



Psicologia USP

ISSN: 0103-6564

revpsico@usp.br

Instituto de Psicologia

Brasil

Cid Constantindis, Teresinha

Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro
ou desencontro?

Psicologia USP, vol. 28, núm. 1, enero-abril, 2017, pp. 23-32

Instituto de Psicologia

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305150432004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro?¹

Teresinha Cid Constantinidis*

Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Terapia Ocupacional. Vitória, ES, Brasil

Resumo: Este estudo analisa os impasses enfrentados pelos profissionais de saúde mental na inclusão da família nos projetos terapêuticos de atenção à pessoa com sofrimento psíquico. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde mental de dois Centros de Atenção Psicossocial da região Sudeste do país. A análise temática do conteúdo apontou regularidades discursivas que delinearam quatro categorias: atender a familiares; insegurança e rivalização; tomada de responsabilidade; foco principal: diagnóstico ou necessidade?; confiança, vínculo e diferença. Tendo como referência o conceito de encontro da ética na filosofia de Spinoza, são apontadas, como questões a ser avaliadas, discutidas e incluídas nas reflexões dos profissionais na orientação de suas práticas e nos atendimentos aos familiares: ideal de família, culpabilização do familiar e responsabilização pelo cuidado da pessoa com transtorno mental.

Palavras-chave: saúde mental, família, atenção psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial.

Introdução

Historicamente, a partir do 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. De um lado, a família era considerada ameaçada pela loucura e, por isso, necessitava ser protegida. De outro lado, o isolamento deveria ser realizado porque a família propiciaria a alienação mental, por ser fraca no seu poder controlador e disciplinar. Nesse modelo, o familiar era alijado do tratamento, o que reforçava a culpa e associava este familiar à causalidade da doença mental (Navarini & Hirdes, 2008).

A partir da Segunda Guerra Mundial, os hospitais psiquiátricos e a forma de tratar o louco começaram a ser questionados quando denúncias ao modelo de exclusão tornaram-se proeminentes e culminaram em debates, que evoluíram para os movimentos de transformação dessas instituições. Nesse contexto, surgiram movimentos que buscavam romper a relação cuidado/exclusão, propondo a abertura das instituições psiquiátricas. No Brasil, os primeiros sinais de possibilidade de transformação da assistência psiquiátrica ocorreram no final da década de 1970, quando se iniciou o movimento que se convencionou chamar de “reforma psiquiátrica brasileira”. No entanto, somente em 2001 foi sancionada a Lei da Reforma Psiquiátrica – Lei nº 10.216, de 6 de abril –, havendo a formação de comissão

nacional para tratar de questões referentes à mudança de atenção a pessoas com sofrimento psíquico.

Como principal desdobramento dessa lei houve a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais-dia, residências terapêuticas –, que se caracterizam pela utilização intensiva de conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas a manter a pessoa com transtorno mental junto de sua família e de comunidade. Recentemente, conforme a Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), são tarefas dos serviços de assistência em saúde mental: afirmar a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico; promover retorno ou permanência da pessoa com transtorno mental a seu território; promover, no plano familiar, aceitação de pessoas que foram desestruturadas pelo processo de institucionalização.

Essas transformações certamente têm resultado em implicação maior da família no acompanhamento de seu familiar com transtorno mental. É prevista pela Portaria 3088/2011 a organização dos serviços em rede de atenção à saúde com base territorial. A rede de atenção e cuidado em saúde mental, por meio de ações intersetoriais, potencializa o convívio da pessoa com transtorno mental com sua família e comunidade. Dessa forma, faz-se necessário que todos os serviços assistenciais tenham abordagem voltada para o grupo familiar.

Alguns estudos trazem a responsabilização da família em relação à etiologia da doença mental e podem induzir nos familiares os sentimentos de culpa, frustração e impotência (Silva & Santos, 2009). Autores fundamentados na psicanálise, por exemplo, reiteram a teoria que aponta a mãe da pessoa com esquizofrenia como

1 Este estudo é parte da tese de doutorado intitulada “Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde mental: encontros e desencontros” (Constantinidis, 2011).

* Endereço para correspondência: teracidc@gmail.com

autoritária e superprotetora, mas ao mesmo tempo ansiosa e culpabilizada, marcada pela frieza afetiva e pela necessidade de total dependência de seu filho em relação a ela (Bergeret, 1998; Coutinho, 2005). Da mesma forma, para autores ligados à antipsiquiatria (Cooper, 1986; Szasz, 1979), a família seria o pano de fundo do comportamento esquizofrênico, na medida em que estabelece papéis para seus membros, comprometendo-os e definindo seus lugares no mundo.

