p.42).

A proposta deste trabalho é ir além da descrição dos fenômenos, é poder fazer a discussão/interpretação dos resultados e, por isso, a escolha por esse

procedimento de tratamento/análise se deu por permitir discutir/inferir a partir dos dados trabalhados. Há várias maneiras para analisar conteúdos de materiais de pesquisa, esta pesquisa foi trabalhada na modalidade de análise temática. A análise temática “procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos” (Turato, 2008, p. 442). Tendo em vista que este estudo não pressupõe uma análise quantitativa, as categorias foram sendo delineadas não necessariamente pela repetição de falas, mas também pela relevância dos relatos no encaminhamento das discussões.

A transcrição das entrevistas, quase vinte horas, foi feita por mim e fez parte de uma primeira leitura do material. Depois desta, tiveram várias outras leituras, no sentido de “ruminar os dados”, de deixar-me “invadir por impressões e orientações” (Bardin, 1979, p.40). Porém, tratar as palavras de forma cuidadosa: “Cuidado com a sedução da clareza! Cuidado com o engano do óbvio” (Alves, 2000, p. 5, citado por Turato, 2008). Busquei em primeiro lugar conhecer o sentido imanente dos relatos para depois passar a uma interpretação mais refletida, tentando articular o conhecimento teórico sobre as questões levantadas com o quadro de referencia que norteavam a perspectiva dos profissionais e familiares.

Para Ezpeleta e Rockwell (1986) no terreno teórico, a construção de categorias é uma das operações fundamentais. Segundo essas autoras, quando essa forma de construir teoria não é concebida como parte fundamental do trabalho, o pesquisador corre o risco de abrir caminho ao senso comum como organizador da teoria resultante.

Entre a informação empírica e a construção final, os dados se articulam sempre com algum sentido. Se, nesta passagem, não medeia uma

cuidadosa vigilância e uma cuidadosa reflexão, então essa articulação é realizada pelo senso comum (p. 89).

CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Na apresentação dos trechos dos relatos dos participantes, tomei o cuidado em omitir os nomes dos profissionais, dos familiares e dos usuários, quando citados, trocando-os por letras aleatórias. No final de cada trecho de relato, a letra P indica que o relato foi feito por profissional e a letra F por familiar. Os números correspondem à identificação numérica de cada participante, por exemplo, F2 indica que o relato foi feito pelo familiar número 2.

6.1 A loucura que nos aproxima, a doença que nos afasta.

O que leva a uma primeira aproximação entre essas pessoas, familiares e profissionais de saúde mental, é a loucura. A loucura que, nesse contexto, não é dos familiares, não é dos profissionais, mas é o “outro” em relação a essas pessoas. O “outro”, entendido aqui pela via do campo da subjetividade, que vai além do “não eu”, que marca uma diferença tal que leva ao estranhamento, à desestabilização e à perda do suposto equilíbrio. A princípio esse estranhamento é mais percebido pelos familiares, que normalmente têm dificuldades em suportar toda a turbulência decorrente do convívio com a loucura. Porém, os profissionais também têm suas dificuldades em lidar com essa alteridade.

São inúmeros termos que são utilizados para referir-se à pessoa que levou à necessidade desse encontro: usuário, paciente, pessoa com transtorno mental,

pessoa com sofrimento psíquico, etc.. Inúmeros também são os termos para referir-se a esse fenômeno complexo, manifestação das formas e possibilidades do humano: loucura, doença mental, transtorno mental, sofrimento psíquico. Esses termos, de certa forma, denunciam a compreensão e as ideias relacionadas ao fenômeno da loucura; compõem diferentes discursos e refletem a relação com essa alteridade.

Para alguns profissionais, assim como houve evolução do discurso e a relação social com o fenômeno da loucura, no decorrer dos tempos, assim também os termos utilizados sofreram evolução.

Eu uso transtorno mental, não uso o termo portador, né? Uso pessoas com transtorno mental porque o termo em si traz um marco, uma ênfase muito da doença, como se o sujeito se perdesse nessa relação com a doença. Então a gente em tempos em tempos, a gente revê os termos em função ao próprio estigma que a gente vai delegando às palavras, infelizmente (P1).

Pelo fato de eu estar muito tempo militando nesta causa da reforma psiquiátrica, a própria reforma mesmo, os termos mudam: doença para transtorno mental severo, persistente, às vezes uma coisa mais branda, sofrimento psíquico grave, mas assim o termo mais corrente, que consta em portaria, é transtorno mental grave e a gente coloca este adjetivo, este aposto característico das psicoses. Até para marcar com relação a outras patologias. Mas aqui, quer dizer, este grave do transtorno mental, ele diz respeito também a quadros bipolares, alguns quadros de ansiedade muito aguda e principalmente na infância e na adolescência a questão do risco social (P8).

Nesses relatos observamos que enquanto P1 tem o cuidado de utilizar termos que desconstruam a visão de doença mental e o estigma a ela relacionado, P8 associa os termos utilizados à patologia, a diagnósticos. Nesses dois recortes, a

forma de utilização dos termos, pelos profissionais, ilustra diferentes discursos vigentes na abordagem do fenômeno da loucura.

Vechi (2004) propõe três tendências discursivas que marcaram o processo pelo qual a loucura se tornou e se mantém como objeto do discurso científico no Brasil: a manicomial, a de saúde mental e a de desinstitucionalização. No discurso manicomial a loucura é definida como patologia, tanto de ordem moral como somática. Com a noção de doença mental, a loucura é reduzida a estruturas, a síndromes e a diagnósticos, baseados em aspectos como incompreensibilidade, periculosidade e incapacidade, que justificaria a internação, favorecendo o efeito de permanência da condição patológica do sujeito. Supondo que a conservação na patologia estaria relacionada com a organização do tratamento oferecido, o discurso de saúde mental propõe a substituição do discurso manicomial, concretizando mudanças na assistência em saúde mental, fazendo retificações na noção de doença mental. O foco prioritário do tratamento seria a produção de saúde mental pela adaptação social e não apenas pela modificação da patologia, como no discurso manicomial. No entanto, a noção de doença mental permanece neste discurso, ainda que numa compreensão ampliada, definida numa perspectiva biopsicossocial. Diferentemente dos demais, o discurso da desinstitucionalização propõe a busca de novas formas de compreensão da loucura, sem restringi-la à ordem da patologia. Toma o próprio discurso científico como alvo de avaliação crítica, retomando a noção de doença mental como objeto de desconstrução, passando a loucura a ser percebida como uma construção social mais ampla, não bastando uma reforma entendida como melhora e humanização dos serviços. Esse discurso indica, portanto, uma necessidade de uma desconstrução, dentre outras, no

que se refere à noção de doença que justificaria os procedimentos assistenciais que podem levar à exclusão social da pessoa reconhecida como louca.

Não se trata de negar a dor, o mal-estar, que podem ser provocados pela diversidade da experiência, mas de recusar a redução ao conceito de doença, a compreensão da complexidade do fenômeno loucura/sofrimento psíquico (Rotelli et al, 2001).

Assim, podemos perceber que enquanto P1 utiliza um discurso que se aproxima ao discurso da desinstitucionalização, P8, se afasta desse discurso que seria referencial da chamada reforma psiquiátrica brasileira, da qual ele se identifica como militante. Na forma como é utilizada pelo profissional, termos como transtorno mental substitui o termo doença mental, mas ainda favorece a “patologização” da clientela atendida, ao associá-lo a diagnósticos.

Outros profissionais, ainda, desconsideram os termos relacionados como reflexo de uma determinada concepção teórica e de posicionamento político e técnico diante da questão da loucura.

A gente utiliza todos os termos, depende muito a quem a gente endereça, então a gente utiliza loucura, sofrimento psíquico, psicose e aí é muito comum falar em esquizofrenia e acho que todos os termos são utilizados (P2).

Eu uso, depende do contexto, normalmente... Quando eu vou escrever, eu procuro escrever sobre adoecimento psíquico. Às vezes quando você tá conversando com pessoas leigas, pessoas que falam de loucura, pra explicar o que é isso e pra entendimento melhor, você fala doença mental (P3).

Aparece relevante nesses relatos o papel desses profissionais na produção de subjetividades. É claro que a produção de subjetividade não é restrita a uma

classe de pessoas, porém, algumas delas têm o discurso legitimado como os chamados “trabalhadores sociais”, que seriam aquelas que desenvolvem qualquer tipo de trabalho no campo pedagógico ou cultural junto a comunidades, periferias, etc. e que através da naturalização de práticas e discursos atuam de alguma maneira na produção de subjetividade (Guattari, 1986). No nosso caso, por meio de seus discursos os profissionais reproduzem verdades e crenças sobre saúde /doença mental que atuam na produção de subjetividade que modelam modos de existência de pessoas envolvidas nesse universo.

É importante notar que os relatos apresentados são de profissionais que atuam em serviços de saúde mental, em CAPS, considerados dispositivos estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil, que busca uma ruptura paradigmática em relação ao modelo anterior que fundou a noção de doença mental como sinônimo de desrazão e patologia. Talvez os sentidos indiquem que falte, a alguns profissionais, clareza e reflexão dos princípios que embasam sua prática, que é naturalizada na medida em que é incorporada ao dia a dia institucional e vai sendo reproduzida, muitas vezes, sem se pensar nos pressupostos ideológicos, teóricos e técnicos das experiências.

Ressaltando a dimensão da doença do fenômeno da loucura, muitos desses profissionais a compreendem e a vivenciam como uma falta:

*Olha só, transtorno mental pra mim é um **prejuízo**... É uma doença que está prejudicando a pessoa nas relações familiares dela, no convívio em geral, né? É uma pessoa que não... que em função desta patologia, ela não dá conta de, por exemplo, de ter uma rede social que permita a ela de viver bem, então ela não dá conta de ter uma relação familiar que também seja saudável (P5).*

*São transtornos de origem mental que **atrapalham** o sujeito na sua vida cotidiana, que vão atrapalhar o cotidiano, as relações familiares, as atividades do seu dia a dia, o trabalho, o auto-cuidado (P4).*

*Eu acho que quando a gente fala sofrimento psíquico, o próprio nome diz mesmo, de um sofrimento mesmo, algo de um **desajuste** assim, algo que aconteceu em uma etapa da vida e transformou a vida desse sujeito. A gente vê quanto fica diferente depois que acontece a crise ou o surto, ou o episódio que desencadeia, né? Uma psicose. Eu acho que é isso... (P2)*

Palavras como prejuízo, atrapalhar, desajuste (grifadas por mim nos relatos) marcam os discursos desses profissionais. Colocam o transtorno mental em posição de desvantagem em relação a um modelo de saúde mental, em que a pessoa **tem que ter** boas relações familiares e com seu entorno, habilidades na condução de suas atividades cotidianas, ajuste de seu sofrimento de forma que este não modifique sua vida. Vida concebida a partir da ideia de estabilidade, equilíbrio e idealização de saúde mental que nega as variações, as múltiplas possibilidades do ser. Abre-se uma valoração do que deve ser a vida e o modo de existência, uma valoração moral que reflete na relação que se estabelece entre esses profissionais, usuários e familiares.

A psicologia (e demais ciências) tem sua genealogia nessa inversão e somente toma corpo em função do predomínio da moral; seu arcabouço teórico visa não somente explicar/compreender as faltas e sofrimentos humanos, como 'consertá-los' no reencontro com um suposto equilíbrio natural. Sustenta-se instituindo (e reforçando) tais necessidades de explicação que garantam um controle do **eu** (consciência) sobre as afetações advindas da experimentação imanente à vida (Andrade, 2007, ¶ 4).

Ao assumir a conotação de falta à loucura/sofrimento psíquico e reduzi-la a esta única dimensão, perde-se a possibilidade de abrir espaço para um encontro com o louco, que acaba sendo desvalorizado, desautorizado e enquadrado já que suas manifestações são classificadas, controladas, na tentativa de consertá-las. Nega-se essa alteridade perdendo-se a oportunidade de produzir relações, encontros, coletividades, possibilidades múltiplas de existência. O desafio para quem lida com a loucura é buscar caminhos que ultrapassem os jargões e os protocolos médico-psicológicos, que valorizem sua dimensão existencial e humana. Essa é a conotação do discurso da desinstitucionalização, que em linhas gerais seria ir além da simples assimilação do louco à realidade social compartilhada.

Alguns familiares significam o comportamento diferente de seu ente, a partir da ampliação do contato dele com o meio social, como ingresso na escola, que aponta essa diferença como doença. O ingresso/permanência dessa pessoa na instituição, no caso criança, é condicionado ao tratamento e, muitas vezes, à apresentação de laudos com o diagnóstico psiquiátrico.

Na verdade, a gente não notou que ele tinha qualquer coisa diferente, tudo que ele fazia a gente achava que era coisa de criança, de criança assim, porquinho, né? A gente achava que era coisa comum e como minha mãe é foi indo, foi indo... e a escola que me cobrava isso aí, que tinha que levar para psicólogo, pra neurologista. Aí eu comecei a correr atrás, a levar para o neurologista. Aí deram um medicamento que ele ficava assim, tontão, aí minha mãe ficou com medo e cortou (F3). Foi quando ele entrou na CEMEI, as professoras lá observaram e pediram pra gente, encaminharam para psicólogo. Ele tinha seis anos. Percebia alguma diferença nele, mas não a ponto de levar a tratamento, achava que ele era normal, mas com o tempo, quando ele foi pra escola (...). Igual, lá na escola eles pediram um laudo dele, no

primeiro dia de aula, levei ele na escola e conversei. Eles pediram o laudo e eu levei (F5).

Inicia-se aí, o processo de demarcação de fronteiras, o que fica dentro dos padrões, como criança normal e o que fica fora deste, como criança que precisa de tratamento. A diferença, que até então fazia parte do convívio familiar, passa a ser doença que precisa ser tratada e a criança a ser alvo de atenções especiais, tanto na família como na escola, e ser excluída do grupo de crianças típicas.

Outras vezes, a diferença, o comportamento dito diferente é aceito pelos familiares, faz parte do cotidiano familiar, até que algo se intensifica, desestabilizando esse convívio. É a partir da chamada crise, que se instaura a necessidade de tratamento.

Desde que a gente foi morar junto, ela tinha assim..., ela se sentia muito alegre, ela chorava e quando se sentia muito triste, ela sorria, mas pra mim aquilo não era nada de mais. Era normal, dela ficar alegre chorar, ficar triste, sorrir, este é o jeito dela mesmo. (...). E aí passado oito ou nove anos, ela deu a primeira crise. Ela começou a ficar nervosa dentro de casa, começou a quebrar as coisas e aí foi se repetindo. Aí comecei a levar no médico... (F2).

A gente morava no interior, ele sempre foi esquecido. Ele trabalhava para as pessoas, sumia ferramenta, sumia as coisas. (...) A primeira crise dele foi em novembro de 96, ele tinha na época 24 anos. Aí saía de casa e ficava quatro dias no mato. Sumia semanas. Lá de casa à Nanuque é mais de cinquenta quilômetros e ele ia a pé, saía andando. Eu recebia telefone que ele tinha chegado em Nanuque. Então foi que a gente começou a tratar dele (F1).

A loucura revela-se ao mesmo tempo singular, enquanto momento/acontecimento particular na vida de uma pessoa e coletiva, pois exige sentidos compartilhados (Barros, 2002). Na busca pelo tratamento, pelo controle da situação, surge também, por parte da família, a busca de sentido, de significado daquilo que está causando, na maioria das vezes, sofrimento ao familiar que está trazendo turbulência ao cotidiano dessas pessoas. A necessidade do familiar de compreender essa vivência vem formulada pelo pedido de um diagnóstico.

As pessoas falam: 'Dona J., a senhora tem que ter o diagnóstico de S.'. Quando a S. fica tossindo dentro do ônibus, com aquela fogueira, o pessoal caçoando dela, eu sofro com aquilo. Então eu falo: 'Gente, ela é alérgica, o problema tá na mente dela' (F8).

B. não tem só mentalidade infantil. Porque a neurologista falava assim: 'ele tem mentalidade de quatro anos', mas não é só isso, porque criança de quatro anos sabe o nome das pessoas, lembra o nome das pessoas, conversa normal. Aquilo tava me consumindo e eu queria descobrir porque o B. é daquele jeito.

- Saber o diagnóstico te ajudou?

- Me ajudou porque até então: poxa, cadê meu tempo, o que eu tô fazendo, tô correndo atrás e ninguém te fala o que é (F8).

O enquadre do comportamento diferente em um diagnóstico, parece ser um norteador para o familiar, que até, então, sentia-se à deriva com suas experiências e alienado quanto às suas ações. O familiar só conhece a loucura pelo efeito que ela causa nele. Até aqui, a ideia que ele tem da loucura, desagrada-o, causa diminuição de sua potência de agir. A forma como o familiar reage à loucura diz muito sobre ele mesmo, porém, nessa relação, ele não sabe sobre si, sobre a loucura e nem as possibilidades dessa relação. Ele tem ideias inadequadas e confusas a respeito da loucura e isso o deixa ao acaso dos encontros. Esse tipo de ideia em que se

encontra o familiar seria para Espinosa, a ideia afecção. Sobre esse tipo de ideia: “E enquanto vocês não souberem qual é o poder de ser afetado de um corpo, enquanto posse da vida sábia, não estarão de posse da sabedoria” (Deleuze, 1978, ¶ 30). Porém, *de forma* equivocada, enquadrar a loucura como doença e com um nome, é o caminho que os familiares encontram para resolver este mau encontro com a loucura. O diagnóstico psicopatológico é um lugar que a loucura passa a ocupar, podendo ser referida com um nome. Deixa a categoria de inominável para a concretude de um código a ser compartilhado, dando garantia de doença à loucura.

Assim, o diagnóstico não é só necessidade de profissionais, que muitas vezes se furtam da tarefa de conversar sobre o tema com a família, mas também dos familiares:

Me angustiava muito, porque ninguém chegava e falava: A. tem isso assim, assim. (...) Agora eu sei porque a geneticista e a neurologista dele lá de Vila Velha deu um encaminhamento pra ele fazer uns exames e nesses exames é que deu distúrbio de comportamento. Então ele fazia o tratamento aqui, mas eles não falam, os profissionais não querem falar o que a pessoa tem (F3).

Banalizam as dificuldades advindas do convívio familiar-pessoa com sofrimento psíquico, fecham a possibilidade de discussão sobre o tema.

No CAPS teve uma psicóloga que perguntou ‘o que vocês consideram crise?’. Eu falei crise é quando ela tá boa e de repente ela muda totalmente o comportamento, começa agredir, ela sofre e a gente sofre. ‘E vocês consideram isso crise?’ Eu acho que isso é uma crise. Ela disse que não, que a gente tinha que conviver com isso e não chamar isso de crise. Então eu queria saber o que é crise então, o que vocês consideram?’ (F4).

De outra forma, na tentativa de responder a essas questões, os profissionais parecem evasivos aos familiares que não se sentem satisfeitos com as respostas.

Teresinha, será que o problema da E. não é para neurologista? Não sei... Eu já fiz esta pergunta aqui. Vários psiquiatras, nossa! Em Linhares, São Matheus, Vila Velha, aqui em Vitória, vários... Um deles deu o diagnóstico de distúrbio de pensamento, o outro, distúrbio de personalidade, o outro, de esquizofrenia. Não tem um diagnóstico... (F7).

Olha, eu investiguei junto com o médico. O médico ficou muito, achei assim..., muito evasiva a explicação que ele me deu: é como um eixo de um carro que está funcionando neste sentido e por causa de um choque, um esbarrão qualquer, ele trabalha ao contrário. Achei válido, mas poderia ser uma coisa mais..., o médico não te diz qual é o problema. Acho que eles não têm a resposta. Acho que é um campo que, no meu entendimento, é obscuro ainda. Eu acho que essas pessoas vivem em outro plano, num plano espiritual, num outro patamar, diferente do nosso (F6).

Podemos notar que a explicação de corpo-máquina, seguindo o modelo cartesiano, de mecanismo enguiçado, não satisfaz a F6. A explicação simplista do profissional mostrou o não domínio do saber sobre uma questão que, para o familiar, mostra-se complexa. Na tentativa de responder ao que é explícito na questão colocada pelos familiares, os profissionais se deparam com a complexidade do tema com o qual lidam. O sofrimento psíquico não pode ser explicado a partir do modelo doença-lesão, ou do corpo-máquina, tornando problema algumas questões trazidas pelos usuários e familiares, colocando em xeque o saber do profissional. Para Gadamer (2006), na psiquiatria, a própria compreensão da doença é doente.

Diferente de outras diagnoses médicas, a categoria de doença para a psiquiatria não é uma realidade evidente no mesmo sentido que em outras especialidades. Para o autor, “a sinistra escuridão presente na enfermidade mental não perde, absolutamente, sua incompreensibilidade, ainda que estejam à disposição do médico possibilidades de domínio da doença através de, por exemplo, psicofármacos” (Gadamer, 2006, p. 172).

O profissional, por sua vez, refere-se a dificuldades em esclarecer os familiares sobre questões relativas ao transtorno por limitações na relação que se estabelece entre eles:

Eu acho que também que são pessoas difíceis de você acessar num discurso mais pela via da saúde, naquela coisa do convencimento, ‘olha, você tem que se conscientizar da sua saúde, da sua família’, é uma coisa muito difícil (P7).

Isso fica mais claro quando se trata de população de baixa renda, sem oportunidade de escolarização, não partilhando da mesma cultura do profissional:

Tem pessoas que a gente lida aqui que não entendem, que o nível de instrução é tão baixo, que não compreendem, por mais que a gente tente falar numa linguagem mais acessível, a gente... tem pessoas, geralmente da classe mais pobre, que tem essa dificuldade de entendimento (P2).

Esquivar-se, negar-se, banalizar o sofrimento, atribuir ao familiar a dificuldade de compreensão ou dar respostas evasivas às questões trazidas pelos familiares e usuários em relação ao sofrimento psíquico, são algumas formas, conscientes ou não, de profissionais reagirem ao fato de que nem sempre têm o saber, que nem sempre têm a verdade científica.. Isso traz impotência a esses profissionais. Alguns

resistem porque ter o saber, acreditar em uma verdade científica, ao contrário, lhes dá o poder na relação, autoriza-os a impor valores, normas e regras e possibilidade de agir sobre o outro. Nessas condições, os pacientes, no caso, familiares e usuários, abdicam de sua autonomia. O profissional assume uma posição de onipotência diante do familiar e do usuário.

Onipotência no entanto não é potência nem opõe-se à impotência. Ao contrário, onipotência é defesa contra a ameaça de impotência, mas, reativa, mantém esta da qual quer se livrar. Ambas, portanto, impotência e sua máscara a onipotência, se opõem à potência. É somente nesta que nos é possível reconhecer o outro em sua diferença sem considerá-lo inferior ou superior, sendo somente então possível reconhecer-lhe o direito inalienável de sua autonomia (Martins, 2004 b, p.26).

