

CULTURA, FAMÍLIA E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: RELAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS COM FAMILIARES NO CAPS

CULTURE, FAMILY AND MENTAL HEALTH CARE: RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL WORKERS AND FAMILY MEMBERS AT CAPS

Priscila Schacht CARDOZO* 

Fabiane FERRAZ** 

Jacks SORATTO*** 

Resumo: Este trabalho analisa como assistentes sociais na equipe de CAPS, mobilizam as famílias e suas culturas no cuidado em saúde mental. Pesquisa qualitativa, do tipo exploratória-descritiva. A coleta de dados aconteceu através de entrevista semiestruturada e observação do processo de trabalho assistentes sociais que trabalhavam junto aos familiares atendidos em CAPS de seis municípios de Santa Catarina. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo. Como resultados constatamos que a cultura está presente na vida das famílias, é reconhecida a sua importância no processo de trabalho mas, se mantém no espaço do reconhecimento, pois, inserir a cultura familiar no cuidado em saúde mental ainda não é uma realidade. Na relação das assistentes sociais com familiares é latente a hipervalorização dos diagnósticos e da medicalização da vida. Favorecendo um cenário para as práticas manicomial e ausência de um agir educativo-comunicativo, onde os preceitos da Reforma Psiquiátrica se fariam presentes.

Palavras-chave: Saúde Mental. Relações Profissional-Família. Cultura. Serviço Social. Integralidade em Saúde.

Abstract: This paper analyzes how social workers in the CAPS team mobilize families and their cultures in mental health care. Qualitative, exploratory-descriptive research. Data collection took place through semi-structured interviews and observation of the work process social workers who worked with family members assisted in CAPS in six municipalities in Santa Catarina. The data were analyzed through content analysis. As a result, we found that culture is present in the lives of families, its importance in the work process is recognized, but it remains in the space of recognition, because inserting family culture in mental health care is not yet a reality. In the relationship between social workers and family members, the overvaluation of diagnoses and the medicalization of life is latent. Favoring a scenario for asylum practices and the absence of an educational-communicative action, where the precepts of Psychiatric Reform would be present.

Keywords: Mental Health. Mental Health Services. Professional-Family Relations. Culture. Social Work. Integrity in Health.

Submetido em 25/08/2020. Aceito em 29/10/2020.

*Assistente Social e Historiadora. Doutoranda em Saúde Coletiva pela UFSC. Mestra em Saúde Coletiva. Assistente Social na Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC no CER II - Centro Especializado em Reabilitação e na Secretaria de Diversidades e Políticas de Ações Afirmativas. Docente e Coordenadora do Curso de Graduação em Serviço Social na UNESC. Rua Laurindo Colombo, 56, Bairro Laranjinha, Criciúma-SC, CEP 88.818.654. E-mail: <prish_cardozo@hotmail.com>.

**Doutora em Enfermagem. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Membro do Grupo de Pesquisa em Gestão do Cuidado, Integralidade e Educação na Saúde (GECIES). Av. Universitária, 1105, 1º andar. Bloco S. sala 115. Bairro Universitário. CEP: 88806-000, Criciúma-SC. E-mail: <olaferraz@gmail.com>.

*** Professor do curso em enfermagem, medicina, residência multiprofissional em atenção básica/saúde da família, saúde coletiva e do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva [mestrado profissional] da UNESC. Membro do Grupo de Pesquisa Práxis (núcleo de estudos sobre trabalho, cidadania, saúde e enfermagem) da UFSC e do Grupo de Pesquisa em gestão do cuidado, integralidade e educação na saúde (GECIES) da UNESC. Rua João de Rochi, 206. Estação Cocal, Morro da Fumaça/SC. CEP 88830-000. E-mail: <jacks@unes.net>.



INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) nasce no final da década de 1970, reivindicando mudanças e transformações no campo da saúde, a fim de ampliar o olhar para além do processo saúde *versus* doença e romper com o modelo médico centrado. Fomentou o debate sobre a democratização da saúde, e, na luta contra a ditadura, floresceram novos sujeitos sociais, especialmente familiares e usuários (PAIM, 2008).

No Brasil, concomitante com a RSB teve início a Reforma Psiquiátrica (RP), a qual ao longo dos últimos 40 anos mobilizou a estruturação de políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Esse processo iniciou no período de transição democrática, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que propunha a reformulação da assistência psiquiátrica, questionando práticas manicomiais no cuidado em saúde mental, a partir da compreensão da saúde como direito e, por assumir que a saúde se realiza por meio de determinantes sociais (AMARANTE, 2018).

Assim, compreende-se a RP como sendo “um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 2010, p.87).

O projeto ético-político do Serviço Social também foi gestado no período de redemocratização do Brasil e buscou romper com a influência da igreja católica e do positivismo na prática profissional, e a família passa a ser reconhecida como uma instituição determinante no cuidado (NETTO, 2005). A discussão sobre a participação da família em saúde mental é analisada em um estudo de revisão sistemática (SANTOS et al, 2016), destacada como um tema ainda pouco explorado no contexto das publicações acadêmicas. Embora exista avanços teóricos e práticos significativos, a categoria família na saúde mental com a interface com o Serviço Social ainda precisa caminhar para o aprofundamento teórico (TUON, 2011; SILVA, 2012; SOUZA et al, 2019).