Estudos mais recentes propõem a análise de como o comportamento dos familiares tem influência significativa sobre a probabilidade de recaídas do paciente. Entre eles, destacamos os estudos de emoções expressas (EE) referentes aos familiares de pacientes esquizofrênicos. As EE estão relacionadas a superenvolvimento, comentários, críticas e hostilidade, que seriam fatores preditivos para recaídas, favorecendo ou prejudicando o paciente em relação à crise (Reis et al., 2000).

Além de culpada, a família pode se sentir sobre-carregada por ter tempo maior de convivência com oente com transtorno mental, já que ele não vive mais no hospital psiquiátrico. Diante de demandas de cuidado dessa pessoa, os familiares têm que redimensionar as expectativas quanto ao futuro de seu familiar com transtorno mental e quanto ao próprio futuro, o que pode ter consequências negativas em sua vida social, afetiva e profissional (Constantinidis & Andrade, 2015).

O impacto que envolve aspectos econômicos, práticos e emocionais a que são submetidos os familiares, que se encarregam dos cuidados da pessoa com sofrimento psíquico, é chamado de “sobrecarga familiar”, do inglês *family burden*. Soares e Munari (2008) salientam que a sobrecarga familiar é um fenômeno que persiste mesmo quando o paciente responde positivamente a tratamentos inovadores e efetivos.

Diante desse quadro, muitas vezes os familiares sentem-se desassistidos pelos serviços de saúde mental e, com o processo de instauração de novos complexos de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais, há tendência de os familiares atribuírem ao Estado a responsabilidade do cuidado da pessoa com transtorno mental (Gonçalves & Sena, 2001). Machado e Santos (2013) apontam que, como resultado da sobrecarga familiar, a internação aparece como solução idealizada por muitas famílias, podendo representar para elas tentativa de manutenção da estrutura familiar.

Com relação aos profissionais, apesar das mudanças imprimidas pela reforma psiquiátrica brasileira, Pegoraro e Caldana (2006) afirmam que conviver com os familiares tem sido tarefa difícil de ser realizada pela equipe. Muitas vezes os profissionais acabam por rotular as famílias e responsabilizá-las pelo adoecimento mental de um dos seus membros. Essas atitudes seriam marcas que resistem ao tempo e à forma de cuidado da pessoa com sofrimento psíquico. 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.

No entanto, apesar de profissionais e planejadores de saúde concordarem sobre a importância de se proverem serviços aos familiares de pessoas com sofrimento psíquico, vários fatores ainda contribuem para dificultar a implantação e a condução efetiva de propostas. Alguns estudos corroboram com esse fato, mostrando a não aderência dos familiares aos atendimentos oferecidos a eles (Colvero, Ide, & Rolim, 2004; Dimenstein, Sales, Galvão, & Severo, 2010; Waidman & Elsen, 2005). Alguns autores (Campos, 2001; Romagnoli, 2004) atribuem essa falta de aderência à falta de capacitação dos profissionais para lidar com familiares.

Para Franco e Magalhães Júnior (2003), é necessário que a equipe inclua o trabalho interdisciplinar e intersetorial nos modelos organizacionais que evitem o atendimento de necessidades de forma burocrática. É preciso que os trabalhadores consigam ir além de protocolos e portarias.

Em países como Itália, França, Inglaterra e Estados Unidos, a consolidação do processo de desinstitucionalização tem feito que a representação da família seja revista pelos serviços territoriais e comunitários de saúde. As opiniões parecem estar mais equilibradas e a família é ressituada na tríade usuário/família/serviço, em que cada polo tende a assumir posição de sujeito e nenhum desvaloriza prejudicialmente o outro (Petersen et al., 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 modalidades de cuidado em dois tipos: o primeiro é aquele que considera a família como unidade suscetível de mudança em função de impliação direta dos familiares; o segundo é aquele que considera a participação ativa da família, indo além de terapia da família.

No Brasil, ainda não há estudos que façam levantamento e/ou classificação sistemática dos diferentes modelos que embasam os atendimentos aos familiares de pessoas com sofrimento psíquico, como apresentados em outros países. Acreditamos que, antes disso, aparece, como emergente nesse campo, a dificuldade de efetivação desses atendimentos.

Diante do panorama descrito, nos questionamos sobre os dilemas enfrentados pelos profissionais de saúde mental na inclusão da família no processo de produção de cuidado à pessoa com transtorno mental. Questionamo-nos também sobre os impasses que nessa relação impedem ou dificultam o encontro entre profissionais de saúde mental e familiares.