Tomando como verdade científica ou não, invariavelmente os profissionais de saúde relacionam o transtorno mental à família. Porém, as opiniões sobre esta questão variam entre eles.

Alguns discursos evitam a culpabilização e colocam as relações familiares dentro da multicausalidade do transtorno mental:

Com certeza ela [a família] tem um papel preponderante [em relação ao transtorno mental], mas com certeza ela não é a única. Aí a gente tem que ter muito cuidado nesta análise porque aí a gente acaba atribuindo uma carga maior a essa família que não é, na verdade. (P1). Eu acho que não dá pra trabalhar na lógica da causalidade porque se não a gente vai culpabilizar as famílias e isto não ajuda em nada. E eu também não acho que é uma etiologia única, acho que são vários fatores que podem causar uma psicose. A gente vê mais isto na prática

até do que na teoria. Na teoria, dependendo da linha que você adota vai ter uma descrição de porque a psicose acontece. O que eu vejo na prática é que tem multi fatores (P2).

Outros profissionais se referem às relações familiares como constitutivas do sujeito com transtorno mental e, portanto, com um papel importante no desencadeamento do processo.

A família é muito importante para aquele sujeito. Não acho às vezes que ela seja responsável pelo adoecimento dele, eu penso assim. Mas eu acho que ela é responsável pela constituição daquele sujeito... (P9). Não vejo a família como uma questão biológica, mas como táí, uma família, pessoas que você convive desde sua primeira infância e dependendo da forma como esse sujeito, o lugar que ele ocupa nessa família, aquilo que depositam nele, o olhar sobre ele dessas figuras parentais, função paterna, não sou psicanalista não, tá? (...) Ele não teve uma base psíquica, amorosa, afetiva, de forma saudável e isso mais pra frente, em alguma situação, pode estar desencadeando esse adoecimento (P6).

A maioria desses profissionais, no entanto, relacionam o adoecimento psíquico à uma família adoecida em sua estrutura e dinâmica.

A família é aquela instituição que é uma nau. Você vai, ela dá um rumo, mas às vezes ela pode estar sem rumo. A família de certo modo, em algum grau ela acolhe como ela desnorteia. (...) As famílias destas crianças, vamos dizer, eu não tenho estatística, vamos dizer por alto, 99,9% ela tá desestruturada também (P12).

A gente tem que pensar não só em uma pessoa da família, mas naquela estrutura toda, naquela dinâmica toda ali. Então eu sempre falo que estejam todos participando deste tratamento, até porque a

gente percebe que é aquela dinâmica ali que vai ou produzir a doença ou vai deixar esta doença mais complicada, ou vai intensificar esta doença (P11).

Pois é, transtorno mental, psicose, acho que é mais complexo porque racionalmente eu acho que ninguém pensa assim: 'Ah, vou fazer de tudo pra meu filho ser psicótico', não existe isso. Mas eu acho que tem famílias que a gente atende, é lógico que não são todas, que a pobreza cultural, a pobreza ultrapassa um tanto o material que acaba gerando essas pessoas. São tão pobres, tão pobres, tão pobres, de tudo: de subjetividade, de afeto, de atenção... (P7).

A culpabilização dos familiares, valorizada por autores da reforma psiquiátrica, conforme discutido na introdução deste trabalho, não é diretamente destacada por esses profissionais. No entanto, tomam os familiares como passíveis de intervenções terapêuticas, já que a desestruturação familiar e sua dinâmica patológica estão colaborando para o adoecimento de seu ente. Notar que quando falamos em família desestruturada, estamos falando de uma estrutura familiar padrão que está desfeita, e o mesmo se aplica à dinâmica adoecida ou patológica: temos uma dinâmica familiar que não corresponde à dinâmica tida como base de normalidade. Assim, esses familiares são passíveis de intervenções no sentido de torná-los uma boa família para o usuário, segundo os valores e referências do profissional. Ficam sujeitos a determinações externas ditadas pelos profissionais na busca de uma “normalização” de formas de relacionamento familiar. Mais uma vez se evidencia a moral como balizadora dessa relação.

*Um filho, no caso os autistas, é um filho que não foi olhado, que não teve um olhar sobre ele. E aí você tem que começar primeiro fazer uma espécie de **retificação** destas relações subjetivas da família (P8).*

Retificação (grifado por mim), do verbo retificar que, segundo o dicionário de língua portuguesa Houaiss (2010), indica o ato de tornar exato, corrigir o que apresenta erro ou defeito, emendar. O profissional consertaria, corrigiria o que está errado nas relações familiares, utilizando-se, muitas vezes, sem dar-se conta, de práticas prescritivas de valores e normas que operariam em nome do resgate da boa família, que acabariam por regular a vida do familiar.

Eu vejo, na minha forma de trabalhar, eu vejo a família também como paciente. Então essa coisa de responsabilizar demais a família, achar que a família vai dar conta..., de até entender e fazer aquilo que a gente propõe, mas às vezes não, porque eu vejo a família também adoecida junto com aquele sujeito (P6).

A família tomada como doente, leva a uma relação hierarquizada e verticalizada, em que o profissional é mais e o familiar é menos, dependente do primeiro nas suas ações com a pessoa com sofrimento psíquico, numa vida fraca, sem autonomia, com potência de agir diminuída. Familiar e profissional em um mau encontro, portanto.

- Você acha que esses atendimentos são importantes pra você?

- Eu acho que não [risos]. Porque as coisas continuam assim. Se resolvesse... A gente gostaria que resolvesse, mas... é uma coisa boa da gente ir lá (F5).

Os familiares, por sua vez, na entrada do seu familiar no circuito de tratamento e darem como sentido à loucura, à doença mental, que “não tem cura”, passam a não acreditar no seu ente com sofrimento psíquico e nem mesmo nos serviços de saúde mental e seus profissionais. O limite está na associação que

correntemente se faz do doente mental com invalidez, com impossibilidade de sair desse lugar (Scarcelli, 1999). Dessa forma, não acreditam que o contato com a loucura possa ser de outra ordem, menos turbulento e menos sofrido, que possam encontrar meios de afirmar essa alteridade em suas possibilidades e modos relacionais. Como saída buscam vigiar e controlar a pessoa com transtorno mental, formas de lidar com a doença mental, apoiadas algumas vezes pelos profissionais de saúde que orientam os familiares neste sentido:

Eu não posso confiar nele. O sexo dele tá aqui [apontando a cabeça], ele é maníaco. Assim o Dr. X. me falou. Eu tenho que vigiar 24 horas. O doutor X. falou: 'Dona H., a senhora tem que domar a fera porque se ele perceber que a senhora tem medo dele, a senhora tá perdida. Ele é o contrário, ele tem que ter medo da senhora'. Ele tem medo de mim, ele me respeita, tudo ele me pede (F9).

Quando ele adoeceu, o médico disse que quando tem que brigar, tem que brigar brigando e quando tem que tratar com carinho, você trata com carinho. É igual criança, na hora de corrigir, tem que corrigir. Então eu sigo porque tem 35 anos que eu cuido dele. Então desde o início sou eu que acompanho e reconheço até uma respiração diferente dele (F6)

Aí a psicóloga falou assim: 'de fato tem que ter atenção dobrada com ele'. Lá em casa não, é fechado. Ele só sai se a gente deixar. Ultimamente a gente tá tirando a chave da porta com medo dele levantar no meio da noite e de repente abrir, sem saber pra onde ele tá indo. Nunca aconteceu isso, mas... Cada dia..., se melhora uma coisa, piora outra coisa, tem que ficar muito... (F3).

O tratamento aqui é muito bom. Depois que ele entrou aqui, o controle, o domínio dele eu tenho (F1).

O cuidado primeiro é que tem que estar vigiando. Então é 24 horas vigiando ele (F5).

A gente não tem aquela confiança. Ela faz, tem vez que faz bem, tem vez que faz ruim... Sempre deixando pra ver se ela se habitua e volta ao normal (F2).

É isto que eu te digo: cada caso é um caso e o cuidador tem que conhecer passo a passo do paciente e ele não pode (F6).

Vigiar, controlar, dominar, submeter, trancar a loucura, presente nos relatos acima, são práticas que se aproximam às práticas manicomiais. Talvez os motivos para essas práticas possam ser explicados de outras formas, diferentes dos motivos que legitimavam as práticas nos manicômios; por exemplo, como medida de proteção da própria pessoa com transtorno mental, que está colocando em risco a própria vida. Proteção de seus membros é uma das funções da família. No entanto, essas práticas parecem estar a serviço de defesa contra a dor e sofrimento que a loucura traz ao abalar o suposto equilíbrio da família e convidá-la a novos modos de existência.

De qualquer forma, o louco como doente mental é colocado como incapaz, irresponsável, perigoso, controlado e excluído em espaços fechados. Nesse caso, esse espaço é a própria família e a lógica manicomial é sustentada pelos familiares. Estar junto à família, para o louco, nem sempre é garantia de convívio social, de ver afirmado seu modo de ser e estar no mundo.

6.2 Que demanda? Quem demanda?

Em um primeiro exame a demanda é o ponto chave do encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. A demanda deveria, a princípio, partir de uma necessidade e seria a “atitude do indivíduo de procurar serviços de saúde, obter acesso e se beneficiar com o

atendimento recebido” (Pinheiro, 2001, ¶ 7.). A partir da necessidade se constituiria a demanda do usuário, que seria acolhida pela oferta de atendimentos em serviços de saúde. A princípio os atendimentos oferecidos pelos profissionais de saúde mental fariam, portanto, parte da oferta para responder à demanda dos usuários. No entanto, alguns percalços enfrentados nessa relação nos mostram que o fluxo necessidade-demanda-oferta não se dá nessa ordem.

Faz parte da experiência de profissionais de saúde mental que trabalham em CAPS, oferecer atendimentos para os familiares e eles não “aderirem”, comparecendo de forma muito irregular, ou nunca comparecendo.

A gente tem que ficar ligando, reforçando, a pessoa falta e não dá satisfação” (P1).

“Normalmente parece que é remar contra a maré. Você vai, convida... Tem alguns grupos que a gente tá tentando instituir, mas não tá tendo a presença dos familiares, então isto realmente desmotiva porque você se coloca disponível, tem toda uma equipe pra atender essas pessoas e elas não vêm, precisa chamar, chamar... (P2).

Os relatos mostram que o investimento para manter esses atendimentos parte do profissional, numa oferta insistente do atendimento. Aqui vemos que o fluxo demanda-oferta não se aplica. A demanda que seria dos familiares é questionada pelos profissionais:

E outra coisa que é muito questão pra mim é de quem é a demanda. Porque eu acho que a demanda tem que ser do familiar. Nem que a gente precise provocar isso, até instruir para que a demanda surja, mas acho que quem tem que demandar é o paciente. É o familiar e não o serviço achar que a pessoa precisa. Indicação é uma coisa. Existe

indicação pra atendimento familiar? Existe indicação pra vir pra multifamiliar? Então tudo bem. Agora daí o paciente falta e a gente remarca, remarca... (...) A saúde mental às vezes tem uma lógica assim da gente querer para o paciente. Por mais que tenha pessoas que não têm poder de escolha, de autonomia, a gente tem que trabalhar isso também, pra que surja e venha pra nós e não a gente demandar pelo outro (P2).

Eu vejo muito a instituição demandando, a instituição falando da importância e fazendo o convencimento, tentando explicar direitinho o porquê daquilo, da importância, construindo o projeto terapêutico junto. Na hora que a gente constrói o projeto terapêutico junto a gente coloca: 'você vai passar pelo atendimento de família' e explico toda a importância disso. Agora eles procurarem pelo atendimento de família... Eu acho que algumas famílias que já têm um processo, que tem aqueles técnicos de referência, aí eles procuram, mas muito não, muito não... (P6).

Para esses profissionais, a lógica se inverte: são eles que demandam esse encontro com os familiares. Para eles, as faltas, o não comparecimento aos atendimentos indica que os familiares não têm essa demanda de atenção. Os profissionais buscam os familiares, convencem-nos a participar, insistem na importância dos atendimentos enquanto estes faltam e não dão satisfação. Essa inversão não é bem aceita por esses profissionais, que mostram certo incômodo com a passividade dos familiares, com o fato de o profissional ter que desejar pelo familiar e daí ser o único a investir nesses dispositivos.

É importante ressaltar que essa análise utiliza a dicotomia oferta-demanda, que imprime um caráter estático a essa relação e desconsidera os processos de subjetivação desses sujeitos. Essa é uma das formas de elaboração da questão, que não oferece vias de resolução ao impasse colocado. Nesta abordagem, a

demanda está relacionada ou aos usuários ou aos consumidores, e a oferta ligada apenas aos profissionais e gestores dos serviços.

Há nessa forma de elaboração teórica uma estreita ligação com os conceitos econômicos clássicos, que, assentados no mercado, via consumo, acabam por manter uma distinção entre as categorias demanda e oferta, e pela qual o consumidor ou usuário vai para um lado e o prestador e seus agentes vão para outro, numa ação descolada do contexto em que estão inseridos (Pinheiro, 2001, ¶ 9).

Nessa lógica, poderíamos dizer que o problema da questão colocada por esses profissionais estaria na oferta, que estaria equivocada, não indo ao encontro das demandas dos usuários.

6.2.1 A inversão da demanda

De outra forma, apesar de as práticas de saúde estarem referenciadas a uma organização colocada pela política de saúde, que valoriza o fluxo demanda- oferta, o processo de trabalho em saúde é um mundo rico com muitas possibilidades de atuação dos trabalhadores, o que traz a importância de considerar a micropolítica desse processo.

A micropolítica do processo de trabalho em saúde é entendida como o agir cotidiano dos profissionais de saúde, nas suas relações e o cenário que ele se encontra. No caso, os profissionais de saúde mental, sua relação com os familiares e os inúmeros atravessamentos/agenciamentos sociais produzindo os modos de subjetivação desses sujeitos. Assim, temos profissionais de saúde mental os quais o campo de experiência, dentro da proposta de desinstitucionalização, é marcado

por uma prática interdisciplinar que prioriza tecnologias mais relacionais para assistência aos usuários, valorizando o diálogo com a população.

É preciso considerar que as ofertas em saúde dependem dos profissionais de saúde envolvidos na proposta e sua singularidade, resultado da organização das representações que organizam um modo específico de ver o mundo e nele atuar (Franco, 2006). Depende também do encontro entre profissional de saúde mental e familiar que, sujeitos de um mesmo processo, o cuidado, produzem algo em comum.

Como já discutido neste trabalho, temos profissionais que apenas colocam em prática as políticas e modelos propostos e muitos deles ou desconhecem ou se sentem despreparados em lidar com os familiares que, por sua vez, com a reforma psiquiátrica brasileira, são chamados pela política de assistência em saúde mental à responsabilização por seu ente com sofrimento psíquico. Essa relação de cuidado gera encargos de várias ordens aos familiares, que muitas vezes sentem-se desamparados, desassistidos pelos serviços. Apesar desse sentimento, que a princípio colocaria os familiares em busca de atenção e cuidado para si, temos, pelos discursos, que eles não demandam o tipo de atendimento que está sendo oferecido por esses profissionais.

Franco e Merhy (2005) apontam que a ideia de cuidado, que se produz em um serviço de saúde, é resultado de um conjunto de representações que dão significado à assistência que se presta.

Se ela não for capaz de fazer com que o usuário se sinta protegido, isto é, se a ideia de cuidado, traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários, pode-se tornar ruidoso os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e gerar conflitos e tensões que interditam a relação de cuidado (Franco & Merhy, 2005, ¶ 3).

Pelos material apresentado, é claro que há um problema na comunicação nessa relação entre esses profissionais de saúde mental e familiares, que está impossibilitando que o encontro entre eles de fato aconteça. Essa interpretação feita por esses profissionais de que a demanda é deles e não dos familiares e que deveria ser o inverso, não me parece de todo equivocada. O equívoco estaria no fato de considerar demanda naturalizada como em um só pólo da relação, só nos familiares/usuários, com certa invariância de conteúdo e, portanto, direcionada ao atendimento que a organização do serviço propõe. Quanto a isso é importante salientar que a demanda, conforme propõe Machado e Lavrador (2007), sendo uma produção subjetiva, é fabricada e circula, não sendo definitiva, invariável. Dessa forma, por que não considerar o profissional também passível de demandar? A interpretação dos profissionais não é, portanto, equivocada no sentido de se reconhecerem como demandantes. Quanto à demanda parece estar voltada à realização do atendimento ao familiar, segundo a proposta, a “linha de cuidado” oferecida pelo serviço com a qual o profissional se identifica e concorda ou pode ser no sentido de cumprir o que é estabelecido pela instituição, reproduzindo uma prática naturalizada por ele. Para o atendimento eles precisam dos familiares que, com suas faltas estão impedindo que a demanda seja respondida.

6.2.2 Oferta e captura

Realmente, espera aí, calma aí: o que é que vamos fazer com isso? Porque se elas não vêm, como vamos lidar com isso se a gente precisa delas? (P5).

Alguns fogem, fogem de tal forma que fica até complicado pra gente o trabalho. Quando digo foge, foge como? Porque a família é fundamental no processo, no atendimento. Se a família não comparece, seja chamado, seja porque necessita, porque a demanda pode ser da instituição ou da família e se essa família não comparece, eu tava conversando com X. [colega de trabalho do profissional], falando disso, têm algumas demandas que acabam sendo nossas (P3).

Outra questão importante que este relato apresenta é a manifestação de escape dos familiares ao que lhes é oferecido. Estariam os familiares “fugindo” de algo que os captura? Essa captura, nesse caso, se faz pelo controle e esses familiares se negam ao que é ofertado. No entanto, o desvencilhar-se da captura exercida pela oferta do profissional, não quer dizer que o familiar encontrou uma alternativa para sua condição. Ainda que não aceitem e não se adaptem passivamente ao que lhes é proposto, não significa que estejam ampliando sua potência, que não estejam necessitando de atenção e cuidado:

Tenho a Dra. X. que me acompanha. Às vezes eu nem venho... Às vezes eu não quero vir, às vezes falo vou e não vou, às vezes me dá vontade de sair andando e não voltar pra casa. Aí chega uma hora que a D. mesmo fala: ‘Vamos, P.!’. Ela pede pra mim vir. Eu falo: ‘Filha, não vou não, não tô me sentindo bem’ (...) Não tenho vontade de sair, não tenho vontade de me arrumar, ando de qualquer jeito. Eu ando numa desanimação tão grande, que eu só penso em limpar a casa, lavar a roupa e cuidar da D.. Não penso em mim, então não venho em reunião aqui. Eu já vim umas duas vezes, não vim mais. (F8).

Então falei, não quero psicólogo pra mim. Quando eu tiver a minha vida, eu tiver fazendo coisa por mim vou te procurar, vou te falar: ‘eu preciso, agora eu preciso’. No momento eu não quero, é só D., Teresinha. Eu não tenho nada pra falar de mim. (...) Ela tava marcando

de quinze em quinze dias. Terça feira, sentei lá, 'tomara que X. não me chame hoje'. Aí ela olhou pra mim, tipo assim: 'não quer conversar não?'. Eu disfarcei, ai meu Deus, vou ter que conversar com X.. (...) Porque eu só falo de D., não tenho coisas pra falar de mim, do que eu fiz, de coisas que aconteceram na minha vida e me deixaram feliz. Não tenho, não tenho, só D., só D. (F3).

Essas pessoas se sentem tão despotencializadas, tomadas por afetos tristes, que a proposta de falar de si nestes atendimentos (pelos discursos, parece ser dessa forma que compreendem a proposta) torna-se assustadora e afasta esse encontro. O falar de si, da forma como é proposto, não é uma necessidade desses familiares, porém, a demanda de atenção e cuidado não é descartada.

Em contrapartida alguns familiares não reconhecem os encontros com os profissionais como espaços para falarem de si, de suas necessidades:

*As reuniões comigo não são sempre, só quando ela entra em crise. Tá bom desse jeito, qualquer coisa, quando ela tá nervosa, eles chamam. Coisas pra ela, pra ela mesmo... não é pra gente, é pra ela (F2).
Então familiar que eles chamam, quando está agravada a crise dela que eles chamam pra ver o que que acontece. Só nos momentos de crise. (...) Eu acho que devia ter um momento, eu nunca dei essa sugestão, um momento assim, de só psicólogo, psiquiatra, conversar com a gente. (...) Eu também tenho minhas tribulações e eu gostaria de partilhar com a assistente social, com a psicóloga, com o pessoal do CAPS (F4).*

Esses encontros também são vistos por familiares como algo que não muda em nada a sua condição. Assim, não aumentam a potência desses sujeitos, não são bons encontros:

Tem coisas que eu vou mesmo pra marcar presença. Eu acho muito pequeno, não sei se eu sou muito exigente, eu prefiro... Porque eu acho tudo... Eu queria que tivesse algo que me preenchesse, aquela coisa grande, sabe, que você fala: 'tem coisa além daquilo que eu penso'. Então tá tudo dentro daquele mundinho que eu já tenho e fica tudo muito monótono" (F3).

"Eu acho que se eu falasse com a psicóloga dele, eu acho que ela até me atenderia, mas eu nunca procurei... Eu não sei, hoje é a primeira vez que eu tô... sempre é em grupo. Não vai resolver meu problema. (F9).

Para alguns familiares, ainda, esses encontros representam mais um encargo que devem arcar dentro dos cuidados com seu ente com transtorno mental:

-Eu vinha naquele encontro de família, de familiar, mas faz um bom tempo que eu não to vindo.

-Por que o senhor não tem vindo mais?

-É que eu tenho muita idade... Quando meus meninos tavam todos reunidos e a gente tinha condições, a gente vinha com eles, mas hoje tá todo mundo correndo atrás de uma coisa. Porque a gente não pode ficar... todo mundo envolvido com ele porque se não... (F1).

Uma vez eu tava muito cansada, eu falei para minhas filhas: a multi é pra vocês agora, vocês é que vão participar. Aí elas começaram, mas elas trabalham; que nem a Y. tem que estar no banco, abrir o banco. Não é todas as vezes que elas podem vir (F9).

Assim, os sentidos desses encontros com os profissionais, dados por esses familiares, podem ser resumidos em: encontro a ser evitado, não reconhecem como espaço para falarem de si e sentem-se como informantes, não traz acréscimo algum a suas vidas, é mais um encargo no cuidado de seu familiar com transtorno mental.

Diante disso, fica evidente que o que está sendo oferecido, talvez a forma dessa oferta, não está indo ao encontro das necessidades desses familiares. Trata-se, portanto, de elucidar essas necessidades e os possíveis modos de satisfazê-las.