Encontro segundo a ética de Spinoza

Compreendemos o encontro segundo a ética de Spinoza (1677/2007), ou seja, como a capacidade de

afetarmos e de ser afetados por outros seres. Para esse filósofo, o bom encontro se dá quando há aumento de potência de agir de cada um dos atores da relação, resultando em alegria – que é o afeto de aumento de potência –, podendo haver união de forças e aumentando as possibilidades de ação desses sujeitos.

No *Tratado Político*, Spinoza (1677/1994) afirma: “se duas pessoas concordam entre si e unem suas forças, terão maior poder conjuntamente e, consequentemente, um direito sobre a Natureza que cada uma delas não possui sozinha” (p. 35).

Procuramos desenvolver relações, ou buscar encontros, que proporcionem acréscimo de nossa potência de agir, e evitamos aquelas que diminuam essa potência. Até aqui, pudemos verificar que o encontro entre familiares e profissionais tem sido marcado pela discordância (Gonçalves & Sena, 2001; Colver et al., 2004; Waidman & Elsen, 2005; Pegoraro & Caldana, 2006; Dimenstein et al., 2010; Machado & Santos, 2013). Podemos inferir, pela ótica de Spinoza, que essa relação é marcada pela diminuição de potência, levando à 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 compõem o contexto em que se dá esse encontro.

Dante das questões apresentadas, nossa hipótese é a de que surgem impasses impeditivos de bom encontro entre os profissionais de saúde mental e os familiares de pessoas com transtorno mental. Assim, o objetivo deste estudo é conhecer impasses dessa relação nos atendimentos familiares e buscar reflexão sobre fatores que poderiam aumentar ou diminuir a possibilidade de um bom encontro, com aumento de potência de agir, entre profissionais e familiares.

Metodologia

Trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e 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 a proposta deste estudo.

O projeto da pesquisa, seguindo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa que envolve seres humanos, foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa.

Locus da pesquisa

O estudo foi realizado em dois CAPS de uma cidade da região Sudeste do Brasil, um deles funcionando segundo a modalidade de CAPS III e outro na modalidade de CAPSi. Os dois eram os únicos em funcionamento na época da realização da pesquisa (2011). Esse campo de estudo foi escolhido por ser dispositivo estratégico que, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social de pessoas com transtornos mentais severos, busca garantir rede de

apoio em seu território, e, para isso, as ações voltadas aos familiares devem ocupar lugar de destaque.

O programa de saúde mental da cidade tem como proposta oferecer atenção integral e territorializada aos moradores de todas as faixas etárias que apresentem sofrimento psíquico. Suas prioridades são a atenção a pessoas – incluindo-se crianças e adolescentes – que sofrem por transtornos mentais graves e a usuários de álcool e outras drogas. As ações são desenvolvidas pelo Apoio Matricial, por meio da articulação da rede de saúde mental com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), facilitando 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, com os familiares, a comunidade e os profissionais, desenvolver 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.

O CAPS III oferece tratamento de atenção diária às pessoas com sofrimento mental grave com idade a partir de 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 exercendo 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. Essa equipe pode ser considerada 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 microrregião de saúde do município, que corresponde a um território com suas unidades e equipes de saúde, e fica responsável a participar do matrículamento dos casos desse território.

O espaço para discussão de casos clínicos e de 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 acolhimento realizado por técnicos do CAPS. O usuário, ao ser admitido na instituição, passa a ter um técnico de referência que se responsabilizará por tratamento, contato com os familiares e matrículamento com a rede. Depois de o caso ser discutido em equipe, é traçado plano terapêutico individual e, com o usuário, delimitados a frequência, os atendimentos e as atividades de que ele irá participar. O CAPS oferece, como dispositivos terapêuticos, grupos e oficinas terapêuticas e atendimentos individuais.

Os familiares são chamados a uma parceria com o CAPS para que se comprometam com o processo de tratamento da pessoa com sofrimento psíquico. O CAPS oferece a eles terapia familiar (terapia para o núcleo familiar

do usuário), terapia multifamiliar (espaço de acolhimento e reflexão sobre questões colocadas pela família e pelos usuários) e grupo de familiares (para discussão de temas trazidos pelos familiares). Além desses dispositivos, a família é convidada a participar, com usuários e funcionários, da Assembleia Geral do CAPS, reunião de caráter deliberativo em que são tratados assuntos relacionados à instituição, ao cotidiano das pessoas e a suas relações.

O CAPSi 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, sendo que um deles é responsável pela coordenação do CAPS, dois terapeutas ocupacionais, um pediatra, um psiquiatra, dois arteterapeutas, um musicoterapeuta, um educador físico, um assistente social, dois enfermeiros e 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 às suas famílias.

A criança ou o adolescente são encaminhados pelas unidades de saúde ou pela Associação de Pais e Amigos de Excepcionais (Apae). É feito acolhimento inicial por um profissional da equipe, em que são atendidos a criança/o adolescente e seu familiar. O plano terapêutico é individualizado, a partir da admissão da criança e da discussão com a equipe do CAPS e/ou com as equipes das unidades e os familiares, sendo delimitadas a frequência e as atividades terapêuticas que comporão o tratamento. O CAPS oferece grupos e oficinas terapêuticas e atendimentos individuais em diferentes modalidades. Assim como no CAPS III, *locus* deste estudo, a partir de sua admissão, o usuário passa a ter um técnico de referência que se responsabilizará por tratamento, contato com os familiares e matrículamento com a rede. Da mesma forma, cada profissional é responsável por uma microrregião de saúde do município, responsabilizando-se na participação do matrículamento dos casos do seu território de referência.

Os familiares são incluídos no processo, sendo corresponsáveis pelo tratamento e recebendo atendimento quando necessário. Os atendimentos familiares são de modalidade nuclear, na maioria das vezes psicoterapêuticos ou de orientação. 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 predeterminada, sendo agendadas de acordo com as demandas da comunidade CAPSi. A equipe reúne-se diariamente, para reuniões de turno nas quais se discutem as ocorrências diárias e os acolhimentos feitos no dia, e, semanalmente, para discussões administrativas e discussões de casos clínicos. A supervisão institucional acontece mensalmente.

Instrumento

Em trabalho interacional, a técnica utilizada na coleta de dados foi a entrevista, e o modo como essas

entrevistas foram conduzidas classifica-as como “semiestruturadas de questões abertas” (Turato, 2003). Os tópicos que serviram de orientação, de forma geral, trataram sobre a visão de tratamento, a relação com o familiar do usuário, e as barreiras e motivações nesse tipo de trabalho. Os encontros foram realizados nos CAPS e duraram em média 60 minutos. O registro foi feito por intermédio de gravação digital, com posterior transcrição de áudio.

Participantes

Os participantes foram profissionais de nível superior, responsáveis por atendimento familiar nos CAPS. A seleção partiu da experiência desses profissionais em atendimentos aos familiares e também da sua concordância e disponibilidade em participar da entrevista. Foram entrevistados doze profissionais, entre os quais estavam dois assistentes sociais, dois médicos, cinco psicólogos, um terapeuta ocupacional, um arteterapeuta, e um enfermeiro. Foram excluídos profissionais que não participam de atendimento familiar, ou seja, apenas os técnicos de enfermagem. Os profissionais participantes dedicam-se integralmente ao trabalho no CAPS, com exceção dos médicos e de um psicólogo, que trabalham também em consultório particular.

Tendo em vista os objetivos do trabalho e a abordagem teórica, para delimitação do número de participantes foi adotada a amostragem por saturação. Esse critério consiste na definição do número de participantes no decorrer do processo de coleta de dados – isto é, quando a amostra deu condições de aperfeiçoamento e reflexão teórica proposta, e as informações passaram a se repetir, as entrevistas foram encerradas (Fontanella et al., 2011).

Análise dos dados

O tratamento do material – sua codificação – deu-se por intermédio da análise de conteúdo. Bardin (2011) define análise de conteúdo como “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” (p. 42).

Esta pesquisa foi desenvolvida na modalidade de análise temática, que “procura nas expressões verbais ou textuais os temas gerais recorrentes que fazem a sua aparição no interior de vários conteúdos mais concretos” (Turato, 2003, p. 442). Tendo em vista que este estudo não pressupõe análise quantitativa, as categorias foram sendo delineadas não necessariamente pela repetição de falas, mas pela relevância dos relatos no encaminhamento das discussões.

Apresentação e discussão dos resultados

Os dados analisados, conforme processo detalhado, apontaram regularidades discursivas que delinearam quatro categorias: (1) atender a familiares: insegurança e rivalização; (2) tomada de responsabilidade; (3) foco principal: diagnóstico ou necessidade?; (4) confiança, vínculo e diferença.

Atender a familiares: insegurança e rivalização

Insegurança, medo e dificuldade de entrar em contato com o não saber profissional podem ser motivos suficientes para a desistência do atendimento aos familiares: “*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” (P11).