6.2.3 Elucidação das necessidades X “a gente é que entende”

Para Teixeira (2003), as necessidades, que se constituem naquilo de que precisamos para ter saúde, para viver bem, para ser feliz, não são sempre imediatamente transparentes e jamais estão definitivamente definidas e são sempre objeto de um debate interminável.

A princípio podemos dizer que se trata de escutar as necessidades dessas pessoas. Alguns profissionais colocam a escuta, o escutar o que tem a dizer os familiares, como fundamental no atendimento à pessoa com sofrimento psíquico:

Em alguns casos, pelo menos pra mim, esta escuta é sempre prioritária, no sentido de lapidar ou de constituir melhor esta demanda. O que eu quero dizer? É muito difícil uma criança, tal qual um adulto, demandar um tratamento, uma ajuda, uma análise: ‘ah, eu estou sentindo isso então vou procurar alguém pra me ajudar’ (P8).

Eu vejo que inicialmente a gente tem que oferecer escuta pra eles; oferecer uma oportunidade pra eles poderem falar, se expressar, um local que eles não teriam (P10).

De que escuta falam esses profissionais? Muito se discute sobre a escuta como uma condição básica para o bom atendimento em saúde (Durães-Pereira, Novo & Armond, 2007; Ferreira, 2005; Mori & Coelho, 2003). No entanto é importante esclarecer a natureza da escuta, aquilo que se quer escutar (Ayres, 2004). Ainda que seja um elemento fundamental na interação profissional/usuário na

prática em saúde, a escuta pode ser tão objetiva (para diagnósticos de diferentes ordens, por exemplo) que são desprezadas, ou consideradas como ruídos de comunicação, partes de narrativa de grande valor para o sujeito que fala. Seria uma escuta dirigida a um fim pré estabelecido pelo profissional ao qual o usuário não tem acesso, ficando alienado em relação a esse objetivo. Seria um diálogo solitário, um que fala sem ressonância e outro que ouve só o que quer ouvir.

Quanto a isso, tem profissional que numa postura crítica, avalia que os profissionais, na relação com os familiares, não oferecem escuta, mas impõem verdades que acabam por coibir a fala do familiar.

Poucos falam porque a gente fala muito. Porque a gente fala muito, pra começar. A gente quer que o familiar entenda isso e entenda aquilo. Teresinha, sai sem entender. (...) Então se a gente pudesse ter escuta pra uma fala e essa fala pudesse ressoar, a coisa caminharia mais rápido (P12).

Na busca pelas reais necessidades desses familiares, é importante que haja uma escuta diferenciada, uma abertura para o “autêntico interesse em ouvir o outro” (Ayres, 2004, p.23), um legítimo diálogo que promova um acolhimento das dimensões existenciais dessas pessoas.

Os profissionais questionam o que estão oferecendo, utilizam de estratégias para que os familiares aceitem a oferta do serviço, porém não questionam a relação que se estabelece nesses espaços:

Será que estes espaços estão atendendo a expectativa desta família? Será que a gente precisa passar por uma avaliação deste espaço? E a gente faz isso. Pelo menos uma vez por ano a gente avalia com o

grupo, como está, quais as sugestões para melhorar, eles fazem esta avaliação conosco (P1).

Teve uma vez que a gente fez uma coisa mega assim, chamou todas as famílias, vieram bastante gente. Pra poder estar cativando, ter alguma estratégia pra que eles possam vir mais (P6).

A equipe tenta. 'Vamos planejar um encontrão familiar?' quando vê que a coisa tá esfriando... às vezes tem que dar uma injeção de ânimo... Parece que vai diminuindo a motivação dos familiares... (P4).

Às vezes, a atribuição do menos, da falta, ao familiar, justifica para o profissional, o não interesse por aquilo que é oferecido e tão valorizado.

A gente é que entende este discurso do que é atendimento de família, da importância. Às vezes o outro, ainda mais na classe, numa outra cultura, vamos dizer assim, não consegue entender tanto a importância disso como a gente. Às vezes você fala em atendimento psicológico e a pessoa não consegue entender porque você tá dando tanta importância assim (P6).

Pelo relato, é o profissional que entende, que tem o saber sobre o atendimento, sobre a importância do dispositivo. A valoração é dada pelo profissional, é ele que sabe que o que oferece é bom para o familiar. Para o familiar resta aceitar apesar de não entender as qualidades da oferta. Essa disparidade na relação, resultado da competência do profissional, traz à discussão a ideia que anima a ética de Espinosa: “não se trata de negar absolutamente que haja uma competência do sábio, mas de reconhecer que ninguém pode ser competente pelo outro, no lugar do outro” (Teixeira, 2005, pag. 590). Trata-se de (re) conhecer a potênciasse outro, que pode aumentar ou diminuir, dependendo de sua relação com outras singularidades, em razão da qualidade dos encontros. Ao contrário de

olhar a falta em relação ao que eu posso, olhar o que cada um pode, afirmar a alteridade, outros modos existenciais, outros modos relacionais.

Na prática em saúde, o usuário, na maioria das vezes consente, autoriza ao profissional a tomada de competência e a dizer o que é bom para ele.

Então assim, sabe, tudo o que mandam fazer, não é que vou porque eu sei que tá não, mas se chega um profissional e diz que precisa ir num lugar assim, assim, eu disponibilizo e vou. Aonde eles tão mandando eu levar, eu to levando (F3).

*E tem também porque **a gente** faz mais ou menos uma indicação. Por exemplo, aqueles familiares que **a gente** acha que têm boa relação, que dão conta, **a gente** indica normalmente a multi porque **a gente** acha que o grupo vai dar conta. Agora quando **a gente** acha assim, que não: este caso tá precisando falar com a família mesmo porque é uma coisa mais individualizada, aí **a gente** marca as terapias individuais (P5).*

O grifo “a gente” do relato refere-se apenas aos profissionais e não aos sujeitos envolvidos na relação referida: profissional e familiar. Voltamos à discussão: se não acontece um encontro entre profissional e usuário, uma conversa em que há genuíno interesse em ouvir e se ouvir, do primeiro acolher as dimensões existenciais do outro, o conhecimento das necessidades não será alcançado, as demandas efetivas não surgirão e as ofertas poderão ser equivocadas.

Os meios utilizados pelos profissionais para acessar as necessidades dos familiares, para promover o encontro entre eles serão discutidos mais adiante, no entanto, chama atenção que diante das dificuldades na relação com os familiares, os profissionais questionarem a demanda, a oferta, o usuário, não questionando as necessidades. Nos relatos não se apreende o sentido do questionamento: o que necessitam esses familiares?

Concordo com Teixeira (2005) que a busca do conhecimento das necessidades e o modo de satisfazê-las se dá por meio da conversa, do encontro entre profissional e familiar e com Ayres (2004) que destaca a singularização da abordagem, esse encontro visto como uma situação singular. Dessa forma, neste estudo, dado o caráter do encontro entre pesquisadora e familiares, não seria possível o conhecimento e a compreensão das necessidades desses familiares. No entanto, a indicação de demandas, que se constituem a partir de necessidades, se refletem na atitude dos familiares, naquilo que procuram no serviço, é explicitado nos sentidos apreendidos nos relatos.

6.2.4 Demandas dos familiares

Alguns familiares demandam ao CAPS a intermediação de relações familiares, na resolução de problemas do dia a dia, na administração do cotidiano:

Então gostaria que ele [familiar] fosse chamado lá [no CAPS] pra conversar, que eu acho que seria uma válvula de escape também. Que nas reuniões fosse eu, R., a outra R. e o I.. Eu gostava quando a gente era família... (F4).

Tudo. Tudo que eu preciso, eu chego aqui... Qualquer coisa que eu preciso, eles encaminham (F3).

Tem umas épocas que a Dona B. tá muito nervosa e aí falei assim: 'vamos marcar uma palestra com vocês aí porque a Dona B. tá muito nervosa, não quer fazer nada em casa, a gente chama ela pra fazer e ela não quer fazer, vamos marcar'. Aí sempre que a gente precisa a gente marca, aí eles falam: 'menina, a casa é sua, você precisa tomar conta'. A gente leva aquela ideia pra poder reajustar as coisas (F2).

Então até hoje tô esperando... nem estagiária e nem o CAPS também... Tô esperando eles se reunirem, fazer a reunião e ver o que é que vai

ser. O CAPS vai conversar com a escola e ver o que vai resolver lá pra mim, mas até agora nada (F5).

Os familiares demandam e profissionais assumem este papel de intermediação/resolução de problemas cotidianos:

*Como é que esta usuária organiza o dinheiro que está recebendo? Como tá isso? A gente tá indo atrás. E a mãe na Bahia, o que dificulta. A gente tem que ir atrás de outras pessoas da família (P5).
Aí a gente discute um direcionamento, algumas coisas que a gente vem percebendo e isso é dialogado, trabalhado com a família. Por exemplo, por que eu acho este atendimento diretivo? Por exemplo a gente discute o BPC [benefício], como esse BPC está sendo aplicado, matrícula na escola, as AVD [atividades da vida diária], no caso dele (P9).*

Assim, familiares passivos e dependentes do serviço, com profissionais de saúde mental que, assumindo a resolução de problemas do cotidiano dessas pessoas, desacreditam em suas capacidades de conduzir a própria vida. Mais uma vez aparece o saber do profissional que o autoriza (e é autorizado) a ser competente pelo outro.

Ao mesmo tempo, não podemos desconsiderar a passividade e talvez comodidade dos usuários e familiares em entregar suas dificuldades cotidianas a serem geridas pelos profissionais.

Eu tava conversando com uma assistente social da rede e ela fez uma colocação que me chamou a atenção (...) e aí ela falou que ela sente muita diferença em relação a Cariacica para Vitória, que em Cariacica as pessoas corriam mais atrás dos direitos, dos tratamentos e que aqui

em vitória, na avaliação dela, o Programa de Saúde da família tem suas vantagens, mas ao mesmo tempo é como se fosse paternalista. Então neste sentido, na avaliação dela, isso influenciaria nesta autonomia. Eu nunca tinha parado pra pensar nisto. É como se esperasse dos profissionais, da gente, sempre as coisas e não eles tomarem a iniciativa, a não ser quando a coisa... Não tem participação ativa e aí quando a situação tá muito grave, eles vem e entregam pra gente. 'Toma aí, resolve' (P11).

A questão que se coloca é onde está a potência de agir/pensar desses familiares? O relato de P11 reafirma nossa discussão: o encontro entre profissionais de saúde mental e familiares, nesta tentativa de ajuda, pode estar, gerando uma afecção contrária à vitalização destes familiares. Passivos, sem autonomia, não se sentem capazes. Martins (2004 b) citando Winnicott (1975) afirma que em toda situação em que nos deparamos com uma verdade pronta, algo que nos é imposto, sentimo-nos invadidos, impotentes e o devir e a vida se tornam pesados e nos oprimem. A saúde estaria relacionada à vida ativa, à vida criativa, à apropriação do mundo. Nesse sentido, esses familiares estariam doentes, desapropriados de si mesmos, sem capacidade vital, criativa e ativa em relação à sua vida.

Da mesma forma, sabemos como o discurso de doença mental, sua incurabilidade e cronificação colaboram para o descrédito dos familiares em relação à pessoa com sofrimento psíquico, colocando limites nas expectativas de suas possibilidades de estar no mundo, sua potência de agir. Se for incurável, ficam limitadas as expectativas dos familiares sobre o serviço de saúde mental, não acreditando nas suas ações. Isso é refletido em falas que indicam certas demandas:

Não tem, não tem como ajudar uma pessoa assim, não. Ajudar ele é zelar por ele, cuidar, dar banho, dar remédio: 'olha, sua roupa tá suja,

você não pode sair assim não, você não pode fazer isso'. O CAPS é mais nesse cuidado. (...) É muito pesado isso aqui. Amanhã, por exemplo, eu fico sozinha em casa, bordando, cuidando das plantas. Aí eu relaxo. Isso pra mim já é uma ajuda. Quem dera ele viesse quatro dias... Não vou obrigar ele vir (F9).

Se fosse o caso de ter um lugar onde o P. ficasse o dia, entendeu? Ficasse o dia... que eu sei que eu posso ir, que eu posso ir trabalhar e o P. tivesse seguro ali naquele lugar. O dia todo, que eu não tivesse que estar hoje ali, tal hora aqui ou tal hora ali, naquele corre-corre (F3).

Eu fico pensando que pelas crises dele seria bom um lugar pra internar, mas por outro lado a gente fica com dó. Na hora das crises é horrível.. Seria bom que o CAPS fosse um lugar que ele ficasse dentro... mas a gente fala isso da boca pra fora. É só isso (F5).

Vim morar aqui por causa dela, para dar assistência a ela. Pagava aluguel. Trazia ela de manhã e ia pra Praia do Canto trabalhar. Pra mim foi um tempo muito bom, sabe? Porque lá tinha muitas clientes, conheci pessoas, conversava. (...) Eu gostaria que a H. viesse pra cá todos os dias participar das atividades. Ela vem na semana da multi, três dias só (F7).

O CAPS como um lugar para estas pessoas estarem, poderem ter seus cuidados básicos, aliviando o encargo dos familiares, o cotidiano conturbado com seu ente com sofrimento psíquico, não aparecendo expectativas no sentido de mudanças dessa situação.

Alguns profissionais confirmam que essa demanda surge quando os familiares se frustram nas expectativas em relação ao serviço e sentem como desqualificação de suas ações ao reduzi-las ao “tomar conta”, de dividir a tarefa de controle e vigilância da pessoa com sofrimento psíquico:

No começo acho que a imensa maioria acha que a gente possa ajudar de alguma forma, pensa que a gente possa melhorar, melhoras enormes, grandes, alterações grandes. Depois alguns caem naquela

de pensar que é um espaço pra eles deixarem a criança e poderem fazer outra coisa, poderem passear, olhar lojas. Realmente, esses são mais difíceis mesmo porque deixam de acreditar no serviço e vêem o serviço como mais um lugar pra criança passar um tempo e... 'tá bom assim, pelo menos vocês ficam com ele, já me ajuda' (P10).

Ao contrário dessa análise, que entende essa demanda como desqualificação do serviço, existe a compreensão de que o familiar, ao deixar o usuário no CAPS e ir “fazer suas coisas”, está demonstrando credibilidade à instituição. Neste sentido, é ressaltada a importância do serviço em, dentre outras funções, propiciar a possibilidade do familiar ter tempo livre, sem os encargos dos cuidados à pessoa com sofrimento psíquico. Seria, portanto, uma demanda a ser acolhida:

O CAPSi tem uma credibilidade pelo acolhimento que a gente faz. Eles se sentem muito felizes em entregar essa criança aqui e se sentem aliviados, porque aqui..., eles estão lá fazendo outras coisas e vão ter o momento deles, que é muito importante também. A família, o pai, a mãe ou sei lá..., a tia, que às vezes é responsável, naquele momento ela pode estar pra ela, até pra não fazer nada. Alguns podem até pensar: 'puxa, nessa hora eu posso fazer tal coisa'. Então isso aí a gente tem que pensar (P12).

Ainda na visão de alguns desses profissionais, a medicalização para os usuários, seria forte demanda desses familiares:

Este imaginário, esta representação que a sociedade tem não é diferente da representação da família e muitas vezes ela vem com a expectativa que a medicação, a consulta psiquiátrica vai resolver o problema. Ele tem dificuldades de perceber que também precisa trabalhar as relações familiares, também trabalhar a questão de como

se coloca frente a esse familiar adoecido. Então muitas vezes vem com uma visão medicalizante e acha que apenas a medicação vai dar conta (P1).

Talvez mesmo que a gente não possa dar o que ela quer, ela quer alguma coisa, que a gente... Às vezes falta isso nas pessoas. Vem, traz, medica. 'Ah, tá medicado, tchau e benção, não preciso mais, quando acabar a receita eu volto pra buscara receita, tchau' (P10).

No entanto, a medicação não aparece como demanda desses familiares. Ao contrário, o CAPS mostra-se como alternativa a tratamentos anteriores que restringiam-se a intervenção medicamentosa.

Ela começou com psiquiatra. Eu nem lembro de tantos que a H. passou, tanto remédio diferente ela tomou antes de vir para o CAPS (F7).

Aí o médico passou um remédio e disse que passava, mas continuou dando, até que começou a dar essas crises. Ia num, dava uns remédios pra ajudar e comecei, mudava de médico, sabe como é, de médico em médico, tem sempre aquele período... Aí passava num médico, ele passava para outro... (...) Aí fomos para a assistente social, ligou para aqui, marcou entrevista, no finalzinho de 89 e aí fizemos a ficha e ela começou a fazer tratamento aqui, mas sempre melhorando. (...) Olha o tratamento dela é o seguinte, de manhã ela chega e toma o remédio, depois vai fazer atividade, vai á beira da baía de Vitória, vai para a quadra, depois vem o almoço e depois do almoço ela vai fazer..., vai escrever, vai fazer tapetinho, boneco de barro, a vida dela é assim (F2).

Eu tinha procurado só o neurologista. Mas não foi um neurologista só, foram vários neurologistas. Encaminhavam ele ia, aí passavam um medicamento que ele ficava assim, tontão, o Tegretol, mas isso foi no começo, no começo e aí fiquei com medo e parei. (...) Então

encaminharam ele pra cá. A gente não pode esperar melhora assim de uma vez, isso aí eu tô vendo aqui... (F3).

A medicação também aparece nos discursos quando é motivo de preocupação por sua associação a mudanças evidentes de comportamento de seus familiares com sofrimento psíquico:

Aí eu fui pro médico: ‘Olha, isso aí é medicação, ele não pode ficar desse jeito, sem ânimo. Vamos mudar a medicação, se não ele vai ficar abestalhado e abestalhado não é o que eu quero. Que ele grite, que ele faça, que ele mexa nas coisas, ele tá ativo, não é uma pessoa morta viva. Não quero isso aí, pelo amor de Deus’. Aí suspendeu a medicação e eu continuei observando (F6).

Só que eu tô achando que é muito remédio, meu Deus, ela não tem condições de levantar e de fazer alguma coisa. Ontem mesmo ele [o médico] me perguntou: ‘Ela está bem?’ Eu falei: ‘Não está não!’. Aí ele falou: ‘Eu não estou consultando’. ‘Eu só avisei que a H. não tá bem, é muito remédio que você passou’. Aí ele disse: ‘Mas o remédio ela tem que tomar’. Mas como se com os outros ela nunca tomou quatro medicamentos? (F7).

Ao mesmo tempo em que os familiares querem dividir com o CAPS a tarefa de vigiar e controlar seu ente e poder ter um tempo para si, explicitada na demanda de ter um lugar para deixar seu familiar com sofrimento psíquico, não querem a medicação como forma de contenção dessas pessoas. No entanto, a contenção pode estar associada a outras demandas.

Para esses familiares, a atividade/ocupação aparece como fundamental no tratamento de seus entes:

Eu acho que ela precisa de terapia, atividade pra ela porque vai entrar na questão da terapia. Um desenho, um bordado porque ela fica muito ociosa. (...) Eu acho assim, que eles dão muita liberdade pra F. escolher o dia que ela quer ir. Então ela quer ir só um dia porque ela quer ficar dormindo. Ela é uma pessoa muito prendada, sabe bordar, sabe pintar muito bem, cozinhar. Inclusive na última reunião eu disse que eles deviam forçar um pouquinho. Ela não participa de nenhuma oficina. Se ela participasse, só de sair de casa já iria fazer bem a ela (F4).

Eu tenho um filho de criação também, ele me chama de S.: 'Dona S., por que a senhora não leva a H. pra Pestalozzi, pra ela pintar, fazer alguma coisa?' 'Sabe que você tá pensando bem?' (...) Domingo mesmo apareceu uma amiga minha em Linhares, o marido é dentista, ela tem depressão: 'S., em H. tem muitas associações que a H. pode fazer tratamento com atividade. Eu fiquei boa, melhorei com isso, não posso ficar parada'. Aí meu marido falou: 'Pra H. não vai adiantar nada'. 'Vai adiantar sim! Seu R., eu sofri, eu sei. Eu não posso ficar sozinha, eu não posso ficar parada..., a H. precisa disso'. Eu preciso encontrar uma solução pra isso aí. Encontrando uma solução pra H., vai me aliviar muito (F7).

Ela estuda, faz ginástica no centro de convivência dos idosos e ela tá participando. Através daqui de dentro conseguiram colocar ela lá. O CAPS deu uma ajuda para fazer essa passagem dela pra lá. Só para poder ocupar um pouquinho o tempo dela, pra poder ocupar a mente dela. Ela ficava só dentro de casa e agora tem esse lugar pra se ocupar. Inclusive tem um dia que ela não faz nada e a X. tá tentando que ela vá neste dia também (F2).

A atividade é vista, por estes familiares, como ocupação do tempo e da mente, para evitar o ócio. Em síntese, as atividades são largamente utilizadas por profissionais de saúde mental em oficinas terapêuticas e na terapia ocupacional, pois são meios importantes de promoção de encontros, além de abrir possibilidades

de produção e (re) invenção, de expressão, de experimentação, de variações da vida. Esse tipo de elaboração pode estar, intuitivamente ou não, presente na demanda de alguns familiares que entendem que a realização de atividades faz bem a pessoas com sofrimento psíquico. Em contrapartida, a atividade/ocupação pode ser associada ao controle.

Por que essas pessoas precisam ser ocupadas? A ocupação para o senso comum muitas vezes é vista como moralizante, em contraponto ao ócio desorganizador, assim como ilustra o provérbio “cabeça vazia, oficina do diabo”. Reflete uma visão de mundo em que o ócio é visto como ameaçador do equilíbrio, da estabilização da vida, que deve correr, de forma “natural”, dentro das regras e das normas. Dessa forma, o ócio desorganizador, que traz a delinquência, a loucura, deve ser preenchido pela ocupação organizadora. A ocupação foi um dos meios utilizados pelo Tratamento Moral, já discutido na introdução desse trabalho, para submeter os loucos dentro dos manicômios à utilização ordenada do tempo, para aprendizagem da ordem e da disciplina. Para esses familiares, a atividade pode ter esta conotação de controle da loucura, que ameaça, desintegra, desestabiliza a ordem da vida. A atividade vem, nesta concepção, dominar, conter a loucura, função comumente atribuída à medicação.

Por meio das demandas desses familiares podemos verificar que estão presentes, de forma implícita, desejo de controle da loucura, numa tentativa de conter o impacto que esta provoca sobre o suposto equilíbrio familiar. O desejo de controle manifesto em atos de vigiar, controlar, são também traduzidos em demandas para a instituição, ou seja, as unidades de sentido expostas até aqui, confirmam que lógica manicomial está presente na relação desses familiares com

seus entes com sofrimento psíquico e nas demandas que endereçam ao serviço de saúde mental.

Como discutido anteriormente neste trabalho, existem famílias que entram na justiça com pedidos de internação de seus entes, obrigando instituições de curta permanência internarem, por tempo indeterminado, pessoas que, pela avaliação da equipe de saúde mental, não teriam indicação para internação. Nessa pesquisa, não nos deparamos com familiares que tivessem o desejo explícito de internação, porém com demandas que entram em conflito com os ideais da Reforma Psiquiátrica. Assim, demandas que entram em conflito com a instituição, que reconhece nelas o resgate de práticas manicomialis as quais quer superar.

O CAPS é uma lógica totalmente diferente do hospital psiquiátrico, então a família que desejava ter aquele doente que ficasse lá por um tempo, por uns meses, é lógico que ela vai ver muita mudança num dispositivo como o CAPS que a pessoa passa o dia ali e à noite volta pra casa, no final de semana, está em casa (P2).

Isso, do familiar querer que o CAPS assuma o paciente, a gente como equipe tem uma linguagem bem coesa. Tem esse movimento, mas a equipe tem um pensamento afinado em relação a isso, é treinada em relação a isso. Acho que isso até... É até esperado (P4).

Eu acho que em termos de luta antimanicomial já avançou bastante, mas a gente precisa continuar nessa luta junto com a família porque a gente tem esse discurso, a gente sabe que essa forma de funcionamento é muito mais interessante, é muito mais saudável e humana, né? Os CAPS, as unidades de saúde, as internações de curta permanência, mas acho que tem ainda o discurso da população de que “eu quero um lugar para internar” e aí se você vai contra essa demanda que eles trazem, aí eles não se sentem ouvidos, não se sentem acolhidos (P6).

Como surgem essas demandas tão ligadas às práticas manicomiais? Demandas como deixar o familiar na instituição, ocupar o seu tempo são associadas a práticas manicomiais, desconsideram outras ações de cuidado da equipe multidisciplinar, mas os familiares imprimem-lhes valor primordial na atenção que gostariam de receber. Alguns autores (Bauleo,1988; Baremlitt,1992) afirmam que as pessoas, a comunidade, a população demandam um atendimento no qual já está interiorizada a oferta que a instituição ministrou a essa mesma população. Nessa mesma linha, Franco e Merhy (2005) afirmam que a demanda é socialmente construída, está relacionada ao perfil do serviço de saúde e à forma como se processa a produção de cuidado e as relações entre profissionais de saúde e sua clientela.

A busca pelo serviço de saúde se dá, através da percepção que o usuário tem do que é ofertado por esse serviço. E essa percepção nem sempre é objetiva, porque ela se forma a partir também, de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa ideia do que o serviço tem a lhe ofertar e resolver seu problema. Esta ideia do cuidado que se produz no serviço de saúde é formada por um conjunto de representações que dão significado à assistência que se presta. Se ela não for capaz de fazer com que o usuário se sinta de fato protegido, isto é, se a ideia de cuidado, traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários, pode-se tornar ruidoso os fluxos comunicantes na relação usuário-serviço de saúde e gerar conflitos e tensões que interditam a relação de cuidado” (Franco & Merhy, 2005, ¶ 3).

Essa discussão não descarta a demanda como tradução de necessidades, da não realização delas, mas enfatiza o fato de que ninguém demanda aquilo que sabe que não pode ser obtido pelo serviço de saúde. As demandas destes familiares nos indicam os “desejos de manicômios” presentes no campo social, na relação com a

loucura, que não se restringe a esses familiares ou a quem explicita sua oposição à reforma psiquiátrica, mas que se expressam em nós, no desejo de “dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir, de controlar” (Machado & Lavrador, 2002, p.2). Dessa forma, o desejo de controle, de subjugar seu familiar com sofrimento psíquico só se traduz nas demandas citadas porque encontra na instituição um campo propício para esta formulação. Campo este também permeado pelo “desejo de manicômio” que se reflete muitas vezes no modo de nós profissionais lidarmos com a loucura, deixando claro mais uma vez que manicômio não é só um lugar, não está lá ou cá, mas também permeia nossa relação com essa alteridade. Como resultado, podemos ter, mesmo em um serviço que pretende superar o manicômio e ser um lugar de construção de práticas substitutivas, a administração de altas doses de medicação, oficinas terapêuticas que se conduzem em atividades alienantes, controle do tempo e do espaço de circulação das pessoas, administrando a vida do usuário, em uma relação de tutela.

As ações desses familiares e desses profissionais de saúde mental são organizadas a partir de representações simbólicas que eles têm acesso. Os vários vetores que compõem seus processos de subjetivação, que compõem seus territórios existenciais, refletem-se em formas específicas de lidarem com a loucura, muitas vezes marcadas pelos “desejos de manicômios”. Na relação entre esses sujeitos, na intercessão de suas relações com a loucura, abrem-se possibilidades para que demandas ligadas a práticas manicomialis apareçam. Assim, as demandas são formadas pelos desejos, necessidades do sujeito, suas ações singulares, nesse entrecruzamento de subjetivações, não sendo um processo isolado, de um sujeito, mas de singularidades.

6.3 O encontro

6.3.1 “Não é terapia familiar”

Ao falarem sobre o que oferecem aos familiares, profissionais de saúde mental deixam bem claro que não é terapia familiar. De início, esta colocação pode nos indicar que, pelo fato de não encararem os encontros como tratamento, negam o termo terapia, porém, o discurso dos profissionais aponta para outro sentido:

Por que a gente resolveu não usar o termo terapia? Terapia traz uma carga, uma referência a um espaço a mais, onde o sujeito vai falar, como se ele tivesse toda semana uma sessão e nosso atendimento de família não visa apenas a família e só da família estar falando, tanto é que o usuário tá junto nestes atendimentos. É mais numa perspectiva de ouvir a família. Vai ouvir, mas tem um objetivo fim. As questões mais interiores, muitas vezes, não dá pra gente trabalhar com tanta intensidade que a gente poderia estar falando em uma terapia (P1).

Então... terapia, pra mim, dá uma ideia de continuidade, de algo mais freqüente no tempo, de algo que tem essa continuidade e esses atendimentos a gente não consegue fazer numa freqüência específica e a gente faz de mês em mês, às vezes até com mais tempo e então eu acho que não dá pra caracterizar como processo terapêutico... Não que não tenha efeitos terapêuticos, não como um processo terapêutico. Então a gente optou por fazer esta diferenciação (P2).

Na verdade isto é mais uma coisa das psicólogas, especificamente porque elas falam assim: a gente muitas vezes a gente não consegue, por conta de todas essas dificuldades, a gente não consegue fazer. Semanalmente é impossível... não é impossível, mas muito difícil acontecer. Às vezes acontece por um momento, por exemplo se a pessoa está em crise, vamos intensificar até..., mas é muito difícil. O

que a gente consegue, de modo geral, é uma vez por mês. Então não se faz um processo uma vez por mês, é muito difícil (P5).

Por que esta diferenciação? Por que ressaltam com veemência algo que o atendimento oferecido **não é**? Pelos relatos, o atendimento que oferecem **não** trabalha questões interiores com intensidade, **não** tem continuidade, **não** tem freqüência, é algo que os profissionais **não** conseguem oferecer. Parece que a “terapia familiar” seria o tratamento idealizado, mas inalcançável, algo que “não conseguem fazer”. O que oferecem, atendimento familiar, seria menos em relação ao ideal, a terapia familiar que é “um espaço a mais”, seria um atendimento menor. Como dar conta de um trabalho que não é o melhor que se pode oferecer? O profissional não oferece o melhor como atendimento e nem o melhor de si, trabalhando com sua potência diminuída, triste, portanto. Profissionais tristes que se conduzem fazendo o que é possível, mas não o que são capazes. Impotentes, como poderão se oferecer para estar junto com o usuário/familiar na construção de novos sentidos para a vida?

Merhy (2004) fala de equipe de trabalhadores alegres:

Spinoza me ajuda a pensar – de forma bem livre - que a vida em produção, como lugar de expressão do divino que é, se manifesta de várias formas. Que a alegria é uma destas manifestações das mais interessantes, porque um corpo alegre está em plena produção de vida, está em expansão. Por isso, tomo este empréstimo, para sugerir que só pode estar implicada com um agir antimanicomial uma equipe de trabalhadores alegres. Ou seja, só um coletivo que possa estar em plena produção de vida em si e para si, pode ofertar, com o seu fazer, a produção de novos viveres não dados, em outros. Ou, pelo menos, instigá-los a isso (p.10).

O que limita/impede que esse processo de trabalho seja mais gratificante, que possa resgatar a alegria desses profissionais? O que vimos até aqui parece ser a tendência de reprodução de um trabalho, em que não se têm expectativas do novo, de ressignificação de sua prática, de invenção de possibilidades, mas de encontrar o previsível.

É aquela coisa de você não esperar tanto, mas poder contar com algumas coisas que podem acontecer, algumas operações (P9).

A não expectativa com o trabalho e o lidar com respostas já conhecidas protege da frustração e dá a nós profissionais, o controle da situação. No entanto, produzir cuidado em saúde, considerando as necessidades das pessoas, dá-se no encontro com o outro, encontro com o diferente, em que ocorrem situações imprevisíveis, que são resolvidas pela soma de saberes presentes. Nesse processo, é preciso saber lidar com o desequilíbrio e, muitas vezes, dar um salto no vazio sem tentar defender-se e adequar o momento. É estar aberto para o novo, para a experimentação e (por que não?) para a improvisação. Tarefa nada fácil, que gera muita insegurança em nós profissionais.

6.3.2 Atender a familiares: insegurança, rivalização e disputa

Às vezes a gente fica culpando o familiar por ele não vir aqui, mas eu acho que a gente, eu falo do técnico deste serviço, eu acho que a gente tem dificuldade muito grande de acolher o familiar também. Não sei se é medo da gente... Eu posso falar por mim mesmo, porque quando eu pensava em trabalhar aqui eu pensava: 'meu foco é a criança e o adolescente'. A questão familiar veio depois. Então não sei se isto tá internalizado que é meio secundário. (...) É muito difícil. Quando você tá com a criança, você acompanha, ela vai pra casa, mas

quando a gente tá lidando com o familiar, você lida com o que tá acontecendo aqui, mas com o que tá acontecendo na casa dele e eu acho que é um trabalho que é maior até, que não é só aqui. E isso dá um medo na gente (P10).

Muitos desistem [de atender familiares] porque realmente é muito difícil e mexe muito com questões dos profissionais, nesse sentido: 'será que o que eu tô fazendo tá certo'? Então coloca muitas interrogações pra gente e muitas vezes é muito mais fácil a gente deixar pra lá do que enfrentar isso, porque aí a gente tem que lidar com as dificuldades nossas também. É mais fácil dizer que a culpa é do outro, a família que não se envolve do que questões nossas (P11).

Insegurança, medo, estar diante de dificuldades de entrar em contato com o não saber profissional e dar espaço ao saber do outro. Podem ser motivos suficientes para desistirmos do encontro com familiares e/ou retrocedermos à práticas que nos dão o controle, numa relação hierarquizada em que temos o domínio da situação pelo nosso saber que sobrepõe ao saber do outro.

P10 e P11 apontam ainda que, diante das dificuldades enfrentadas pelos profissionais, os familiares acabam levando a culpa pelo fracasso dos atendimentos, o que é confirmado por alguns relatos:

Eu tenho atendimento individual de família, núcleo familiar. Eu tenho, sei lá, doze, treze, e aí duas eu não consigo marcar nunca, então não vem. Mas você vai pegar aqui alguns profissionais que a maioria das famílias que eles estão, aí faltam mais. Aí depende desse núcleo familiar, da relação com esse sujeito, se essa família tem um pouco de discernimento, se consegue se envolver. Depende da família, mas tem sim, tem momentos que a gente vai fazer uma atividade e eles não vêm e aí às vezes dá vontade de, de..., dá uma desmotivação, mas eu vejo o trabalho de família assim, acho que é uma... o tempo todo você investindo, tentando (P6).

Não acho que é desmotivação não. É um descontentamento com as famílias que não se implicam (P4).

Culpar os familiares pelo fracasso do projeto terapêutico é uma das reações dos profissionais diante da dificuldade em conduzir os atendimentos. No entanto, parece que sentimentos e reações, presentes na relação profissional-familiar, têm sido avaliados e discutidos pelas equipes:

Em reuniões, o que vamos fazer? As famílias em geral... A gente tem um descontentamento mesmo, mas a gente parte para refletir nossas ações. Na crise você se pergunta, né? (...) É uma coisa que beira a raiva. Não veio uma, não veio outra, então o que é que a gente vai fazer? Aí é motivador (P4).

É isso que eu sempre tento apontar nas nossas reuniões de equipe, é que a equipe tem que ter clareza disso. Porque existem famílias que são difíceis, membros familiares, pais e mães que são muito difíceis, eu diria até que são insuportáveis, a gente não pode ter o pudor de falar isso, mas a gente não pode tomar como rival, alguém que atrapalha o tratamento (...) Então você tem que ir com estratégias para envolvê-los aos poucos porque se você começa a rivalizar, ele começa a ter resistência que vai desde o : 'Ah, eu não posso ir, eu tenho compromisso tal dia, não tenho dinheiro pra ir', até o 'não posso mais, não gosto daquele profissional que atende'. Há que ter um manejo pra ir envolvendo aos poucos o sujeito na história... (P8).

A rivalização entre profissional e familiar, citada por P8, aparece pouco nos relatos:

Mas quando estas coisas estão presentes e a gente consegue identificar e eu tô ficando até um pouco mais desconfiada porque a gente já percebeu que a família quando chega para o acolhimento,

chega com um discurso todo assim: discurso de acolhimento. Depois que entra você vê que não era bem assim (P7).

Na hora que a coisa fica difícil aí sim eles vêem, na hora que a coisa aperta, só nessa hora: 'Vocês têm que me ajudar pelo amor de Deus' (P5).

Entretanto, esses profissionais admitem uma oposição de lados na relação e parecem atentos à difícil tarefa de não entrarem em competição e disputa com os familiares:

Quando nessa relação a gente tem repulsa, quando a gente não dá conta, alguma coisa da gente tem que ser trabalhada, a gente tem que sair de campo, rever, situar (P12).

Então neste sentido, este trabalho é muito difícil porque como profissional a gente sempre tem que pensar nos dois lados, mas muitas vezes eu me pego, eu, particularmente, me pego na defesa daquele paciente. Aí eu imagino, andei pensando nisto ultimamente, como isso pode atrapalhar a relação com a família. Então é uma coisa que você tem que estar muito atento, se auto avaliando como profissional pra ver até que ponto você não está entrando na defesa do paciente e colocando aquele familiar contra a parede. Você tem sempre que estar na posição de conseguir conciliar as coisas, mas isso nem sempre é fácil, porque muitas vezes a gente se pega julgando mesmo. Neste sentido á que eu acho importante estar conversando com outros profissionais (P11).

O que precipita o surgimento de lados opostos nesta relação? A oposição entre profissionais de um lado e familiares de outro, parece surgir, da parte dos profissionais, quando a abertura que oferecem com os atendimentos, é atacada e destruída pelo não comparecimento, pela não participação no tratamento, pela desresponsabilização dos familiares em relação aos usuários. O não

comparecimento em atendimentos agendados, é vivenciado pelos profissionais como desvalorização do que oferecem, trazendo à tona questões referentes às relações de trabalho na equipe. Alguns profissionais se sentem desqualificados em prol da hegemonia do trabalho do médico e conseqüente medicalização, ponto nevrálgico da transição do modelo assistencial em saúde mental.

E a gente sempre fala muito disso: ' será que se fosse um serviço privado, isso aconteceria? Será que as pessoas têm uma visão equivocada do que é público? Se é público é dado, não tem valor? ' Porque no privado... e a gente observa que no serviço público a gente tem espaços muito melhores até do que nos espaços privados de tratamento. Por que esta desqualificação do serviço público? Aqui tem uma equipe que... nossa mãe! Raramente você vê em um serviço privado de saúde e várias vezes a gente se vê questionando... O que está por trás deste faltar, não comparecer e sequer ligar dizendo da impossibilidade dele no dia (P1).

Mas assim, os espaços médicos são aqueles que eles têm respaldo da medicação, o respaldo da terminologia, o respaldo do laudo que é uma coisa que é demandado deles e por conseqüência eles demandam da gente. Então os médicos eles não confundem os nomes. Os outros profissionais , é aquela menina loirinha, aquela menina moreninha (P7).

Alguns profissionais entendem que essa desqualificação, atribuída a eles pelos familiares, se dá pela frustração em não ter seus familiares curados, ou seja, colocam expectativas maiores do que o profissional/serviço pode oferecer.

Uma das coisas, eu acho que é a expectativa. Para uma mãe que tá com um filho com algum tipo de transtorno, falar em tratamento é a mesma coisa que falar em cura. Então quando eles vêem dois, três, quatro meses e eles não vêem aquela mudança que esperavam, vão se desestimulando (P7).

São expectativas maiores, até porque por eles conhecerem o serviço, como funciona, aí ele já vem pensando: 'Faz uma coisa nova aí, então pode melhorar de uma forma tal que meu filho vai entrar de um jeito e vai sair de outro' e depois muda o discurso: 'tá bom assim, pelo menos vocês ficam com ele, já me ajuda' (P10).

As expectativas fazem parte do processo desse encontro entre familiar e profissional. Em um primeiro momento, o familiar ou procura ou concorda em encontrar-se com o profissional, pois acredita que ele tem um saber a mais que vai ajudá-lo a resolver seu problema. Podemos dizer que essa relação inicia-se com essa premissa e o profissional tem seu papel valorizado, experimentando um sentimento de aumento de potência, resultado da boa imagem de si, refletida pelo familiar que acredita nele e em sua capacidade. Nesse momento, numa leitura a partir de Espinosa, o profissional e o familiar estariam nessa relação a partir do efeito que um produz sobre o outro, seria o momento de “conhecimento vago” ou imaginativo.

Como efeito dessa relação de primeiro gênero, teríamos a afecção, já discutida neste estudo, que seria, no caso, afetos positivos, produzidos pela percepção que um tem do outro e não resultado do que cada um faz ou da potência de ação de cada um. É o que cada um imagina do outro; familiar imaginando que o profissional tem o saber e profissional acreditando que pode ajudar/resolver o problema, que tem o saber para isso, mesmo que essa atribuição de saber parta da imaginação/expectativas do familiar e não de experiência prévia na relação.

Num segundo momento, acontece a busca da causa dos afetos positivos, o conhecimento daquilo que convém um ao outro. Segundo Espinosa, é o conhecimento de segundo gênero, que é o conhecimento da noção comum. Seria o momento do profissional e familiar conhecerem-se reciprocamente e, juntos,

entrarem na posse da potência de vida. Nesse conhecimento recíproco, o familiar perceberia que o profissional não sabe tudo e que ele familiar tem um saber que lhe concerne. Ele não estaria passivamente aguardando que ações fossem realizadas pelo profissional para resolver suas questões, pois sabe o que convém e o que não lhe convém, tendo a posse de sua potência de agir. Da mesma forma, o profissional, não mais detentor do saber, abre-se à construção de uma “obra conjunta” (Teixeira, 2004) que vai dando sentido a esse encontro.

A partir dessa leitura espinosana, a forma como se apresenta a relação entre familiares e profissionais, a partir dos relatos, não haveria avanço de conhecimento recíproco no encontro entre eles. Prevalece a decepção, o afeto triste; o profissional que não pode satisfazer as necessidades e sente-se impotente, de um lado, e o familiar frustrado e não menos impotente de outro lado. Rivalização, lados opostos que não compõem algo em comum, em que há investimento de potência para repelir o efeito desses corpos reciprocamente, diminuindo a potência de agir dessas pessoas. Nada na tristeza pode levar à formação da noção comum.

6.3.3 Resistindo à possibilidade do encontro

Tarefa difícil para nós profissionais assumirmos que não sabemos tudo, que não podemos dar conta sozinhos das questões e acreditarmos que o familiar também tem seu saber, sua potência de agir, que só conseguiremos sucesso nas nossas empreitadas se juntarmos forças para realizarmos nossa potência de ação. Às vezes, não percebemos isto e nos sentimos impotentes diante de tamanho fardo que a nós é delegado pelos familiares. Nesse momento, por não conseguirmos dar resposta às necessidades dos familiares tão marcadas pelos encargos da

convivência cotidiana com a pessoa com sofrimento psíquico, nos sentimos impotentes e nos colocamos contra este sentimento, resistindo às possibilidades do encontro.

A resistência e a transferência andam passo a passo. Cabe do lado do profissional identificar e saber manejar isso pra que a coisa possa continuar. Então se chegou a um ponto tal que o familiar abandonou é porque do lado de cá houve uma resistência, uma dificuldade de você acolher, escutar, saber o momento de você colocar determinadas coisas (P8).

A gente tem trabalhado muito em equipe, é da gente ter sempre o cuidado de lidar com esta família, ir da forma mais despida possível de pré valores ou percepções e... que estes espaços de fato possam permitir que essa família possa se colocar (P1).

Na visão desses profissionais, o familiar também resiste a esse encontro, pois diferente de estar passivo e o profissional assumir a resolução de suas questões, ele terá que implicar-se e, às vezes, isso traz à tona sentimentos, em relação à loucura e ao convívio com seu ente com sofrimento psíquico, que ele quer evitar:

A família querendo ou não coloca uma resistência aí: 'vou, mas não vou muito. Vou até que eu possa estar ajudando meu filho. O problema é do meu filho. Se eu entrar muito, daqui a pouco eu tô no caldo aí'. Então isso é uma dificuldade (P8).

Geralmente quando a coisa tá pegando eles voltam e quando a situação tá amena eles desaparecem (...) É como se esperasse dos profissionais, da gente, sempre as coisas e não eles tomarem a iniciativa... (...) Não tem participação ativa e aí quando a situação tá muito grave, eles vêm e entregam pra gente. Toma aí, resolve. Por outro lado a gente consegue apontar coisas que pra aquela família é muito difícil de reconhecer e de aceitar. Então acho que isso traz pra família uma angústia e de alguma forma ela se defende quando deixa

de vir ou quando ela boicota. Muitas vezes acho que é inconsciente, mas eu acho que a família entra na defensiva por coisas que a gente aponta (P11).

O pior cego é aquele que não quer ver. É o grau da responsabilidade deles nisso. Não só na condição como na melhora também. Acho que é um ponto dolorido. Sair do lugar: vou ter que mudar minha vida, minha rotina, para melhorar, por meu filho? (...) Eu acho que de qualquer forma são corpos endurecidos que têm essa função de proteção. Muita casca grossa, mas com esta função de proteção porque é muito dolorido você se deparar com isso tudo. Não sei nem se eu estou preparada pra uma coisa dessas (risos) (P7).