Sobre a dificuldade do processo de atendimento atribuída aos familiares:

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. (P8)

Tomar o familiar como rival, conforme citado por P8, é uma atitude reforçada por outros profissionais, que admitem oposição de lados na relação e parecem atentos à difícil tarefa de não entrar em atrito com os familiares e de nem mesmo julgá-los.

Então, neste sentido, este trabalho é muito difícil. Você tem que estar muito atento, se autoavaliando como profissional, pra ver até que ponto você não está entrando na defesa do paciente e colocando aquele familiar contra a parede. A gente se pega julgando mesmo. (P11)

O que precipita o surgimento de lados opostos nessa relação? Podem colaborar o julgamento moral dos profissionais – a partir de seu ideal de boa família – e as teorias de culpabilização dos familiares na etiologia do transtorno mental, além do fato de oferecerem atendimentos aos familiares, mas separarem com o não comparecimento, com a falta de participação no tratamento e com a falta de responsabilização dos familiares em relação aos usuários.

Alguns profissionais entendem que a atitude dos familiares em relação ao atendimento familiar 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 vêm dois, três, quatro meses e eles não veem aquela mudança que esperavam, vão se desestimulando. (P7)

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. Pode-se dizer que essa relação se inicia com essa premissa e que o profissional tem então seu papel valorizado, experimentando sentimento de aumento de potência, resultado da boa imagem de si que é refletida ao familiar, que acredita nele e em sua capacidade.

No entanto, os resultados apontam que, nessa relação, prevalece a decepção. De um lado está o profissional que não pode satisfazer as necessidades do familiar e sente-se impotente, e de outro lado o familiar frustrado e não menos impotente. Acontece a rivalização, ou seja, lados opostos que não compõem algo em comum, em que o investimento de potência se dá para repelir o efeito desses corpos, reciprocamente, diminuindo a potência de agir dessas pessoas.

Tomada de responsabilidade

Quando o assunto é responsabilização, os dados apontam que a dúvida sobre “quem se responsabiliza por quem” parece ser uma constante: “*Não tem participação ativa, e aí, quando a situação tá muito grave, eles vêm e entregam pra gente: ‘toma aí, resolve!’*” (P8).

Os relatos dos profissionais apontam que alguns familiares têm dificuldades em assumir o cuidado de seu parente com transtorno mental. Inferimos que isso se dá pela cultura manicomial de tutela e segregação, que ainda se faz presente, e pelo fato de que a chamada desses familiares à responsabilização é algo relativamente recente. Acreditamos que esse é um dos impasses da atenção psicossocial, que, ao procurar manter o louco em comunidade, construindo autonomia e cidadania possíveis a ele, deve compartilhar responsabilidade com os familiares e com a comunidade. Como discutido anteriormente, a família tem a sua parte na responsabilização pelo seu familiar no que concerne ao cuidado cotidiano, assim como também cabe ao profissional e ao Estado – com as políticas voltadas para a atenção em saúde mental – a tomada de responsabilidade, evitando o abandono do usuário a si mesmo.

Algumas vezes os profissionais convocam institucionalmente esses familiares: “*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).

A determinação judicial traz 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 10.216/2001, 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 seu conhecimento técnico e querendo resguardar o direito do usuário em ser incluído na vida extra-hospitalar –, acontece também o acirramento da relação dos profissionais com as famílias, que, de um lado, sentem-se desamparadas, enquanto os profissionais, de outro, culpam-nas pelo abandono e pela internação dos usuários.

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

Assim, na dificuldade do fazer em conjunto, a responsabilização é passada adiante. Dessa forma, o que poderia unir familiar e profissional, em 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.

Foco principal: diagnóstico ou necessidade?

Os profissionais entrevistados – como podemos ver inclusive em relatos anteriores – relatam achar o trabalho com familiares uma tarefa difícil. No entanto, eles não atribuem a essa dificuldade a falta de formação, mas ao desgaste em lidar com conflitos imanentes dessa relação.

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 e estrutura como elementos necessários ao profissional no atendimento aos familiares:

Você não vai dar tudo. Eu estou 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 está 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 em que P12 afirma que “família está mais na frente” indica algo que deve ser alcançado pelo profissional. Avançando nessa discussão, podemos analisar de duas formas o termo “foco principal”. Por um lado, se o foco for um diagnóstico situacional da família feito pelo profissional e a partir daí sua conduta for balizada, a capacitação e a experiência profissional são requisitos para o trabalho familiar. Nesse caso, o suposto saber do profissional é o que rege o processo de tratamento. Para “dar profissionalmente”, como sugere o participante, o profissional tem o saber científico e técnico sobre o que desestabiliza a família. O profissional, com seu saber sobre o “foco principal”, tem essa competência. O resultado dessa análise corrobora a conclusão de alguns autores (Campos, 2001; Romagnoli, 2004), que atribuem a dificuldade dos profissionais em trabalharem com familiares de pessoas com sofrimento psíquico à falta de capacitação desses profissionais para lidar com familiares.