Quando é oferecida uma oportunidade pra ele, varia de pessoa pra pessoa, fala: 'ah, não preciso disto'. Então, se chamam eles vêm, as pessoas que estão mais engajadas, mais interessadas, mas às vezes: eu não sou o foco, o foco é meu filho'. Então : 'tá pensando que eu tenho problema também ou que eu sou a causa disso' e isso assusta. Quando a gente chama a pessoa pra estar junto da gente, a gente coloca responsabilidade mesmo que indiretamente. Não colocar a culpa, procurar culpados, não é isso, mas 'você pode estar junto com a gente' e isso assusta (P10).

6.3.4 Tomada de responsabilidade

Outro motivo de resistência dos familiares aos atendimentos, segundo esses profissionais, seria ou a dificuldade ou a recusa na tomada de responsabilidade, na responsabilização, pelos entes com sofrimento psíquico.

Num dado momento o estado tutelou por muito tempo as famílias, as pessoas que apresentavam... uma tutela, como se a tutela já não fosse um problema... Ainda por cima a forma de tutelar foi de segregar esse sujeito e daí o retorno a essa família, o responsabilizar é muito recente. Então a família vê como desresponsabilização do estado. Então ela

não vê isso com bons olhos. Ela questiona: 'você quer que eu cuide de um familiar que esteve tanto tempo longe da minha vida e agora eu sou o principal ator?' (P1).

Quando o assunto é responsabilização, tanto profissionais como familiares têm uma postura ativa diante da questão: profissionais convocando institucionalmente esses familiares e estes procurando a justiça para internação de seus entes.

Muitas vezes a gente tem que convocar a família, convocar até institucionalmente. Tem família que se afasta tanto, tanto... E até se afasta tanto que vai buscar a justiça... Ao invés de buscar o serviço, vai buscar a justiça... (P3).

Como apontado por P1 em seu relato, os familiares têm dificuldades em assumir essa tarefa, visto que a cultura manicomial de tutela e de segregação ainda se faz presente e a chamada desses familiares à responsabilização é algo relativamente recente. Este é um dos impasses da atenção psicossocial que, ao procurar manter o louco em comunidade, construindo uma autonomia e cidadania possíveis a ele, deve compartilhar responsabilidade com os familiares e com a comunidade. Como já vimos, a família tem a sua parte na responsabilização pelo seu familiar no que concerne ao cuidado cotidiano, assim como também cabe ao profissional a tomada de responsabilidade pelo cuidado, evitando o abandono do usuário a si mesmo.

O CAPS é uma lógica totalmente diferente do hospital psiquiátrico. Então a família que desejava ter aquele doente que ficasse lá por um tempo, por uns meses, é lógico que ela vai ver muita mudança num

dispositivo como o CAPS, que a pessoa passa o dia ali e volta pra casa e no final de semana está em casa. Acho que num primeiro momento pode ser visto como desassistência e eu acho que se a gente olhar a realidade do nosso estado, acho que a gente precisa de uma retaguarda melhor (P2).

Poderíamos dizer que a responsabilização é o objeto catalisador do vínculo e faz a mediação entre familiares e profissionais nesta relação tal qual a bola no jogo de futebol, no exemplo de Serres (1995), citado por Teixeira (2001). A bola, nesse exemplo, seria um objeto técnico, ou seja, o objeto que passa de "mão em mão" nos diferentes momentos de vida coletiva, catalisando as relações sociais. No entanto, a dúvida sobre quem se responsabiliza por quem ou com o quê é uma constante, assim como as "convocações institucionais" pelos profissionais e recorrência à justiça pelos familiares. A ilustração que representaria a responsabilização como objeto na relação profissional-familiar, seria uma batata quente, com um jogando para o outro, sob o risco de se queimar, ao contrário da bola que une e organiza os jogadores em busca de um objetivo. Assim, na dificuldade do fazer em conjunto de forma compartilhada, a responsabilização deve ser passada adiante, para o outro, correndo o risco de sair prejudicado, caso a assuma. Dessa forma, o que deveria unir familiar e profissional, no compartilhar o cuidado da pessoa com sofrimento psíquico é o que os separa em lados opostos com a acusação de ambos os lados de negligência e abandono desses cuidados.

Tem famílias que eu tenho dificuldade de lidar em função disso, porque eu sinto que joga a responsabilidade e aí você achar o meio termo de dizer que a responsabilidade não é só sua e é muito sutil esse limite de você não se colocar na defensiva, de você conseguir colocar que responsabilidade tem que ser compartilhada, sem entrar na defensiva.

Se você entra só na defensiva, você também não vai conseguir trabalhar com esta família (P11).

A falta de responsabilização dos familiares causa angústia nos profissionais que assumem a responsabilidade pelo caso. Sentem-se sozinhos e impotentes, sem a participação da família.

Às vezes me preocupa muito quando você vê um caso que realmente a criança precisa e a família tem dificuldade de aderir e isso você tem uma angústia que é gerada pela responsabilidade que você tem com o caso. Você ouviu a história, você tá sabendo, então você fica esperando a família... neste sentido eu acho desgastante (P9).

Ao assumir a responsabilidade pelo usuário e no sentido de partilhar esse cuidado com a família, o profissional deve lançar mão de outros recursos terapêuticos, além daqueles que se circunscrevem no espaço do CAPS.

A gente tava tentando trazer. Então, por exemplo, esta família que eu te falei que são três, o que foi feito? Foram feitas visitas domiciliares, atendimentos familiares na residência. Fizemos visitas lá e agora tamos tentando trazer pra cá. Até então a gente tava tentando fazer isso, tava tentando trazer de vários meios, convidando, fazendo um chamado institucional (P5).

Eu acho que muitas vezes a gente não atinge esses familiares porque eles têm que ser trabalhados de forma diferente. Para alguns, a gente tem que atender os familiares na casa deles. Eu já fiz muito disso, muitas vezes vou à casa desses pacientes. Eles têm dificuldades, para eles é difícil... (P4).

No entanto, esse profissional deve estar atento à linha tênue que existe entre a responsabilização do cuidado do usuário/familiar, potencializando o processo de aumento de contratualidade e autonomia dessas pessoas e a relação tutelada, que mantêm dependentes e despotencializados esses mesmos sujeitos. Às vezes, os limites das ações, que ultrapassam essa linha entre o cuidado e a tutela, não são claros:

Não se trata de tratar todo mundo igual, mas perceber pra quem a gente precisa oferecer mais e quando este oferecer demais está sendo prejudicial para a implicação desse sujeito, dessa família. Às vezes você oferece, não veio hoje. Pode ser um sintoma desta família, esse não vir, não se implicar, delegar essa responsabilidade da família para o profissional, para a instituição. Mas a partir de então, acho que isso deve ser trabalhado de forma que se traga essa família, que ela se implique mais. Se você não gostar e for até lá, pode estar oferecendo demais, amanhã eles não vêm mais (P4).

Nicácio (1994) ressalta a importância de relativizar a questão da tutela quando a referência de assistência é baseada em um modelo que se propõe a lidar com casos graves, a partir de pressupostos do direito à liberdade sobre os corpos. Destaca que algumas ações de intervenção protetora, involuntária ao paciente esbarra nesta questão e traz à tona a necessidade de ressignificação do conceito de tutela. Ao contrário de trazer a incapacidade e irresponsabilidade do sujeito tutelado, se configura como mediação para retomada do percurso de vida do paciente.

Acrescento ainda que é na própria relação que as linhas de cuidado e responsabilidade são traçadas. Ações que para um familiar podem significar paternalismo e tutela, para outro pode significar emancipação e autonomia.

Assim, só tem uma coisa que o CAPS não tá me ajudando, tô sendo muito realista pra você, isso já foi até ouvido pela juíza: eu queria que a Dra. K., como psiquiatra, já tem dois anos que a S. tá aqui, a S. tem ajuda do carro que pega e traz ela, mas não é só carro que eu queria como mãe. Porque a S. faz tratamento no Hospital Infantil e tem dia que eu não tenho dinheiro de passagem pra dar pra S. E o CAPS aqui me dá passagem? Só pra ir pra casa, não me dá pra ir pro Hospital Infantil. Você sabe que eu vivo de faxina. Eu faço faxina. Então eu queria uma carteirinha de passe pra mim e pra S. ir pro Infantil, pra eu levar a S. e queria que a Dra. K. me desse um laudo, que dissesse corretamente o que a S. tem. Isso é que eu acho que o CAPS não me ajuda” (F8).

Nesse relato de F8 são expostas necessidades que podem ser associadas à demanda de autonomia ou tutela? Essa questão pode ser esclarecida somente na relação entre o profissional e F8. Da mesma forma, apesar do poder de decisão entre dar e não dar o laudo e a carteirinha parecer estar com o profissional, somente uma análise mais apurada desse encontro poderia esclarecer essa questão. Assim, no encontro entre profissional-familiar, na peculiaridade de cada encontro, é que os sentidos das situações são construídos.

6.4 Dispositivos de atendimento aos familiares

Até agora vimos o que esses atendimentos não são, isto é, não é terapia de família. Então, como se constituem estes encontros? Nos CAPS são oferecidos dispositivos grupais e individuais para atendimento dos familiares. Algumas modalidades de atendimento: contatos com o técnico de referência, grupo multifamiliar, grupo de familiares, assembléia, atendimento familiar nuclear.

Em relação ao atendimento grupal, as propostas variam de acordo com o grupo. Assim, o grupo multifamiliar tem como proposta:

O espaço de multifamíliares, onde a gente atende outros familiares juntos na perspectiva de outros familiares poderem ouvir que o problema não é só da família dele, que tem várias pessoas que sofrem e um dá suporte ao outro nesse processo (P1).

Em relação a esta proposta, temos o comentário do familiar F2:

Nesses encontros, na multi, eu tenho, a Dona J. é que tem problema, mas então se eu não participar eu não vou saber que tem pessoas em situação pior do que eu. Inclusive tem gente aí que tem duas pessoas na família que tem problema. Então aí é uma coisa importante que eu acho e eu fico feliz porque não sou só eu que estou passando aquela fase, que não é só a Dona J.. tem pessoa que tá mais pior do que eu, então eu me sinto bem. Inclusive tem pessoas que estão de parabéns porque tem duas pessoas na família que tem esse problema e são aquelas pessoas felizes” (F2).

Pelos relatos, nesse grupo, busca-se a identificação dos participantes pela dor, pelo sofrimento e a partir daí criar uma rede de suporte entre eles. Ser um familiar que sofre parece ser condição de pertença ao grupo e o sofrimento a aliança entre os familiares. Nessa condição, o grupo pode estagnar em seu fluxo, conformando-se com os encargos, com o sofrimento, e conduzindo-se dessa forma, em suas vidas cotidianas. O grupo operaria na manutenção dessa situação, sendo iatrogênico. Ao contrário, o grupo pode operar no sentido de estar implicado com sua dor, com sua culpabilização, que fazem parte do território existencial dessas pessoas que juntas, podem buscar abertura de linhas de fuga desse lugar que

ocupam. Seria sair do lugar da queixa, da vitimização e se implicar, responder às situações que geram sofrimento.

Assim, é necessário que o profissional, coordenador desse grupo, fique atento a esses movimentos que se fazem presentes no grupo, manejando-os no sentido de favorecer encontros entre os participantes que gerem potência de agir, autonomia, caso contrário, corre-se o risco de iatrogenia.

Nesse mesmo grupo, trabalham-se questões emergentes, trazidas pelos participantes.

Todas as questões que você puder imaginar. A fala é livre. Ela pode ser disparada por um familiar, ela pode ser disparada por um usuário. Na multi a gente trata de questões políticas, como eu te falei, questões de cidadania, questões de, de... do que quiser, mas costuma surgir muito a questão da medicação (P3).

Apesar da fala ser livre, questões relacionadas à problemática específica de uma família são direcionadas a outros espaços:

Mas como tem um grupo, um outro trabalho que não tem a ver com a família, que é só com eles, que trata dessas questões, a gente costuma remeter... Na multi surgem fatos que são pontuais de uma família, então você remete... 'quem é o seu terapeuta de família?', 'tá na hora de marcar um atendimento de família'. Então a gente endereça...(P3).

Se o grupo tem como premissa a fala livre e uma das propostas é buscar identificação e apoio entre os participantes do grupo, parece contraditório algumas falas serem direcionadas a outros espaços. Dessa forma, abre a possibilidade para o profissional que coordena o grupo, selecionar os assuntos a serem discutidos, por meio de julgamento daquilo que é ou pertinente ou não ser discutido com o grupo. O

fato do familiar/usuário trazer para o grupo questões particulares, específicas a ele, pode ser um reconhecimento da potência do grupo para resolução de sua situação, descentralizando o poder do profissional.

Em contraposição às colocações acima, o relato do familiar F6 reclama um direcionamento maior dos profissionais:

Normalmente eu não vou. Sabe por quê? Eu acho assim, eu não tenho formação mais que ninguém, mas fica um blá blá blá tão grande, que é posto para as famílias falarem, mas eu acho que tinha que pôr um profissional para dar uma direção. (...) Tinha que ter um eixo que seria dos profissionais. Os profissionais teriam que abordar e não eu falo, o outro fala, o outro fala pra tirar experiência. (...) Então é tipo de alguma coisa assim que deveria ser feito, um direcionamento porque tinha que ter um eixo aonde me atingiu eu vou chegar e dizer: 'eu preciso disso e disso, como é que eu faço, como é que eu ajo numa situação dessas?' (F6)

Esse “direcionamento” pelo profissional, reivindicado pelo familiar pode estar relacionado à falta de autonomia, de participação ativa como familiar e cidadão dentro do grupo e fora dele. Como já discutido neste trabalho, no regime político brasileiro, as metas e objetivos são estabelecidos por uma minoria, sem a participação da população que, utilizando do discurso de F6, está acostumada a ser “direcionada”. É justamente nos micro-espços coletivos, no embate de forças cotidianas, que é possível construir um sistema de relações mais autônomas, numa produção de outros modos de subjetivação (Andrade, 2007). Assim, um grupo que tem a proposta de ser um espaço de “fala livre” pode ter como efeito a resistência a esse outro modo de estar no mundo, dificuldades de contato com territórios que não

contemplem seus universos de referência que exijam outras formas mais ativas e autônomas de conduzir suas questões existenciais.

Outro espaço, que convida os familiares para um posicionamento autônomo e ativo diante da vida, favorece o empoderamento dessas pessoas, a implicação na sua problemática, colocando em ação a sua potência, é a assembléia. Este é um dispositivo que também é bastante esvaziado nessas instituições:

A assembléia é um espaço que eles nunca tomaram pra si (P7).

Um CAPS vai um pouco além de um espaço clínico terapêutico, é tentar participar mesmo. Uma coisa muito difícil é trazer as famílias para a assembléia, por exemplo, fazer uma atividade, tentar envolver a família na atividade, que a família pudesse opinar sobre as coisas (P8).

Essa dificuldade dos familiares em participarem de decisões, organizarem-se para avanços em suas questões, seria decorrente de não saírem do lugar de vítimas e a queixa como única forma de manifestação dessas famílias:

Elas [as famílias] não conseguem se organizar para mudar. A coisa fica, às vezes, muito na queixa e às vezes muito na queixa de corredor. (...) Apesar de ter espaços formais. Na última assembléia que a gente fez, apareceram três familiares só. (...) Me incomoda, às vezes quando a gente faz assembléia, que a gente receba tantos elogios... Aí na última assembléia até falei pra senhorinha que tava elogiando: 'Olha, a gente quer elogios, é bom ter elogios, mas a gente quer as críticas também e não tinha... (P11).

É um espaço que, como colocado por P7, eles não tomaram pra si; não se apropriaram como uma possibilidade de parceria entre eles e profissionais na mobilização para resolução/superação de contradições entre a realidade vivida e a

realidade desejada. Pelo relato de P11, a queixa não é comunicada ou direcionada aos profissionais que, ao contrário, recebem apenas elogios. Parece que os familiares não se sentem à vontade nesse espaço e nessa relação com os profissionais e com a instituição para poderem direcionar suas críticas. Isso mostra que a falta de confiança no espaço e nos profissionais, para quem não se sentem à vontade de fazer críticas ou de reclamar. É um espaço que evidencia a distancia que se estabelece entre estes atores: familiares e profissionais.

Agora eu acho que um espaço que me angustia muito é a assembléia. Pra mim é um espaço emblemático da nossa relação (P9).

Para P12 os familiares e usuários não se apropriam da assembléia e não a reconhecem como um importante espaço de exercício de cidadania porque a instituição se apossa deste espaço, assumindo sua organização, deixando os familiares a parte deste processo.

Isto não tá dentro deles, que essa assembléia é um lugar importante pra eles virem colocar. Então tudo quem programa é a gente. A gente programa lanchinho, programa isso, programa aquilo, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo, sabe? E não traz a família pra organizar isso aí ou então forma uma comissão de familiar pra organizar a assembléia: 'olha, a assembléia vai ser feita por vocês'. Vamos ver: começa com um, com dois, mas um dia vai aumentando. Eu preferia ter uma assembléia com um ou dois, mas que tivesse peso porque aqueles dois se organizaram pra vir, do que a gente organizar tudo, ter dez que não vão falar (...) poucos falam porque a gente fala muito (P12).

A assembléia seria formatada pelos profissionais sem a participação dos familiares e usuários, sendo, portanto previamente planejada. Um espaço pronto que de certa forma engessaria a participação do familiar.

É a mesma coisa com as oficinas. Sabe, fica ali, continua oficininha. Oficininha que eu falo é porque fica pequeno, não abre para outras coisas. Fica pequeno, o universo não aparece, de coisas que eles têm. Quando eles têm ideias eles evoluem muito. Eles evoluem quando a ideia deles aparece. (...) Vamos ver se estes familiares conseguem se reunir e fazer alguma coisa. Alguma coisa juntos, partir deles. Porque a gente tá sempre oferecendo. A coisa tem que ser ampla, sair do CAPS, da unidade e ir para a comunidade. Cadê a autonomia deles resolverem de fazer isso, aquilo. A gente deixa acontecer? (P12).

Novamente aparece a tutela dos profissionais que impede a autonomia dos familiares.

Outra modalidade de grupo para familiares é o Encontro de familiares:

E temos também o espaço que a gente chama de encontro de familiares. Este espaço é específico mesmo para os familiares falarem de outras coisas que não familiar doente, a doença do familiar, mas outras coisas que ele queira falar. São espaços muito potentes de escuta e fala (P1).

Tem o encontro de família, que é o dispositivo que eu te falei. Tem vários familiares. Vários assim... São poucos os que comparecem. Até que no último teve um pouco mais. Acho que a gente precisa insistir mais. É pra tratar as questões com essa família. Nos sentido de..., sei lá, atenuar talvez? Porque força a falar disso descolado da questão da... pessoa que está com transtorno, em sofrimento (P3).

Este é um grupo esvaziado, com pouca “aderência” dos familiares à proposta, parecendo ser difícil para eles responderem à consigna do grupo: falar de si, tendo como regra não falar do familiar com sofrimento psíquico.

Então o encontro de familiares, a gente consegue alguns, mas nem todo mundo que a gente indica vem. E quando eles vêm, eles não conseguem falar deles. Aí como é um grupo pra falar deles, a gente: ‘não, hoje não é pra falar, pra falar do seu familiar adoecido você tem outros espaços, aqui é pra falar de você’. Mas é um exercício o tempo todo porque eles não conseguem (P6).

Notar que no grupo multifamiliar como no encontro de familiares as questões específicas relacionadas ao tratamento, ao sofrimento psíquico, trazidas pelos familiares, são endereçadas ao atendimento familiar individualizado. No entanto, nem todos têm este tipo de atendimento em que supostamente haveria uma escuta destas questões.

Independente do grupo, falar de si é uma tarefa bastante difícil para esses familiares.

Não quero [atendimento psicológico] porque minha vida é só F., só F.. Não falo nada de mim. Então, quando tudo que eu vou falar, olha como eu fico quando falo de F. ... [chorando]. Eu não tenho nada pra falar de mim (F3).

Falar de si em grupo pode ser ainda mais difícil:

Nunca parei pra pensar no sentido científico, embora eu tenha lido algumas coisas. O que eu vejo: acho que se cria uma série de fantasias sobre o que é grupo. (...) Algumas que a gente convida [para participarem do grupo]: ‘ah, não quero me expor, não quero falar em

grupo...'. Acho que se cria alguma coisa em relação ao grupo e talvez não se identifiquem com aquele tipo de trabalho. Acho que é possível isso também. Tinha uma outra expectativa, não dá conta, não quer. Algumas pessoas podem ter esta restrição mesmo, de não querer falar de si no grupo (P9).

Para algumas pessoas, a necessidade pode ser falar de si em espaço individual. Os contatos individualizados com as famílias são realizados com o técnico de referência e nos atendimentos familiares em espaços individuais.

O técnico de referência é um dispositivo localizado entre a oferta do serviço e as demandas e necessidades do usuário. Tem uma aproximação especial do usuário e o assiste de forma singularizada, garantindo que seu projeto de tratamento seja efetivado no plano subjetivo, social, familiar, laboral, etc. (Furtado & Miranda, 2006). Para profissionais entrevistados, o técnico de referência é responsável por viabilizar questões objetivas que envolvam os familiares, mas não necessariamente realizam atendimento de família, que seria outro dispositivo de atendimento.

Como técnico de referência, aquele acompanhamento que você faz à família que não é psicoterapia, você faz o PTS [plano terapêutico singular], vê o que está acontecendo..."(P9).

O técnico de referência é a ponte entre o serviço e a família. No caso a gente senta pra ver o que tá acontecendo, o que aconteceu. Se a família precisar, a pessoa tá passando mal em casa, não vai para o serviço, aí liga. Ele pode estar procurando o técnico de referência, inclusive pra falar isso: 'não tá legal, preciso marcar uma familiar' (P5).

O atendimento familiar, modalidade de atendimento individualizado ao núcleo familiar, depende do plano terapêutico que é traçado para o usuário e avaliado pela equipe. Não são todos os familiares que teriam essa indicação e muitas vezes o

atendimento com o técnico de referência é avaliado como espaço individualizado suficiente para dar conta das questões da família.

Técnico de referência também trabalha com as famílias. A gente coloca que o técnico de referência é da família, do usuário. Tem famílias que vão só pra multi porque tem o técnico de referência. O trabalho que o técnico de referência já faz, já é suficiente, não precisaria ir para o grupo de familiares. (...) O técnico de referência já vê algumas questões, se preciso ver benefício, se preciso de não sei o quê, de uma situações que está acontecendo em casa. Ele fica nesse intermédio aí (F6).

No entanto, alguns familiares sentem a necessidade de um espaço individualizado para questões além das questões práticas, objetivas:

Não sei de que forma, mas acho que deveria ter outra forma. Não sei explicar como, mas acho que deveria ter um meio de atender o cuidador mais assim..., como te falei, tinha que ser individualizado (F6). Então familiar que eles chamam, quando está agravada a crise que eles chamam pra ver o que acontece. Só nos momentos de crise. Eu acho que devia ter um momento, eu nunca dei esta sugestão, um momento de só psicólogo ou psiquiatra, assistente social, conversar com a gente, com os familiares, pra gente falar... (...) Porque isso é muito importante, um acompanhamento até pra gente entender porque que a gente tem certas reações. Porque todo mundo tem problema, não é só ela que tem esquizofrenia. Eu também tenho minhas tribulações e eu gostaria de partilhar com a assistente social, com a psicóloga, com o pessoal do CAPS (F4).

Ter um espaço de acolhimento, de partilhar sentimentos e de situações com o profissional mostra-se como uma necessidade de familiares. Entretanto, o sentido

desse encontro pode ser outro. A indicação para o atendimento individualizado e sistematizado ao familiar, no entendimento de alguns profissionais seria:

É difícil porque quando a gente faz uma indicação de um atendimento de família é porque as relações já estão muito conflituosas. Então eu acho difícil porque você vê sofrimento dos dois lados (P5).

- Quais são os critérios pra indicação deste atendimento?"

- Quando tem agravamento maior em todas as áreas, na questão da relação dessa pessoa com a família, com as pessoas com quem ele mora. Então assim, uma coisa de desestabilizá-lo. Se ele tá em casa, ele não fica legal, você vê que tem umas interferências familiares que dificultam esse processo de melhora. Às vezes tem até situações concretas pra se resolver, coisa burocráticas..." (P6).

Diante desse tipo de indicação de atendimento familiar, os familiares podem sentir-se cobrados e culpabilizados pelas alterações sintomatológicas de seu ente:

Às vezes a Dona H. tá meio nervosa, agitada, aí a X.: 'Sr. M., a gente precisa marcar um encontro com a família pra gente poder conversar sobre a Dona H.'. Aí bom, vamos marcar. (...) Aí eles falam: 'o que a Dona H. tem que tá nervosa?' e vai trocando uma ideia de forma suave com a gente. 'O que tá acontecendo em casa que ela tá nervosa?' Em casa ela tá normal, ela tá assim porque infelizmente é isso mesmo. (...) Qualquer coisinha que chegar, qualquer sintoma, eles querem saber porque que aconteceu (F2).

Para outros profissionais, esse encontro tem outro sentido:

A minha forma de lidar com isso é uma forma clínica, terapêutica. É convocar a família quando necessário, se colocar à disposição da família pra escutar, mas sempre com intuito de fazer a família se

implicar. Um CAPS vai além de um espaço clínico terapêutico, é tentar participar mesmo. (...) Quando é ofertado um espaço pra que isso possa ser dito, e na minha forma de trabalhar eu gosto sempre de ofertar um espaço individual, quer dizer, em alguns momentos é importante você reunir o núcleo familiar como um todo..., mas num primeiro momento quando o sujeito precisa falar da angústia, às vezes até chorar, encontrar palavras para simbolizar aquela dor, aquela angústia, aquele mal-estar, então é importante que ele tenha esse espaço individualizado (P8).

A proposta não é fazer uma comparação entre as condutas dos profissionais, mas indicar como elas se diferenciam, refletindo nas diferentes formas de cuidado ao familiar. Essas diferenças são decorrentes do processo de subjetivação desses profissionais que se refletem na produção de cuidado. Apesar de a instituição ter uma linha de cuidado pré estabelecida, no caso os dispositivos de atendimentos, há uma abertura que possibilita produção de práticas diferenciadas. Profissionais de um mesmo CAPS têm posturas e práticas que se diferenciam. Nesse sentido, Franco e Merhy (2005) apontam que a subjetividade do profissional é que estrutura sua atitude frente ao usuário:

A subjetividade se produz a partir de vivências e dos registros que as pessoas acumulam em suas experiências de vida e é socialmente determinada, sendo portanto dinâmica e mutável no tempo. Por isso é possível termos trabalhadores de saúde que trazem em si atitudes acolhedoras com o usuário, produzindo o cuidado independente de orientação de instancias gestoras de determinado serviço, bem como há outros que produzem procedimentos em relações sumárias e burocráticas com os usuários, fazendo-os se sentirem desprotegidos nas relações de cuidado. O que estrutura um comportamento e outro, isto é, a atitude de cada um em relação ao usuário e aos outros

trabalhadores, é notoriamente a sua subjetividade, expressão do desejo de atuar no mundo de um certo modo (§ 18).

6.4.1 A atenção em saúde mental, a desinstitucionalização e a cronicidade

Ainda que haja atitudes de cuidado que se diferenciam entre os profissionais, a proposta da Reforma Psiquiátrica é o que rege suas práticas e que norteia os atendimentos familiares.

Acho que nosso trabalho de atendimento de família é muito, além de acolher, de trabalhar as relações familiares. É de educação mesmo em saúde. Trabalhar a política mesmo, o que é isso mesmo, hoje da não internação, internação a longos períodos, trabalho muito isso com a família. Por que quando a gente vem pra atender a família e a paciente tá em crise, mas pode ser tratada em casa, eles trazem: 'Ah, tem que internar, tem não sei o quê...'. Aí a gente faz todo esse trabalho. Tem vários pacientes aqui que a gente deixou de internar pelo trabalho de família. (...) Acho que esse é um dos papéis importantes do atendimento de família, de mudar a cultura manicomial. Tá junto com a coisa clínica, psíquica, de trabalhar só a coisa da subjetividade desta família, a coisa política também tá envolvida (P6).

É necessário salientar, no entanto, que a Reforma Psiquiátrica traz o argumento que desinstitucionalizar vai além de desospitalizar, além da passagem do hospital psiquiátrico para a cidade. Desinstitucionalizar é buscar outras formas de relação com a loucura, que não a identifique com a falta. O profissional de saúde mental, enquanto maior agenciador da Reforma Psiquiátrica, também, é jogado na falta e impossibilidade se não se perguntar que saberes o subjetivam como

trabalhador de saúde mental (Nardi & Raminger, 2007). Dentre esses saberes está a forma como ele próprio se relaciona com a loucura.

*Tem famílias que esperam que a gente tenha uma solução imediata e muitas vezes a solução imediata pra esses familiares é a internação. O que pra mim, na verdade para o movimento da Reforma, é paliativo. Na verdade, é isso que a gente fala: o tratamento é cotidiano. (...) Aí eu acho que falta trabalhar melhor que o tratamento é o cotidiano, o dia a dia e não só levar pra internação e curar. (...) É difícil delas aceitarem, é uma dificuldade de aceitação mesmo de que é uma coisa crônica, que vai ter crises, que não vai estar sempre estável e que vai exigir uma atenção. Mas é uma coisa que exige da gente um trabalho constante, um investimento constante e é por isso que a gente se sente frustrado também. **É como se a gente tivesse que acreditar sempre.** É cansativo, mas eu acho que passa por aí também (P11).*

O relato de P11, por exemplo, traz a loucura em sua dimensão de doença crônica, instável difícil de ser aceita, afirmada, exigindo trabalho dos profissionais no sentido de implicar os familiares com o tratamento, de potencializá-los nessa tarefa, em detrimento da internação. No meu grifo ressalto o trecho em que o profissional mostra um esforço em acreditar nas possibilidades de uma pessoa com sofrimento psíquico, tarefa nada fácil, como ressalta. É um embate consigo mesmo entre ou a busca de sua potência de agir em relação ao trabalho com o familiar/usuário, acreditar nas possibilidades dessa relação ou aceitar passivamente que a doença é crônica e que pouco se pode fazer. Seria um embate ético, de acordo com a conceituação exposta neste trabalho, entre o bom, a potência versus o mau, a aceitação, a passividade diante das dificuldades, da cronicidade. Sem esse questionamento, o profissional pode cair na banalização da prática sem saber os pressupostos que a rege, na repetição em um trabalho alienado e alienante, na

impotência porque nada se pode fazer diante da cronicidade, em um trabalho triste, portanto.

6.4.2 Foco principal: diagnóstico ou necessidade?

P12 ressalta a importância do profissional questionar sobre seus próprios recursos em relação ao atendimento familiar:

Com a família a gente não conseguiu visualizar o passo delas. Então eu tava até conversando: ‘será que tá faltando recurso na gente?’ Eu sempre coloco isso, se não a gente não trabalha. O que a gente pode dar... Porque a gente não consegue identificar o passo na família. Não sei se você tá me entendendo... O avanço de ficar mais saudável. Ficar mais saudável para acolher melhor esse filho, ajudar a tratar. (P12).

Esse recurso a que P12 se refere seria a formação profissional, capacitação específica para o trabalho com o familiar? Alguns autores (Campos, 2001; Romagnoli, 2004b) atribuem à dificuldade dos profissionais em trabalharem com familiares de pessoas com sofrimento psíquico à falta de capacitação desses profissionais para lidarem com familiares. Em relação a essa questão, os profissionais entrevistados, como podemos ver inclusive em relatos anteriores, referem-se a achar o trabalho com familiares uma tarefa difícil, mas não atribuem a isso a falta de formação, mas ao desgaste em lidar com conflitos iminentes dessa relação.

Tem esse papel que não é um papel muito fácil de ficar mediando as coisas. Então é nesse sentido que eu acho difícil porque às vezes você vê que não tem solução porque os dois lados têm razão” (P5).

Eu acho que no geral, trabalhar no CAPS, com portador de transtorno mental grave, ele é desgastante como um todo e a família está incluída. Eu acho que o mais difícil pra mim não é nem o contato, é da família ficar resistindo, de você ter que trabalhar a resistência. Isto eu acho desgastante (P9).

P12 fala de trajetória, bagagem, envolvimento, estrutura como elementos necessários ao profissional no atendimento aos familiares:

*Às vezes a gente vê a criança como mártir dessa família e aí tem gente que vem carregado de coisas contra aquela família. E ainda não teve uma trajetória que pudesse se carregar ou trazer uma bagagem com coisas que você pode dar para aquela família. Você não vai dar tudo. Eu tô falando em dar profissionalmente. Eu acho que é uma trajetória de cada um. (...) E quem tiver uma trajetória e tiver um envolvimento... porque eu acho que família ela tá mais lá na frente mesmo. Porque pra atender família você tem que ter uma estrutura, uma bagagem, muito conhecimento, muita hora de vôo pra tratar o **foco principal**. Eu acho mais difícil tratar a família do que a criança (P12).*

O trecho do relato: “família está mais na frente” parece destacar a complexidade da tarefa de atender a familiar, algo que deve ser alcançado pelo profissional, que deve preencher alguns pré-requisitos, não sendo um atendimento que possa ser feito por todos profissionais. Como vimos, a subjetividade do profissional de saúde mental vai estruturar a sua conduta com o familiar/usuário e sabemos que o processo de subjetivação é composto de experiência de vida, de bagagem, da trajetória de cada um, socialmente determinada. Assim, alguns profissionais seriam mais aptos que outros para o atendimento a essas famílias? Haveria, portanto, pré-requisito para atendimento familiar? Qual?

Para essa discussão, podemos partir do termo “foco principal” referido pelo profissional. Se o foco for um diagnóstico situacional da família feito pelo profissional e a partir daí sua conduta ser balizada por conceitos transcendentais a essa relação, resultando em técnicas e em procedimentos dependentes somente do saber do profissional, poderíamos entender a bagagem, referida por P12, em termos de especialidade, que seria o pré-requisito para o trabalho com famílias.

Capacitação, experiência profissional seriam requisitos para o trabalho familiar e o suposto saber do profissional seria o que regeria o processo de tratamento. Para “dar profissionalmente”, como sugere o participante, o profissional teria que ter alguma coisa, o saber científico e técnico, o domínio e controle daquilo que desestabiliza a família. O profissional com seu saber sobre o “foco principal”, que poderíamos entender como a essência da família, teria competência para orientar quanto aos deveres e o melhor para os familiares. Nesse caso, os familiares seriam passivos nesse processo, dependentes da “bagagem” do profissional, sem potência de agir. A “participação” dos familiares nessa relação seria por meio da aceitação, recebendo sem questionar tudo que lhe é dado pelo profissional. A *Ética* de Espinosa, como aponta Teixeira (2005), é animada pela ideia que não se trata de negar a competência do sábio, mas de reconhecer que ninguém pode ser competente pelo outro e é a partir daí que proponho uma outra forma de analisar o “foco principal”.

Em outro ponto de vista, o “foco principal” pode ser o conhecimento da necessidade do familiar. Para Teixeira (2005) a necessidade nem sempre é explícita e definida e vai se constituindo em um debate, em uma experimentação, em que o que se discute e se refaz sem cessar é a nossa própria humanidade. Nesse sentido,

a necessidade não é sempre evidente e é necessário elaborá-la juntamente com o familiar/usuário, nas afetações deste encontro.

Colocada desta forma, concordo com Teixeira (2005) quando ele aponta que a abordagem da necessidade mostra-se como algo não “essencialista”. No nosso caso não é alcançável pelas verdades universais sobre a família e os familiares. Já aqui, voltando à nossa discussão, se o “foco principal” é a necessidade e se esta é discutida/refeita/elaborada/negociada no encontro, nos afetamentos oriundos dessa relação, a especialidade em família, um conhecimento prévio sobre as verdades que pairam sobre as relações familiares, sobre a essência dessas famílias, não seria pré-requisito para o profissional se autorizar para a entrada nessa relação.

Esse encontro produz sentidos a situações, que vão sendo construídos na soma de saberes entre profissionais e familiares. Nessa proposta ninguém detém o saber, a competência é dos dois atores da relação que se juntam para viabilizar modos de satisfazer as necessidades emergentes. Não mais difícil/desgastante para o profissional, que não é obrigado a ter a solução para todas as situações, a dominar todos os conflitos, ser responsável pela estabilidade existencial da família. Seu saber, sua potência se encontra com a potência do familiar, que também é reafirmada, aumentada neste encontro. Existe algum pré-requisito para esse profissional estar nessa relação? Seria a disponibilidade em aceitar o outro, o familiar, da forma como ele se apresenta, na sua diferença, aceitar o desafio de afirmar a alteridade.

E o que temos adiante? Não mais o que no outro se assemelha a nós. Não mais o que é facilmente reconhecível. Não mais o que no outro é, de certa forma, nossa própria imagem espelhada. Mas o que no outro é irreduzível. Sua diferença absoluta. Sua singularidade radical. E é aí que começa o verdadeiro desafio da alteridade. Só aí somos

verdadeiramente desafiados aceitar o outro como um legítimo outro. Nessas novas zonas, passamos a experimentar novas intensidades, às quais fomos conduzidos pelos afetos de confiança, mas que já correspondem a novos afetos aumentativos que anunciam, por sua vez, outros modos de existência, em que nos tornamos a causa última de nossas paixões, em que entramos plenamente na posse de nossa potência. Para Espinosa, a liberdade” (Teixeira, 2005, p.596).

Dessa forma, sem o requisito de uma capacitação específica, profissionais de saúde mental, de várias formações, atendem a familiares. Nessa discussão, a importância da equipe para o avanço no trabalho em saúde mental é ressaltada:

A gente vive hoje em dia, principalmente no campo médico, de novas tecnologias. A medicina vive disso, de vender essa coisa de que a medicina avança junto com a ciência, novas tecnologias pra diagnosticar, pra tratar, não sei o quê. E aí eu perguntei p/ o X. [supervisor institucional], o que ele considerava assim a boa tecnologia para o trabalho no campo da saúde mental, na atenção à saúde mental. Ele disse: ‘não é a melhor, talvez seja a única tecnologia que existe. Essa tecnologia se chama equipe, mas é a tecnologia mais difícil de você construir, aprimorar, conviver. Sem equipe não tem como você avançar’. Não tem diagnóstico por imagem, medicação de última geração. É equipe. O CAPS é uma babel de linguagens distintas, tem tudo ali: psicólogo, médico, terapeuta ocupacional, arteterapeuta, musicoterapeuta, com um mundo de informações, com formações diferentes...” (P8).

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade também são importantes meios de sustentação ao profissional, no trabalho em saúde mental.

Na verdade, a saúde mental, essa política... ela grita, ela evidencia para os profissionais que não dá pra trabalhar na saúde mental sem que seja numa perspectiva interdisciplinar, que não seja numa perspectiva de rede, sem que não seja juntos: usuários, familiares e comunidade. Se não forem práticas coletivas e se não forem práticas compartilhadas é impossível alcançar. Se não for dessa forma, a gente entra em processo de sofrimento (P1).

Para isso, é necessário que a equipe, o trabalho interdisciplinar e intersetorial façam parte de modelos organizacionais e de gestão flexíveis, que evitem o atendimento de necessidades de forma burocrática, em que os trabalhadores consigam ir além de protocolos e portarias. É importante que a afirmação da alteridade esteja presente não só em relação aos pacientes, mas também na relação entre profissionais de saúde mental. É importante que a liberdade e a criação estejam presentes no processo de produção de cuidado.

O problema das equipes, como qualquer grupo humano, tomando como exemplo a família, às vezes quando se ama demais também se odeia demais. E para uma equipe funcionar, ela não pode ignorar e viver só no regime 'todos nos amamos'. Em algum momento você vai ter que falar alguma coisa, se você é ético na condução do seu trabalho... (P8).

Eu não diria que eu tenho uma abordagem... eu diria que eu tenho uma orientação mais psicanalítica. Foi o que eu estudei na época, tenho um processo de... fiz durante vários anos análise pessoal e então vou mais nesta vertente, mas trabalhando com saúde pública a gente acaba tendo que angariar outros conceitos e tal, até da própria saúde pública mesmo e como a gente trabalha com outros profissionais acaba interferindo, o saber do outro profissional, você tem que interagir com isso e com a situação que se apresenta (P2).

É importante salientar que nesta proposta de trabalho, o profissional precisa aproximar-se de seus aspectos subjetivos, que lhe são peculiares, característico, de seu processo de subjetivação como profissional de saúde mental. Ao aliar-se com as forças da processualidade, para estar junto com o outro em seus momentos de desestabilização, mais do que qualquer outro tipo de aprendizado, é preciso suportar esta dor em nós mesmos (Rolnik, 1995 c).

E aí tem questões subjetivas de cada um, como cada um lida com a loucura, que história eu tenho com a loucura que obviamente vai comparecer no dia a dia com o trabalho. Eu costumo dizer assim: Saúde mental ou você ama ou você deixa. Não que outras áreas seja possível, mas ela te desafia muito mais. Muito mais... Costumo dizer que as coisas são colocadas mais às claras. A forma como você lida com sua profissão, tudo isso aparece na saúde mental (P1).

6.5 Confiança, vínculo e a diferença

O que mantém essa relação? Em vários momentos, nos relatos dos profissionais a “não aderência” dos familiares à relação com os profissionais é evidenciada pelas faltas constantes, pelo abandono dos atendimentos, mostrando uma relação que não avança, que é interrompida. Poderíamos dizer que não há sustentação para que sobreviva à diferença que aí se coloca. Como vimos, em uma leitura espinosana, o encontro passa por diferentes momentos determinados pelas ideias e afetos que resultam em variações de potência de existir. A potência e conseqüentemente o afeto a ela relacionado são resultados das ideias que se sucedem nesse encontro. Então, em um primeiro gênero de conhecimento, os profissionais e familiares só se conhecem pelos efeitos que um produz sobre o

outro, prevalecendo a ideia afecção. No segundo gênero, é o momento do conhecimento recíproco, do conhecimento daquilo que convém ou não no outro, das causas dos afetos gerados na relação. Assim, um corpo que me afeta de tristeza, não convém ao meu. Pelos relatos, vimos que, em alguns momentos, na relação entre esses profissionais e esses familiares prevalece o afeto triste, a impotência em ambos os participantes da relação, impossibilitando o avanço para a construção de algo em comum, já que a tristeza pode levar interrupção dessa relação.

A relação que avança, caso da relação dos familiares com os profissionais participantes deste estudo, é sustentada pelo vínculo, que garante a continuidade dela.

O que eu vejo das famílias que eu acompanho, eu vejo que elas não se sentem desamparadas, pelo contrário. Contam com a gente, conhecem a equipe, vêem ao serviço, mas também não é a realidade de todas. É um processo também, a gente tem que num primeiro momento acolher esta família, investir no vínculo..., mas as que vinculam, a gente tem uma experiência muito boa, as internações caem mesmo (P2).

Para P2, o vínculo seria algo a ser investido, a ser construído em um processo de acolhimento que daria potência à família que enfrentaria as difíceis situações com seu ente, não recorrendo à internação. Segundo o profissional, nem todas as famílias constituiriam este vínculo. Podemos entender que estas últimas são famílias que não tiveram bons encontros com profissionais, provavelmente encontros em que prevaleceu a tristeza e impotência, não havendo avanço na relação.

Assim, da própria família internar e não consultar, não conversar. Isto logo em seguida, logo após a internação a gente senta com a família e coloca e conversa: 'o que aconteceu? Nesse período, se você percebeu, se você sentiu, por que você não colocou aqui com a gente?

Geralmente estas famílias são as mais difíceis de sentar e conversar, dialogar, de vir até o serviço... (P1).

Nesse relato fica claro que o encontro com essas famílias, em que não há um avanço, uma vinculação, é marcado por uma dificuldade que não é só do familiar, mas também do profissional: “são as mais difíceis de sentar, de conversar, de dialogar”. A relação é dialógica, depende dos dois atores para que aconteça. A tristeza e a impotência afetam também o profissional, e muitas vezes são resultado da falta de confiança do familiar. O exemplo dado a família não recorre ao profissional, não confia na sua potência. A confiança no profissional seria suporte para enfrentamento de situações difíceis pela família para evitar a internação.

Com certeza tenho a D. ali, que é técnica de referência, uma pessoa muito especial e eu sei que qualquer coisa que eu chegar ali, o problema é resolvido. Às vezes quando precisa, a gente senta numa sala e conversa com a doutora G., que também é uma pessoa muito especial e eu tenho certeza do que eu precisar elas vão me ajudar (F1).

Eu tenho a N. que sempre de vez em quando eu converso com ela. A N., vou falar uma coisa, a N. é uma pessoa que me ajuda muito (F7).

Pelo relato de F1, o vínculo com os profissionais, o que os torna especiais para ele é a confiança neles. Ele confia na potência dessas pessoas para estar junto com ele na resolução de seus problemas.

A confiança é a base do vínculo da relação, é a potência capaz de sustentar tanto o enfrentamento das dificuldades em relação aos impasses cotidianos que a loucura coloca a esses familiares, quanto as dificuldades da própria relação entre

familiar e profissional, tornando possível que cada um possa se mostrar, sem que a diferença seja ameaçadora.