Por outro lado, 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 debate, em experimentação. Nesse sentido, o autor aponta que a necessidade não é sempre evidente e é necessário elaborá-la com o usuário, nas afetações desse encontro. Nessa proposta ninguém detém a competência, ninguém sabe pelo outro, mas juntos eles viabilizam modos de satisfazer as necessidades emergentes.

A partir disso, inferimos que verdades universais sobre a família e os familiares não são alcançáveis, mas discutidas/refeitas/elaboradas/negociadas no encontro, nos afetamentos oriundos dessa relação. Esse encontro promove sentidos a situações, que vão sendo construídos na soma de saberes entre profissionais e familiares.

Confiança, vínculo e 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 e pelo abandono dos atendimentos, mostrando relação que não avança, que é interrompida. Haveria sustentação para que ela sobreviva à diferença que aí se coloca? A relação que avança é sustentada pelo vínculo, que garante a continuidade dela: “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. Mas não são todas...” (P6).

Para P6, o vínculo seria algo em que se investir, a se construir em 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 esse vínculo. Pela ótica spinosiana, estas últimas seriam famílias que não tiveram bons encontros com profissionais, provavelmente encontros em que prevaleceram a tristeza e a 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... (P7)

Nesse relato fica claro que o encontro com essas famílias, em que não há avanço, vinculação, é marcado por uma dificuldade que não é só do familiar, mas também do profissional, caracterizada no trecho: “[as famílias] são as mais difíceis de sentar, de conversar, de dialogar”. A relação é dialógica, depende dos dois atores para que aconteça. A confiança no profissional seria suporte para enfrentamento de situações difíceis (Teixeira, 2004). 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 com relação às dificuldades da própria relação entre familiar e profissional, tornando possível que cada um possa se mostrar, sem que a diferença seja ameaçadora.

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, e a rivalização, que algumas vezes se coloca claramente na relação entre esses profissionais e esses familiares, podem ser exemplos de reações a esse momento de aproximação às diferenças. E como manter a confiança, base do vínculo, se a indisposição e a falta de inclinação para estar junto prevalecem na relação?

Para alguns profissionais, pode ser necessário vencer resistências para que o vínculo se estabeleça: “Então se chegou a um ponto tal que o familiar abandonou é porque do lado de cá também houve uma resistência, uma dificuldade de você acolher, escutar, saber o momento de você colocar determinadas coisas” (P8).

O relato de P8 parte de referencial psicanalítico, utilizando o termo “transferência”. Figueiredo (2007) aponta que, para a psicanálise, a resistência presente na relação profissionalusuário/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.

A aproximação aos familiares – 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, mas acho interessante porque este

movimento existe de chegar e falar assim: ‘Posso conversar com você?’, e conversa, e às vezes fala: ‘Não tô bem, quero um atendimento’. (P9)

Além das situações citadas, nas quais o profissional insiste na oferta de atendimentos e busca convencer o familiar a comparecer aos encontros, deparamos com a situação em que, com o vínculo estabelecido, é o familiar que o procura no momento de necessidade. A decisão do atendimento não parte apenas do profissional, mas também do familiar. Na busca de confiar seu malestar ao profissional (“não tô bem”), o familiar o procura de forma ativa, provavelmente desejando ser amparado por ele.

E o que seria amparar esse familiar? Estamos diante de alguém que pede ajuda – o familiar – e de alguém que oferece amparo, o profissional. “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” (Rolnik, 1995, p. 72).

Considerações finais

A contribuição deste artigo partiu da proposta de estudar como tem acontecido o encontro, com seus êxitos e frustrações, na relação entre pessoas que têm disponibilidade e motivo para se encontrar, conhecendo o que impede e o que favorece essa relação, a partir das experiências vividas e dos afetos gerados nessa relação. Ressaltamos a importância de um olhar para as situações, não pouco frequentes, em que os atendimentos familiares são inviabilizados pela negligência ou recusa de participação dos familiares, com intermediações institucionais ou mesmo judiciais. Apesar de nosso foco ter sido outro, o fato, cada vez mais comum, de familiares aliarem-se à justiça na busca de internação de seus entes, mostra a radicalidade das ações que podem ser geradas nesse campo. Acreditamos que um aprofundamento na questão é indicação para pesquisa de relevância para a área.