Eles têm um vínculo de amizade muito forte com ele e comigo também. Teve um momento que eu tava desesperada, eu tava em pânico. Eu entrava em pânico com o assunto e gritava, gritava: 'Eu não agüento mais! O que vocês vão fazer pra me ajudar?' Eu gritava: 'Eu não agüento mais!'. Eu cobrava... Aqui eu posso falar, posso falar disso. Aqui eu posso... (F9).

Em alguns momentos você tem que ser mais incisivo. É um limiar muito tênue, se você tem uma atuação mais incisiva para não virar autoritária. Então eu acho que há um desgaste principalmente quando não há uma aderência. Quando existe um vínculo é mais fácil, quando não, aí é complicado (P9).

Para Teixeira (2005), o primeiro momento do encontro, a descoberta daquilo que nos convém no outro é apenas o primeiro patamar de uma relação consistente. É o que dará força para conhecer o que é mais difícil, o que no outro é diferente e que corresponde à sua “zona de singularidade”. A partir daí, temos não o que no outro se assemelha a nós, mas sua diferença absoluta, sua singularidade radical. Para o autor, este é o verdadeiro desafio da alteridade.

Nessa linha de pensamento, podemos entender que a dificuldade em entrar em contato com essa zona de singularidade que se apresenta no encontro com o outro é uma explicação plausível para o fracasso de alguns atendimentos familiares. O encontro não constituiu força suficiente para suportar a diferença do familiar em relação ao profissional e vice-versa. A falta aos atendimentos, a desvalorização daquilo que é oferecido, a rivalização que algumas vezes se coloca claramente na relação desses profissionais e desses familiares, assim como reduzir o familiar à

dimensão da falta, fatores que pudemos analisar neste trabalho, podem ser exemplos de reação a este momento de aproximação às diferenças.

Nesse movimento de aproximação da zona de singularidade, da sua diferença, pode surgir a “indisposição” em relação ao outro:

Às vezes a gente vê claramente uma indisposição de alguns profissionais em relação à algumas famílias, mas você percebe que não é uma indisposição de coisa mal resolvida profissional. Às vezes ele tem uma implicação tão grande com o paciente que ele percebe algumas coisas na família, que aquilo irrita ele de tal forma. A gente faz uma festa para os pacientes, para os familiares e tudo mais e aí vem a mãe com a colega, toda emperequetada, bonita. ‘Uai, onde tá o Fulano?’ ‘Trouxe não, deixei com o Beltrano’ (P8).

E como manter a confiança, base do vínculo, se a indisposição, a falta de inclinação para estar junto, prevalece na relação? Nesse caso, ao contrário da confiança, a desconfiança fica em primeiro plano na relação. Como acolher algo em que não acreditamos?

*Às vezes a gente não faz [atendimento familiar] e pede pra não ser [o profissional que fará este atendimento], inclusive. Eu sou técnica de referência e do atendimento de família de uma pessoa, mas de modo geral a gente pede pra não ser. Dependendo da situação. Tem situação que é tranquilo, mas tem situação que a gente fala: ‘não, vamos diferenciar’ porque aí a questão da confiança, do vínculo. Você tem muita **desconfiança** da família e aí você fala: ‘não dá porque a pessoa vai ficar...’ Então depende do caso (P5).*

*Quando estas coisas estão presentes e a gente consegue identificar e eu tô ficando até um pouco mais **desconfiada** porque a gente já percebeu que a família quando chega para o acolhimento, chega com*

um discurso todo assim: discurso de acolhimento. Depois que entra você vê que não era bem assim (P7).

A desconfiança por parte desses profissionais faz com que evitem um envolvimento maior com os familiares, evitando os atendimentos familiares ou desconsiderando e, conseqüentemente, sendo indiferente ao seu discurso, o que impede uma aproximação maior entre eles.

A partir daí, surge outra questão: o vínculo pode ser unidirecional? Basta o familiar/usuário vincular ao profissional para que a relação se sustente?

*Não é uma questão da gente **estar junto** deles, mas saber que eles estão junto com a gente (P10).*

Para P10, o familiar estar junto com os profissionais, participando do tratamento, é primordial, porém, o profissional estar junto, nessa relação, não é tão importante. Entendendo que o “estar junto” do relato corresponda ao vínculo, para o profissional o importante é que o familiar vincule com o profissional, parecendo ser secundária a vinculação do profissional ao familiar. No entanto, como vimos até aqui, essa potência que sustenta a relação precisa partir dos dois corpos que se encontram, no caso, profissionais e usuários/familiares. É absolutamente relacional. Não só o familiar confiar no profissional para que o vínculo seja possível, mas também é necessário que o profissional confie no familiar. Caso contrário, a indisposição pode ocorrer e transparecer na relação. Sem confiança, com a desconfiança, não acreditando no outro, na sua verdade, o vínculo não se estabelece. Esta é uma das possíveis causas, logicamente não a única, da aversão que pode aparecer nessa relação.

Quando a gente tem repulsa, quando a gente tem aversão ao familiar, quando a gente não dá conta, alguma coisa da gente tem que ser trabalhada. A gente tem que sair do campo, rever, situar... (P12).

Não tenho vergonha de falar, posso falar... A única que deixou a desejar e que eu não suporto é a Dra. H., que dava muito remédio e mexeu com o nosso plano. Foi embora, já faz um bom tempo, graças à Deus (F7).

A confiança não é pré-estabelecida, isto é, não basta ter conhecimento que existem profissionais que darão suporte em caso de dificuldades, para confiar neles nesses momentos.

Muitas vezes acontece da família internar sem muita consulta, quando ela não tá afinada com a equipe, quando ela ainda não está neste processo. (...) Então à noite SOS e noutro dia, CAPS. Então muitas vezes a família não tem dimensão disso. É no momento mais difícil que ele tem que estar aqui com a gente, pra gente dar este suporte, dar este continente ao usuário e à família também. Mas às vezes falta este entendimento (P1).

O vínculo não é um pensamento representativo, como sugere P1 ao referir que falta entendimento dos familiares, de que eles não têm dimensão da disponibilidade dos profissionais para acolhê-los em situações difíceis, mas resultado de afetos gerados no encontro de dois corpos. Para alguns profissionais, pode ser necessário vencer resistências para que este se estabeleça.

O desgastante é esse acesso, a dificuldade de estabelecer um vínculo, essa resistência (P9).

A psicanálise fala que a resistência que interessa no tratamento tá sempre do lado do analista. Não é que não haja resistência do lado do

paciente, claro que há, mas, aliás, ela é necessária. Quando há resistência começa a comparecer uma transferência. A resistência e a transferência andam passo a passo. Cabe do lado, identificar e saber manejar pra que a coisa possa continuar. Então se chegou a um ponto tal que o familiar abandonou é porque do lado de cá houve uma resistência, uma dificuldade de você acolher, escutar, saber o momento de você colocar determinadas coisas (P8).

O relato de P8 parte de um referencial psicanalítico, utilizando o termo transferência. Figueiredo (2003) aponta que para a psicanálise, a transferência é uma das modalidades ou dimensões do vínculo que se estabelece entre terapeuta e paciente. Independente do referencial teórico do profissional, seu relato aponta que a resistência presente na relação profissional-usuário/familiar pode partir dos dois lados da relação e que é necessário saber lidar com ela para que a relação avance. Assim, a resistência quando bem trabalhada, aproximaria as pessoas. Poderíamos supor que essa resistência referida nos dois relatos é o próprio desafio da alteridade, é o momento de conhecimento da zona de singularidade. Tarefa nada fácil, segundo P9, requer o investimento no vínculo, a ser construído no acolhimento, gerando confiança entre as pessoas envolvidas.

O vínculo, depois de estabelecido, gera demandas espontâneas dos familiares.

Algumas famílias agora, depois de três anos, depois de um tempo, depois de ter feito um vínculo, algumas me pedem: 'eu quero conversar com você' e vêm me pedir atendimento psicológico. Mas é um caso assim, se a gente fosse comparar em números é uma coisa mais restrita, mas acho interessante porque este movimento existe de chegar e falar assim: 'quero conversar com você' e conversa e às vezes fala: 'não to bem, quero um atendimento' (P9).

Diferente de situações citadas, em que o profissional insiste na oferta de atendimentos, tem a necessidade de convencer o familiar a comparecer aos encontros, com o vínculo estabelecido, é o familiar que o procura, no momento em que sente necessidade. A decisão do atendimento não parte apenas do profissional, mas também do familiar que, ativamente, vai à busca de confiar seu mal estar a ele (“não tô bem”), provavelmente buscando ser amparado nesse momento.

E o que seria amparar esse familiar? De início, estamos diante de alguém que pede ajuda de um lado, o familiar, e de outro lado alguém que oferece amparo, o profissional. Segundo Teixeira (2005), seria uma *assimetria constitutiva* dessa relação. Ainda que parta de uma relação assimétrica, esse encontro pode ser pautado por um “sofrer com” e não por “ter pena de”, o que faz toda a diferença na constituição do campo de confiança. Rolnik (1995 c) fala sobre “amparar o outro na queda”:

Amparar o outro na queda: não para evitar que caia nem para que finja que a queda não existe ou tente anestésiar seus efeitos, mas sim para que possa se entregar ao caos e dele extrair uma nova existência. Amparar o outro na queda é confiar nesta potência, é desejar que ela se manifeste. Essa confiança fortalece, no outro e em si mesmo, a coragem da entrega (p. 72).

Além de todas as questões até agora colocadas, em relação ao não envolvimento do familiar, à não aderência ao que é oferecido, profissionais citam também o vínculo do familiar com seu parente com sofrimento psíquico, como fator importante nessa relação familiar e profissional de saúde mental.

Em relação à aderência da família ao tratamento, é a questão da afetividade também. Vai depender muito da relação da família com o paciente. Aí aquelas que são envolvidas, que tem mais afetividade, é mais comum da família participar. Agora, a gente tem aqui pacientes com os vínculos familiares bem desgastados, desbastados... (P2).

Você vai ter alguns profissionais que devem ter mais [famílias que participam dos atendimentos]. Depende do vínculo do familiar com o usuário, se é muito conflituoso e você cai ver se o vínculo é muito difícil e a situação de não relação com essa pessoa. Na verdade, muitas vezes acaba sendo não só com essa pessoa, mas com a família inteira, o vínculo entre eles. Aí quando a pessoa tá adoecida agrava mais a situação (P6).

A questão colocada por P2 envolve vínculos e afetividade. Pelos relatos, é comum, portanto, que familiares que têm vínculo com o familiar com sofrimento psíquico, participem dos atendimentos, provavelmente numa tentativa de dar apoio e sustentação à existência do seu ente, arriscando outras relações com o mundo e com os outros, além da família. Estão abertos às afetações dos encontros. Caso contrário, quando os vínculos familiares estão desgastados, a participação diminui: são as famílias resistentes ao encontro com os profissionais, que muitas vezes são cobradas institucionalmente (como vimos, por meio dos “chamados institucionais”).

Muitos desses familiares são aqueles que, mergulhados no sofrimento, girando em torno da própria família, despotencializados, sentem-se paralisados, sem capacidade de arriscar novos encontros, buscar novas saídas. Tendem a excluir o familiar louco, numa tentativa de restabelecer o suposto equilíbrio. Em relação às famílias amortecidas pelo desespero e sofrimento, Romagnoli (2003) aponta: “Com a potência de experimentação debilitada, a família gira em torno de si mesma, procurando sair incólume do encontro com os novos universos que a afetam” (p. 29).

Como exemplo, temos os familiares que, recusam-se a participar de atendimentos, não participam do acompanhamento de seu ente no CAPS e ao não terem atendidas suas demandas de transferência de responsabilização à instituição, não querendo assumir cuidados de seu ente, sentem-se desassistidos e recorrem à justiça para a internação compulsória de seu familiar com sofrimento psíquico.

Nesse sentido, seria um vínculo afetado pelo sofrimento que o confronto com a alteridade da loucura causou a essa família e o problema não estaria na intensidade da afetividade, como aponta P2, mas da qualidade do afeto envolvido no encontro entre esses familiares. Mesmo os familiares que não chegam a atitudes como estas, mas resistem ao encontro com os profissionais, podemos encontrar afetos tristes envolvidos nos encontros entre estes e seu parente com sofrimento psíquico. Como vimos, os bons encontros geram aumento de potência, afetos alegres e, na minha forma de análise, à possibilidade de vínculo. Ao contrário, os afetos tristes, como é o caso do afeto gerado pelo encontro entre alguns desses familiares, pode gerar o distanciamento entre eles e as conseqüências citadas.

Em relação aos vínculos entre familiares, é importante considerar as várias configurações de família:

É claro que quando eu falo de dinâmica familiar, não estou pegando este modelo idealizado de pai, mãe e filho, dois irmãozinhos e tal. As várias configurações que a gente tem. A gente tem muito caso aqui de mães que tiveram filhos adolescentes que saíram no mundo para se virar ou ficaram em casa onde esses pais, que são os avós, têm mais autoridade sobre essa criança e a mãe passa a ser quase uma irmã do filho e às vezes não consegue... (P8).

Ela [família] é um suporte fundamental, ela é um ambiente de convivência daquele sujeito e aí o que eu considero como família é um conceito muito amplo. Às vezes não vai ser o pai e a mãe, vai ser um

conjunto de pessoas que tem algum tipo de vínculo, às vezes vínculo sanguíneo, outras vezes não e de alguma forma cuidam daquele sujeito. É isso que eu entendo por família (P9).

Sarti (2004) aponta a tendência a projetarmos a família com a qual nos identificamos como idealização ou como realidade vivida e ressalta: “Abordar a família exige um esforço de estranhamento, nem sempre fácil, quando estão em jogo pontos de vista diferentes de nossas próprias referências culturais e sociais” (p.115). O estranhamento citado diz respeito a evitar a tendência em tornar “familiar” o que é “estranho”, sem escutar sua maneira de explicar a si mesmo. A autora se refere a pesquisas etnográficas com família, porém, no caso de atendimentos às famílias não é diferente. Profissionais de saúde precisam estar atentos em não naturalizar as relações familiares, transformando-as em modelos a serem seguidos, dentro de um discurso normativo. Tendo como horizonte modelos universais, o dever ser, o ideal de boa família, caímos nas armadilhas da moral. Além de tudo, o que envolve o julgamento moral, a imposição de nossos valores a familiares, já discutidos neste trabalho, temos como consequência a perda dos sentidos que eles podem atribuir à família de seus pontos de vista, de suas experiências. Fechamos, assim, a possibilidade de um encontro genuíno com essa família.

E o vínculo com a instituição? O que me chamou a atenção nas entrevistas feitas com os familiares é que poucas vezes os nomes dos profissionais foram citados ou colocados como referência em situações narradas por eles. Muitas vezes a instituição parece assumir o lugar de referência, o apoio almejado pelos familiares.

Ela estuda, faz ginástica no centro de convivência dos idosos e ela tá participando, através daqui de dentro conseguiram colocar ela lá. O CAPS deu uma ajuda para fazer essa passagem dela pra lá (F2).

Hoje não interna mais. Eu só internei ele aquelas três vezes porque minhas filhas eram pequenas e eu não tinha... Hoje eu tenho o CAPS (F9).

Tudo. Tudo que eu preciso, eu chego aqui no CAPS... (...) Eu chego aqui, eu tô...: 'Eu preciso conversar com alguém'. Não é nem com o N. [profissional que faz atendimento ao familiar], então eu converso com alguém. Espaço aqui eu tenho (F3).

Guirado (1995) nos lembra que a instituição produz e reproduz uma imagem de sua eficácia não só entre aqueles que diretamente a fazem, como também para o público, aqueles que constituem sua clientela. Segundo a autora, algumas dessas instituições são reconhecidas pelo conjunto da sociedade em determinados momentos históricos. A tendência é fazermos um esforço para relativizar suas práticas, naturalizando-as, tornando a instituição absoluta, como forma de dar conta da necessidade social. Nessa linha, a reforma psiquiátrica muitas vezes é identificada com a implantação de CAPS, como se essa instituição desse conta da complexidade da superação do paradigma psiquiátrico, limitando esse processo social à mera desospitalização, como alerta Amarante (2003). Nesse sentido, a existência de CAPS seria estratégia suficiente para a superação do manicômio e das relações manicomiais. Essa visão de CAPS, da instituição que substitui o hospital psiquiátrico e dá conta da loucura, realizada pela sociedade, pode resultar em expectativas nos familiares, no sentido desta assumir a responsabilização, a totalização da vida do seu ente com sofrimento psíquico, tal como fazia o manicômio.

Como vimos neste estudo, familiares esperam do CAPS a intermediação de relações dentro da família e com outras instituições, o controle e a vigilância de seu familiar, o alívio dos encargos resultantes da relação cotidiana com ele. Essas

demandas, como já discutimos, fazem parte de uma lógica manicomial, vão além dos objetivos explícitos do CAPS e, de certa forma, são valorizados nos relatos de F2, F3 e F9 que, ao destacarem o tipo de apoio recebido, ressaltam as principais demandas feitas à instituição: intermediação, vigilância/controle, alívio.

Retornando à discussão sobre o vínculo desses familiares com os profissionais/instituição, o fato desses familiares se referirem ao CAPS em situações em que poderiam citar diretamente os profissionais que lhes atendem, vem reforçar a importância da instituição no modo de subjetivação destes sujeitos. O encontro entre esses profissionais e estes familiares é condicionado por demandas direcionadas ao CAPS primeiramente, fato que de certa forma determina que o familiar/usuário é, em princípio, usuário da instituição. Podemos afirmar que essa relação é determinada pelo conjunto: saúde pública-CAPS-profissional de saúde mental-usuário.

Eu tô mais de um mês pra fazer endoscopia e não sai. Então, se tiver que morrer, morre. Enquanto não tem nada significativo, a gente vai levando aqui no SUS, vai levando... O CAPS é a mesma coisa: não tem estrutura boa, não tem psicólogo. Acho que periodicamente o psicólogo deveria conversar com ele. Financeiramente eu não poderia pagar um psicólogo para vir aqui em casa, mas o SUS poderia ter isso (F6).

Ser usuário de instituição pública de saúde indica que muitas vezes não é ele quem escolhe o profissional que lhe atenderá. Esse fato não impede que o encontro aconteça, que o vínculo se estabeleça, mas é um vetor constituinte desta relação. O profissional de saúde será sempre o profissional do CAPS, isto é, para o familiar/usuário, a ideia associada àquele que lhe atende é composta pela ideia, ou pensamento representativo do CAPS. “O sujeito operador da cura, imaginariamente,

será uma composição, por certo variável em suas conotações conforme o caso, entre as representações relativas ao serviço público e aquelas relativas ao profissional em questão” (Guirado, 1995, p. 121).

Da mesma forma, ser usuário de serviço público no Brasil, diz sobre sua condição social, que pode envolver carência e vulnerabilidade. Além disso, o serviço público dá uma certa condição de segurança, que pode ser utilizada até de forma abusiva:

É como se o serviço estivesse sempre à disposição. E a gente fala muito disso: ‘será que se fosse em serviço privado, isso aconteceria? Será que as pessoas têm uma visão equivocada do que é público? Se é público é dado, não tem valor? (P1).

P1 entende que por ser público, aquilo que é oferecido não é valorizado, havendo uma tendência à desqualificação do trabalho dos profissionais, o que afeta diretamente nesta relação de cuidado.

Em contrapartida, essa mesma condição de segurança dada pelo serviço público, pode ser desfrutada pelos profissionais. O CAPS, que compreende toda uma equipe e funcionários, uma política que o referencia, dá sustentabilidade e segurança às ações do profissional. Da mesma forma, o profissional pode se utilizar disso de forma abusiva, como é o caso de profissionais que burocratizam seu trabalho, que deliberadamente reproduzem práticas que convêm a si sem se preocupar com o usuário.

Enfim, ou é um equívoco, ou uma restrição, considerar a relação entre dois corpos sem considerar os modos de subjetivação destes e, no nosso caso, inclui-se a instituição, que nos relatos não deixou de se evidenciar, de mostrar sua estrutura de lugares, o imaginário de seu entorno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A via que escolhi para este estudo, não é a única possível, não foi minha intenção esgotar o assunto, sendo importante que surjam outras formas de ver e olhar a relação entre profissionais e familiares, outras perspectivas, na ampliação desta questão. A minha contribuição partiu da proposta em estudar como tem se dado o encontro, os êxitos e frustrações, na relação entre pessoas que têm disponibilidade e motivo para se encontrarem, conhecendo o que impede e o que favorece essa relação, a partir das experiências vividas, dos afetos gerados na relação. Ressalto a importância de um olhar para a não relação ou a recusa do encontro, com intermediações de convocações a essas pessoas ou pelas convocações institucionais ou mesmo pela justiça, porém, um aprofundamento na questão é indicação para um outro estudo, de relevância para a área.

Apesar de meu foco ter sido outro, o fato, cada vez mais comum, de familiares aliarem-se à justiça ao invés de aliarem-se aos serviços de saúde, na busca de internação de seus entes, mostra a radicalidade das ações que podem ser geradas nesse campo. Compreendo esse ato como linha de fuga do território existencial desses familiares, marcado pela culpa, vitimização e impotência, uma forma de não submissão a essa subjetividade que se impõe nesse campo de relações, que inclui o modelo de boa família como aquela que não interna seu ente com sofrimento psíquico, independente das condições para continuar conduzindo sua existência. Aqui não se discute o equívoco da aliança dos familiares com a justiça para resolverem um problema de cunho existencial, o retrocesso no avanço na relação social com a loucura, nas conquistas dos direitos do cidadão com

transtorno mental. No entanto, destaco que esta seria uma demonstração de potência de agir desses familiares, numa exigência de abertura de outras relações com a realidade, diferente da que se impõe com a desinstitucionalização da loucura e a política de saúde mental. É uma posição singular que desponta, mais um plano de força que coexiste com outros dentro do campo do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, que precisa ser compreendido sem culpabilizações para que o processo de desinstitucionalização continue avançando. É resultado da relação desses familiares com a loucura, sentimento de desamparo em relação aos serviços de saúde mental, o que implica diretamente os profissionais de saúde mental neste processo.

A responsabilização por manter o louco em comunidade, construindo uma autonomia e cidadania possíveis a ele, evitando a internação, não é só do familiar, mas também do profissional de saúde mental. A responsabilização pode ser vivida como uma “batata quente”, em que “quem se responsabiliza por quem ou com o que” seja uma dúvida constante na relação entre profissionais e familiares. O cuidado da pessoa com sofrimento psíquico, ao invés de motivo de acusações de negligência e abandono de ambos os lados, pode ser construído em conjunto, de forma compartilhada. Para chegar a isso, são vários os impasses enfrentados que partem da relação que cada um deles mantém com a loucura.