Os dados deste estudo apontam que os dilemas enfrentados na inclusão da família nos projetos terapêuticos de atenção à pessoa com transtorno mental são perpassados por insegurança desses profissionais, que consideram os familiares difíceis, longe do ideal de família, e rivais nessa relação. Ao não conseguir dar resposta às necessidades dos familiares, tão marcadas pelos encargos da convivência cotidiana com a pessoa com sofrimento psíquico, os profissionais sentem-se impotentes e se colocam contra esse sentimento, resistindo às possibilidades do encontro.

Assim, profissionais e familiares encontram-se em relação em que predomina a tensão. São profissionais de saúde mental impotentes de um lado e familiares culpabilizados e não menos impotentes de outro.

Diante desse quadro, a responsabilização da pessoa com sofrimento psíquico não é assumida nem pelos profissionais de saúde mental nem pelos familiares. Isso colabora para que essa pessoa não seja assistida

adequadamente, com todas as possibilidades que a união entre profissionais e familiares traria. Como resultado, as convocações institucionais e, em casos extremos, a justiça são utilizadas como intermediações da relação, determinando de fora soluções para problemas que poderiam ser resolvidos internamente, na dinâmica relacional entre familiar e profissional.

Alguns autores (Campos, 2001; Romagnoli, 2004) atribuem os impasses enfrentados pelos profissionais à falta de capacitação para atender familiares. Este estudo

trouxe como reflexão o fato de que isso vai além do saber profissional; traz a importância de o profissional afirmar a diferença que o familiar apresenta em relação a ele, para que as necessidades sejam explicitadas e negociadas e que ofertas de atenção e cuidado sejam feitas em consonância com os sujeitos dessa relação. Para que isso ocorra, destaca-se a importância do amparo da equipe a esse profissional, assim como a sustentação em trabalho intersetorial, o que está em conformidade com as diretrizes da política em saúde mental.

Mental health professionals and family members of people with mental distress: encounter or disagreement?

Abstract: This study examines the dilemmas faced by mental health professionals in the inclusion of the family in the projects of therapeutic care to the person with psychological distress. Semi-structured interviews with mental health professionals from two psychosocial care centers in the Southeastern region of Brazil were conducted. The content analysis pointed out discursive regularities that delineated four categories: serving the families: insecurity and rivalry; taking responsibility; primary focus: diagnosis or necessity?; trust, bonding and difference. Having the ethical philosophy of Spinoza and the politics of mental health care in Brazil as reference, the following are identified as issues to be evaluated and included in the reflections of the professionals on the assumptions that guide their practices in serving the families: the ideal of family, blaming the family and accountability for the care of patients with mental distress.

Keywords: mental health, family, psychosocial care, Psychosocial Care Center.

Professionnels de la santé mentale et membres de la famille de personnes souffrant de détresse psychologique: rencontre ou décalage?

Résumé: Cette étude examine les dilemmes auxquels sont confrontés les professionnels de la santé mentale sur l'inclusion de la famille dans les projets thérapeutiques de l'attention à la personne avec la souffrance mentale. Les entretiens semi-structurés avec des professionnels de la santé mentale de deux centres de soins psychosociaux dans le Sud-Est du Brésil. L'analyse thématique du contenu a défini quatre catégories – rencontrer la famille: l'insécurité et de rivalité; prise de responsabilité; objectif principal: le diagnostic ou la nécessité?; la confiance, le lien et la différence. En référence à la notion de rencontre d'éthique dans la philosophie de Spinoza, on constate, comme questions qui doivent être évaluées, discutées et comprises dans des réflexions professionnelles sur l'orientation de ses pratiques, dans les appels aux membres de la famille: la famille idéale, la culpabilisation du familial et la responsabilisation pour les soins de la personne souffrant de troubles mentaux.

Mots-clés: santé mentale, famille, soins psychosociaux, centre de soins psychosociaux.

Profesionales de salud mental y familiares de personas con trastorno mental: encuentro o desacuerdo?

Resumen: Este estudio examina los dilemas que enfrentan los profesionales de la salud mental en la inclusión de la familia en los proyectos de atención terapéutica a la persona con trastornos psicológicos. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con profesionales de la salud mental, dos centros de atención psicosocial en el sudeste de Brasil. El análisis temático de contenido señaló cuatro categorías – conocer a la familia: la inseguridad y rivalidad; asumiendo la responsabilidad; objetivo principal: el diagnóstico o necesidad; confianza, vínculo y diferencia. Al referirse a la filosofía ética de Spinoza y la política de atención de salud mental en Brasil, se identifican como temas a ser evaluados en las reflexiones de los profesionales en los supuestos que guían sus prácticas con la familia: la familia ideal, culpar a la familia y la responsabilidad por el cuidado de los enfermos mentales.