Neste trabalho foi possível elucidar alguns fatores que se constituem como impasses a serem enfrentados nessa relação:

- a loucura é reduzida à sua dimensão de doença pelos familiares e profissionais;

- os profissionais atribuem à dinâmica patológica das relações familiares e à desestruturação da família o aparecimento do sofrimento psíquico em um de seus entes;
- a demanda de atendimentos parte dos profissionais e os familiares sentem-se capturados neste processo. Há disparidade entre oferta dos profissionais e demanda dos familiares;
- as demandas endereçadas à instituição, pelos familiares, podem ser associadas a práticas manicomiais;

Os profissionais de saúde mental, em suas dificuldades em lidar com a alteridade do louco e do familiar, tomam posse de verdades como loucura-doença e a desestruturação familiar como responsável pelo transtorno mental. Nesse processo, sentem-se autorizados a impor valores, regras e possibilidades de agir sobre o outro. Numa relação baseada na moral, a estrutura familiar deve ser ajustada, retificada, segundo uma normalização que tem como referência o modelo de boa família, valores do profissional transcendentem a essa relação, que são referências para ele no julgamento do familiar.

Numa relação em que o profissional é mais, tem posse do saber e da competência, o familiar experimenta a menos valia, a dependência, a falta de autonomia. O que podem os familiares a partir daí? Conformam-se passivamente com a situação, com os encargos decorrentes da relação com seu ente com transtorno, vividos em toda sua negatividade. Não acreditam na potência de seu ente com sofrimento e nem mesmo no profissional ou na instituição. O que eles podem é não acreditar. Não acreditam em possibilidades e meios relacionais de seu familiar com sofrimento psíquico, associando-o à invalidez. Despotencializados, tristes, voltados para os encargos, esses familiares em defesa contra a dor e o

sofrimento que a loucura traz ao convidá-los a novos modos de existência, vigiam e controlam a pessoa com sofrimento psíquico, na esperança de alcançar a estabilidade na condução de suas vidas. Assim, para a pessoa com sofrimento psíquico, estar junto à família não é garantia de ter o convívio social, de ver afirmado seu modo de estar no mundo.

A descrença também afeta o profissional de saúde, que trabalha na lógica do “pouco se pode fazer”. Não acredita na potência do familiar, não acredita na potência da pessoa com transtorno mental. Acredita na cronicidade, entrando em um embate consigo mesmo na busca de sua potência de agir em relação a esse trabalho. Diante disso, não oferece o melhor de si, trabalha com sua potência diminuída, fazendo o que acredita ser possível, mas não o que é capaz.

Descrente quanto à possibilidade de uma boa convivência com seu familiar com sofrimento psíquico, girando em torno do sofrimento, com sua potência de experimentação debilitada, o familiar busca no CAPS a divisão dos encargos, dos cuidados básicos, das tarefas de vigiar, de controlar e de subjugar, que se constituem em demandas manicomiais. Isso é resultado não só da falta de acreditar em si, mas também na descrença no seu familiar com transtorno mental e na instituição que o assiste, com uma visão limitada das possibilidades de suas ações. Para o familiar, a falta de potência ultrapassa os limites do seu ser, abrangendo todo seu entorno. Os atendimentos oferecidos são vividos como mais um encargo a ser cumprido, não acreditando que os encontros com os profissionais possam mudar a sua condição. Aceitam passivamente o que é proposto ou ensaiam movimento de fuga da captura que a instituição realiza por meio de convites insistentes, de cobranças de participação em tipos de atendimentos que não condizem com suas demandas e necessidades.

Esta disparidade entre a oferta e a demanda nessa relação mostra a ausência de diálogo em que, assumindo-se como único competente, o profissional resolve o que é bom para o familiar, sem escutá-lo, sem (re) conhecer a sua potência, sem buscar suas reais necessidades. O profissional muitas vezes reproduz práticas estabelecidas pela instituição, sem arriscar-se em abordagens criativas que vão ao encontro das singularidades das necessidades. Além de não elucidar junto com os familiares suas reais necessidades e abrir espaço de negociação e construção em conjunto de possibilidades de satisfazê-las, assume a resolução de problemas cotidianos dessas pessoas que passivamente abdicam de sua potência de agir.

Na frustração de verem suas ofertas rejeitadas, os profissionais também se sentem despotencializados e se questionam naquilo que se reconhecem na relação, ou seja, no seu saber. Suas ofertas são limitadas a trabalhos que não têm expectativa do novo, de ressignificação de sua prática, de invenção de possibilidade. Como se apegam ao que acreditam que o valorizam na relação, que seria o seu saber, têm que ter controle total das situações, para que este não seja questionado, diminuído ou assumido pelo familiar. Sem coragem de abrir-se para o inusitado, para o imprevisível, para o que imana da relação, para dar espaço ao saber do outro, fecham-se ao encontro genuíno com os familiares.

Familiares e profissionais se distanciam, colocam-se em lados opostos, rivalizam-se. Não há avanço de conhecimento recíproco no encontro entre eles. Não acreditam um no outro, não havendo confiança entre eles. Prevalece o afeto triste, a impotência e a frustração. Não compõem algo em comum, a potência de ação dessas pessoas é diminuída.

Longe de querer propor a impossibilidade desse encontro ou propor ações que devam ser realizadas para o resgate de possibilidades dessa relação, distancio-

me da concepção da falta, de atributos negativos desses familiares e profissionais e de um posicionamento moral diante da questão. Não é minha proposta sugerir ações segundo verdades universais de técnicas de conversa, acolhimento, atendimento familiar; não atribuo as dificuldades apresentadas ou à falta de técnica ou à falta de formação desses profissionais e nem mesmo acredito ter um saber que me colocaria em posição superior a essas pessoas. Muito do que foi exposto pelos profissionais e familiares teve grande ressonância com a minha experiência como terapeuta ocupacional, trabalhadora de saúde mental, função que exerci muitos anos de minha vida.

A minha tentativa foi escutar os profissionais e familiares, permitindo que seus relatos falassem por si, isto é, que a potência do imanente fosse possível na construção do conhecimento sobre a relação entre essas pessoas. Portanto, nada de transcendência, de verdades pré-estabelecidas, de normas de boas condutas nessa relação, mas conhecimento da causa da inconveniência, daquilo que faz mal para familiares e profissionais nesta relação, com possibilidades de formação de uma noção comum, que traga a potência de agir para estas pessoas. Assim, os sentidos das experiências dos participantes desse estudo puderam afirmar o conhecimento das causas, que coloco como recurso para possibilidades de linha de fuga deste território comum formado no intercruzamento de profissionais e familiares, marcado pela tristeza, frustração e impotência. Ter posse do conhecimento e não ficar à mercê dos (des) encontros.

Neste terreno, onde a uma visão geral pode parecer tão árido, brota algumas demonstrações de credibilidade, de confiança, de desejo de encontro que se expressam nos pedidos: “Posso conversar com você?” Uma demanda que parte do familiar e que o profissional recebe com muita alegria. Para Espinosa (citado por

Deleuze, 1978), quando experimentamos uma alegria e sentimos que ela concerne a algo de nossas relações, precisamos fazer dela um trampolim para formar uma ideia daquilo que na relação, no encontro, faz-nos bem. A proposta que aqui se coloca é sair da tristeza, do somatório da infelicidade, da moral e, num giro, voltarmos-nos para a ética, aproximarmos-nos das paixões alegres e da potência de agir.

Vocês partem de paixões alegres, aumento da potência de agir, vocês se servem delas para formar noções comuns viventes, e vocês voltam a descer em direção à tristeza, desta vez com noções comuns que vocês formam para compreender em que determinado corpo não convém com o seu, em que determinada alma não convém com a sua. Nesse momento, vocês já podem dizer que estão na ideia adequada porque, com efeito, vocês entraram no conhecimento das causas (Deleuze, 1978, ¶ 48)

Com o conhecimento das causas dos afetos tristes, juntamente com as paixões alegres de desejos de estar juntos, profissionais e familiares podem se aproximar da potência de ação. A partir daí, nessa relação, o que podem profissionais e familiares? Podem muito!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alverga, A. R. & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. *Interface* 10 (20), 299-316.
- Amarante, P. (Org.) (1994). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Amarante, P. (Org.) (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Amarante, P. (2003). A clínica e a reforma psiquiátrica In: Amarante, P. (org.) *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Andrade, A. N. (2007). A Práticas Psicológicas, Epistemicídio e Unidades Básicas de Saúde. *Revista de Psicologia Política* 7, (13), 2007. Recuperado em 20 de junho de 2011 de: <http://www.fafich.ufmg.br/rpp/seer/ojs/viewarticle.php?id=18&layout=html>
- Ayres, J. R. C. M. (2004). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*, 13 (3) 16-29.
- Bandeira, M.; Gelinhas, D. & Lesage, A. (1998). Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 47 (12): 627-40
- Bardin, L. (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

- Baremlitt, G. F. (1992). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos.
- Barros, D. D. (2002). Loucura na sociedade Dogon – República do Mali. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo* 13 (2) 64-70.
- Barros, R. B. (2003) Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistência e capturas em tempos neoliberais. *Loucura, Ética e Política: Escritos militantes*. Revista do Conselho Federal de Psicologia. Brasília: Casa do Psicólogo.
- Bauleo, A. (1988). *Notas de psicologia e psiquiatria social*- São Paulo: Editora Escuta.
- Benevides, R. (1996) Dispositivos em ação: o grupo. *Cadernos de Subjetividade* n. esp. 97-106.
- Bergeret, J. (1988). *Personalidade normal e patológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bezerra JR., B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, , 17 (2). Recuperado em 24 de fevereiro de 2011 de::: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000200002&lng=en&nrm=iso>.
- Birman, J. (1978). *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal.
- Bortolussi, D.; Bianca, B. & Fontana, M. (2005). Le lavoro com le famiglie. *Vent'anni dalla 180. L'esperienza Del DSM di Pordenone*. Recuperado em 20 de junho de 2011 de: <http://www.ass6.sanita.fvg.it/reposASS6/booksei/2-Venti%20anni%20dalla%20180.pdf#page=70>
- Brasil (2004). *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde

Brasil (2005) *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil- Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Ministério da Saúde..

Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec.

Campos, H. P. F. & Soares, C.B (2005)., Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237.

Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate* 5 (58), 98-111.

Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Chauí, M. S. (2005). *Espinosa: uma filosofia da liberdade*. São Paulo: Moderna (Coleção Logos).

Colvero, L. A.; Ide, C. A. & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 38 (2), 197-204.

Cooper, D. (1986). *A morte da família*. São Paulo: Editora Martins Fontes.

Deleuze, G. (1978). *Le cours de Gilles Deleuze: Cours Vincennes Deleuze/Spinoza*. Recuperado em 13 de junho de 2009 de: <http://www.webdeleuze.com/php/texte.php?cle=194&groupe=spinoza&langue=5> .

Deleuze (2000). *Mil platôs v.5 - Capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34.

Deleuze, G. (2002). *Espinoza: Filosofia prática*. São Paulo: Escuta.

Dell'Acqua G.; Vidoni, D. & Campiutti, E. (1994). *Schizofrenia informazione per le famiglie*. Centro Studi Ricerche Salute Mentale regione autonoma Friuli-Venezia-Giulia. Trieste: Edizione biblioteca dell'immagine,.

Dell'Acqua, G., Vidoni, D., Zanus, P. (1998) *Servizi, carico familiare e disturbo mentale: Informazioni, organizzazioni, reti, aiuto recíproco*. DSM e Ser.T – Trieste. Recuperado em 20 de junho de 2011 de: http://www.exclusion.net/images/pdf/322_diniq_Servizi_carico_fam_dist_mentale

Demo, P. (2001). *Pesquisa e informação qualitativa*. Campinas: Papirus.

Droit, R. (1996). Um pensador plural e singular. *Cadernos de subjetividade*. Num. Esp. 64-68.

Duarte, R. D. (2002) Pesquisa qualitativa: Reflexões sobre trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa* 111, 139-154.

Durães-Pereira, M. B.; Novo, N. F. & Armond, J. E. (2007) A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal na periferia da zona sul do município de São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva* 12(2), 465-476.

Ezpeleta, J. & Rockwell, E. (1986). *Pesquisa participante*. São Paulo: Cortez Editores Associados.

Ferreira, J. (2005). O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. *Saúde e sociedade* 14 (3), 111-118.

Figueiredo, L. C. (2007). Confiança: a experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano da cultura. *Rev. bras. psicanálise*, 41(3). Recuperado em 25 de junho de 2011

de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000300008&lng=pt&nrm=iso .

Foucault, M. (1984). *História da sexualidade, v. II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (1995). *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.

Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2005). Produção Imaginária da Demanda in Pinheiro, R. & Mattos, R.A. (orgs.) *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO. Recuperado em 12 de agosto de 2010 de: <http://www.uff.br/pgs2/textos/producao-imaginaria-da-demanda.pdf> .

Franco, T. B. (2006). As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro, R. & Mattos, R. A. (Orgs.), *Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

Furtado, J. P. & Miranda, L. (2006). O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* 9 (3), 508-524.

Gadamer, H. (2006). *O caráter oculto da saúde* – Petrópolis, RJ: Vozes.

Geller, M. D. (1992). A historical perspective on the role of state hospitals viewed from the era of the "revolving door". *American Journal of Psychiatry*, 149, 1526-1533.

Gentil, V. (2001). Projeto Delgado, substitutivo Rocha ou uma lei melhor? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 1-2.

Gonçalves, A. M., & Sena R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana* 9(2), 48-55.

Guattari, F. (1986). *Revolução molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense.

Guattari, F. (1992). *Caosmose, um novo paradigma estético*. São Paulo: Editora 34.

Guattari, F. & Rolnik, S. (2005). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes

Guirado, M. (1995) *Psicanálise e análise do discurso: matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo: Summus.

Jeppesen, P., M. D.; Petersen, L.; Thorup, A.; Abel, P. & Torben, J. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden. *The British Journal of Psychiatry* 187: 85-90.

La Taille, Y. (2006). *Moral e ética: dimensões intelectuais e afetivas*. Porto Alegre: Artmed.

Lavrador, M. C. C. (2006). *Loucura e vida na contemporaneidade*. Tese de Doutorado. Vitória, ES: Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo- UFES.

Leite, J. F. & Dimenstein, M. (2002). Mal-estar na psicologia: a insurreição da subjetividade. *Rev. Mal-Estar Subj.*, 2 (2), Recuperado em 3 de maio de 2010 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482002000200002&lng=pt&nrm=iso

Lima, E. M. F. A. (2004). A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia ocupacional da USP*, 15 (2), 42-48.

- Machado, L. D. & Lavrador, M. C. C. (2001) Loucura e subjetividade. In Machado L. D. ; Lavrador, M. C. C. & Barros, M. E. B. (Orgs.) *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 45-58.
- Machado, L. C. & Lavrador, M. C. C. (2002). Loucura: como dizer o indizível? In Machado L. D. ; Lavrador, M. C. C. & Barros, M. E. B. (Orgs.) *Texturas da Psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Recuperado em 20 de junho de 2011 de: <http://www.prppq.ufes.br/ppgpsi>
- Machado, L. D. & Lavrador, M. C. C. (2007) Subjetividade e práticas institucionais: a reforma psiquiátrica em foco. *Revista Vivência*. UFRN/CCHLA, nº 32, p. 79-95.
- Mangia, E. F.; Nicácio, F. (2001). Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. *Terapia Ocupacional no Brasil*. São Paulo: Plexus.
- Martins, A. (2004 a). Filosofia e saúde: métodos genealógico e filosófico-conceitual. *Cadernos de Saúde Pública*. 20(4) 950-958.
- Martins, A. (2004 b) Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface* (Botucatu). 8(14) 21-32.
- Maxwell Jones, M. B. (1956). Social rehabilitation with emphasis on work therapy as a form of group therapy. *British Journal of Medical Psychology*., 11(1) 33-67.
- Melman, J. (1999). Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica in *Fim de século: ainda manicômios?* Fernandes, M. I. A. (org.), São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Melman, J. (2001). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde mental e familiares*. São Paulo: Escritura.

- Merhy, E. E. (2004). *Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores*. Recuperado em 27 de abril de 2009 de: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-08.pdf> .
- Miermont, J. (2001). L'évolution des thérapies familiales. Perspectives éco-étho-anthropologiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 49 (4) 287-300.
- Miles, A. (1982). *O doente mental na sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Mori, M. E. & Coelho, V. L. D. (2003) A vida ouvida: a escuta psicológica e a saúde da mulher de meia idade. *Estudos e pesquisas em psicologia*. 3 (2) 1-12.
- Morin, E. (2008). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget Divisão Editorial.
- Morin, E. (1998). *Sociologia – A sociologia do microssocial ao macroplanetário*. Lisboa: Publicações Europa- América.
- Nardi, H. C. & Raminger, T. (2007) Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis: Revista de saúde coletiva* 17(20), 265-287.
- Nicácio, F. (1994). *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. 1994. 155f. Dissertação (Programa de Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

Oliveira, A. G. B. & Alessi, N. P. (2005). Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na Reforma Psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1), 191-203.

Pegoraro, R. F. & Caldana, R. H. L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em estudo* 11 (3). Recuperado em 12 de junho de 2008 de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000300013&lng=&nrm=iso .

Pelbart, P. P. (1996). Um mundo no qual acreditar. *Cadernos de Subjetividade*, num. esp., 59-64.

Pesente, L. (2009). *Dinâmica internação/desinternação de procesos que resultaram em internação compulsória no Hospital Adauto Botelho*. Dissertação de mestrado, Vitória ES: Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo- UFES.

Pessina, G. (1993). Carico familiare in un gruppo di famiglie con paziente psichiatrico designato. In *Percorso di formazione per operatori dei servizi territoriali di salute mentale per programmi di intervento sul carico familiare*. Corso di aggiornamento 1993´-94, mimeo.

Pichon-Rivière, E. (1994). *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes.

Pinheiro, R. (2001) As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro, R. & Mattos, R. A. de (Org.): *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, p. 65-112. Recuperado em 7 de julho de 2010 de: http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=pinheiros+matos+2001&btnG=Pesquisar&IR+as_ylo=as_vis=o .

Pitta, A. M. (org.) (1996). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.

Ramminger, T. (2005). *Trabalhadores de saúde mental: Reforma Psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental*. Dissertação de

mestrado (Psicologia Social e Institucional)- Universidade federal do Rio Grande do Sul.

Rolnik, S. (1995a). À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia. In Magalhães, M. C. (Org): *Na sombra da cidade*. São Paulo: Editora Escuta.

Rolnik, S. (1995b). Subjetividade, ética e cultura nas práticas clínicas. *Cadernos de Subjetividade* 3 (2), 305-314.

Rolnik, S. (1995c). Hal Hartley e a ética da confiança. *Cadernos de Subjetividade* 3 (1), 65-75.

Romagnoli, R. C. (2003). Os encontros e a relação familiar: uma leitura deleuziana. *Arquivo brasileiro de psicologia*, 55(1). Recuperado em 2 de maio de 2010 de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672003000100004&lng=pt&nrm=iso

Romagnoli, R. C. (2004 a) Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. *Pulsional- Revista de Psicanálise e Clínica Social*, 7 (180), 71-80.

Romagnoli, R. (2004 b). O sintoma da família: excesso de sofrimento e defesa. *Interações*, 9 (18), 41-60.

Rosa, L. C. S. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.

Rosa, L. C. S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 205-218.

Rotelli, F.; Leonardis, O. & Mauri, D. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos "países

avançados". In: Nicácio, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec,. p. 17-59.

Saraceno, B. (1998). Reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional de Universidade de São Paulo*, 9(1), 26-31.

Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá.

Sarti, C. A. (2004). O jovem na família: o outro necessário. In: Vannuchi, P. & Novaes, R. (orgs.), *Juventude e Sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo

Scarcelli, I. R. (1998). *O movimento da luta antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo*. Tese de doutorado não publicada, Instituto de Psicologia USP.

Scarcelli, I. R. (1999). Trabalhadores em saúde mental na construção de práticas antimanicomiais: a rede substitutiva no município de São Paulo. In: Fernandes, M. I. A. (org.) *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo*. Taubaté: Cabral Editora Universitária.

Scazufca, M. (2000). Abordagem familiar em esquizofrenia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(7), 50-52.

Silva, M. B. B. (2005). Responsabilidade e Reforma Psiquiátrica Brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo de saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8 (2), 303-321.

Souza, W. S. (1999). *Associação de familiares e usuários frente à implantação da política de saúde mental no município do Rio de Janeiro*. Dissertação de mestrado, Fiocruz. Recuperado em 6 de agosto de 2007 de: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/souzawsm/capa.pdf> .

Souza, W. S. (2001). Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (4), 933-939.

Spinoza, B. (1994). *Tratado Político*, Benedictus de Spinoza [tradução de Norberto de Paula Lima]. São Paulo: Ícone.

Spinoza, B. (2007). *Ética/ Spinoza* [tradução e notas de Tomaz Tadeu]. Belo Horizonte: Autentica Editora.

Szasz, T. (1979). *O mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.

Teixeira, R. R. (2001). Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 6 (1), Recuperado em 21 de junho de 2011 de: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100004&lng=en&nrm=iso

Teixeira, R. R. (2003). Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro, R. & Matos, R. A. (orgs.) *Construção de integralidade – cotidiano, saberes e práticas em saúde*. IMS- UERJ/ABRASCO, 49-61.

Teixeira R. R. (2004). As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. In: *Research Conference on Rethinking " the Public" in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America*. San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies (CILAS)/ University of California.

Teixeira, R. R. (2005) Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 585-597.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História Ciência Saúde – Mangueiras*, 9(1): 25-59.

Torre, E. H. G. & Amarante, P. (2001). Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, 6 (1), 2001 . Recuperado em 26 de fevereiro de 2011 de: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso

Tsu, T. M. J. (1994). *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: Edusp.

Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Vasconcelos, E. M. (2009). Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 1 (1) (CD-ROM).

Vechi, L. G. (2004). Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 489-495.

Vecchia, M. D. (2006). *A saúde mental no programa de saúde da família: estudo sobre práticas e significações de uma equipe*. Dissertação de mestrado (saúde coletiva)- Faculdade de medicina, Universidade Estadual de Botucatu.

Villares, C.C. & Mari, J. J. (2001). Esquizofrenia e contexto familiar in: Shirakawa, I.; Chaves, A. C. & MARI, J. J. (Orgs.) *O desafio da esquizofrenia*. São Paulo: Lemos Editorial.

Waidman, M. A. P.& Elsen, I. (2005). O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto e Contexto de Enfermagem*, 14 (3), 341-349.

Yassui, S. (1999). *A construção da reforma psiquiátrica e seu contexto histórico*. Dissertação de mestrado, Assis: Faculdade de Ciências e Letras – Unesp.