Palabras clave: salud mental, familia, atención psicosocial, centro de atención psicosocial.

Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bergeret, J. (1998). *Personalidade normal e patológica* (3a ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bortolussi, D.; Bianca, F., & Fontana, G. M. (2005). Il lavoro com le famiglie. In Azienda per i Servizi Sanitari n. 6, Friuli Occidentale. *Vent'anni dalla 180: L'esperienza del DSM di Pordenone* (pp. 70-75). Pordenone, Italia: Booksei. Recuperado de: <http://www.ass6.sanita.fvg.it/reposASS6/booksei/2-Venti%20anni%20dalla%20180.pdf#page=70>
- Campos, R. O. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. *Saúde em debate*, 25(58), 98-111.
- Campos, H. P. F., & Soares, C. B. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 219-237.
- 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.
- Constantinidis, T. C. (2011). *Familiares de pessoas com sofrimento psíquico e profissionais de saúde mental: encontros e desencontros* (Tese de doutorado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. Recuperado de http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_2835_.pdf
- Constantinidis, T. C., & Andrade, A. N. (2015). Demanda e oferta no encontro entre profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2), 333-342.
- Cooper, D. (1986). *A morte da família*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Coutinho, A. H. S. A. (2005). Schreber e as psicoses na psiquiatria e na psicanálise: uma breve leitura. *Reverso*, 27(52), 51-56.
- Dell'Acqua, G., Vidoni, D., Zanus, P. (1998). *Servizi, carico familiare e disturbo mentale: informazioni, organizzazioni, reti, aiuto reciproco*. Trieste, Italia: SGM & Ser.T.
- Dimenstein, M., Sales, A. L., Galvão, E., & Severo, A. K. (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(4), 1209-1216.
- Figueiredo, L. C. (2007). Confiança: a experiência de confiar na clínica psicanalítica e no plano da cultura. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 41(3), 69-87.
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 389-394.
- Franco, T. B., & Magalhães Júnior, H. M. M. (2003). Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In E. E. Merhy (Org.), *O trabalho em* *saudade: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 125-134). São Paulo, SP: Hucitec.
- 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 de Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M-B., Oehlenschlaeger, J., Christensen, T., ... Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. *The British Journal of Psychiatry*, 188(Suppl.), 85-90.
- Lei n. 10.216. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Machado, V., & Santos, M. A. (2013). Vivências familiares de pacientes com reinternação psiquiátrica. *Aletheia*, 40(40), 111-119.
- Miermont, J. (2001). Schizophrénies et thérapies familiales: perspectives éco-étho-anthropologiques. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 26, 155-174.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Navarini, V., & Hirde, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 680-688.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2006). Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em estudo*, 11(3), 569-577.
- Portaria n. 3.088. (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Reis, F. D., Chainho, J., António, J., António, P., Marques, A., Real, A., . . . Santos, P. (2000). A emoção expressa dos familiares de esquizofrênicos e as recaídas dos doentes. *Psicologia*, 14(1), 31-44.
- Resolução n. 466. (2012, 12 de dezembro). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Rolnik, S. (1995). Hal Hartley e a ética da confiança. *Cadernos de Subjetividade/PUC-SP*, 3(1), 65-75.
- Romagnoli, R. C. (2004). Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. *Pulsional – Revista de Psicanálise e Clínica Social*, 17(180), 71-80.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2009). Álbum de família e esquizofrenia: convivência em retrato. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 83-91.

- Soares C. B., & Munari, D. B. (2008). Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(3), 357-362.
- Spinoza, B. (1994). *Tratado Político* (N. de Paula Lima, trad.). São Paulo, SP: Ícone. (Trabalho original publicado em 1677)
- Spinoza, B. (2007). Ética (T. Tadeu, trad. e notas). Belo Horizonte, MG: Autêntica. (Trabalho original publicado em 1677)
- Szasz, T. (1979). *O mito da doença mental* (8a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Teixeira, R. R. (2004). *As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público*. Trabalho apresentado na Conferência Rethinking “the Public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America. San Diego: University of California. Recuperado de <http://www.corposem.org/rizoma/redeafetiva.htm>
- Teixeira, R. R. (2005). Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 585-597.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (4a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Waidman, M. A. P., & Elsen, I. (2005). O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 14(3), 341-349.

Recebido: 31/07/2015

Revisado: 29/11/2015

28/03/2016

Aprovado: 09/05/2016