A família, historicamente, foi o foco de intervenção profissional de Assistentes Sociais, contudo, a abordagem era baseada nos preceitos católicos, assistencialistas que concebiam este grupo social como natural e imutável (MIOTO, 2010). Ao contrário de outras profissões, a/o Assistente Social inseriu à atenção às famílias em seu campo de atuação como um objeto privilegiado de intervenção (MIOTO, 2010). As intervenções das/dos Assistentes Sociais, ao longo das últimas quatro décadas experimentou ora as práticas assistencialistas, ora as práticas da intervenção crítica no contexto familiar.

O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), expressa a oficialidade e sistematização do tema “família” por meio da proposta de matricialidade sociofamiliar. Esse referencial é pautado nas necessidades das famílias, seus membros e dos indivíduos. Porém, para a família prevenir, proteger, promover e incluir seus membros é necessário, em primeiro lugar, garantir condições de sustentabilidade para tal (BRASIL, 2004).

Desta forma, todas as ações da/do Assistente Social passam a conceber “o indivíduo” como quem convive com um grupo de pessoas, que mantém um vínculo de solidariedade, e que no seu território

manifesta uma cultura, influenciando diretamente na capacidade de proteção dessa família. O reconhecimento da cultura familiar na relação com a/o Assistente Social e familiares pode oportunizar a construção de um agir educativo-comunicativo (CARDOZO, et al, 2019), promovendo o cuidado em liberdade e fortalecendo os preceitos da RP, logo, “a cultura tem papel fundamental para manifestar um modo de estar no mundo, um modo que indica vulnerabilidades e potencialidades para o empoderamento e o exercício de cuidar em saúde mental” (CARDOZO et al, 2010, p. 171).

Neste sentido, os CAPS foram construídos a partir do Movimento de Luta Antimanicomial e, institucionalizados através da Lei 10.216/2001, como serviços substitutivos ao manicômio. Preveem atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, e devem contar com uma base territorial importante para o cuidado em saúde mental (AMARANTE, 2018).

Atualmente, a equipe dos CAPS considera a/o Assistente Social como a/o profissional que deve assumir o cuidado com a família (NISIIDE, 2016). Para Bisneto (2007) ainda existe uma problemática para a integração dos saberes nesta concepção de equipe. E na ausência de uma articulação ético-política da equipe em prol do cuidado em liberdade, a/o Assistente Social pode ficar “ilhado/a” (BISNETO, 2007, p.51), impossibilitando romper com o conservadorismo que fundou o Serviço Social.

Nesse sentido, o presente artigo tem por objetivo analisar como Assistentes Sociais nos CAPS, mobilizam as famílias e suas culturas no cuidado em saúde mental.

1. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória-descritiva, aprovada no comitê de ética em pesquisa com seres humanos, sob parecer n. 2.305.031. A pesquisa de campo ocorreu entre outubro e dezembro de 2017, por meio de entrevista semiestruturada e observação do processo de trabalho de 6 Assistentes Sociais dos CAPS II, i, AD, de seis municípios em Santa Catarina.

Os critérios de inclusão foram: Assistentes Sociais com registro ativo no Conselho Regional de Serviço Social; integrar equipes multiprofissionais dos CAPS, com vínculos trabalhistas; e no mínimo três meses de atuação no CAPS.

A observação foi realizada em 3 CAPS, visto que esses serviços, durante a apresentação da pesquisa, informaram que realizavam atividades regularmente com familiares, exceto um dos CAPS observados, a atividade foi de um grupo com usuário. O período de observação abrangeu o momento anterior às entrevistas, e aconteceu em média de 1h30min em cada CAPS.

Entre as/o participantes, cinco eram mulheres e um homem. A média de idade do grupo era de 37 anos, todas as pessoas eram católicas e brancas. Tiveram sua formação acadêmica entre os anos de 1999 e 2014, e todos haviam cursado, pelo menos, uma especialização. O tempo de atuação profissional é em média de 11 anos e de atuação em CAPS em média 3,9 anos. Informaram ainda que haviam vivenciado o trabalho como Assistentes Sociais em outros serviços como CRAS, APAE, Psiquiatria Hospitalar, Instituições de

Longa Permanência, Abrigos e Organizações Não Governamentais. Entre as/o participantes 5 são profissionais concursadas nos municípios, mas não especificamente para CAPS. Por motivos éticos as/os profissionais serão apresentadas/o por codinomes: Dália, Rosa, Tulipa, Lírio, Cravo e Gazânia. A justificativa para a escolha dos codinomes (flores) é que flores remetem a cor, à vida, à beleza, à resistência, e precisam de muito cuidado. Embora alguns CAPS tenham arborização em seus ambientes externos ainda são espaços monocromáticos.

Os dados foram analisados a luz da proposta operativa para “análise de dados qualitativos” (MINAYO, 2014). O processo de análise iniciou por meio da pré-análise do material bruto, mediante a leitura flutuante das transcrições das falas e registros de diário de campo, a fim de constituir o corpus das informações. Na sequência, foi realizado o recorte do texto em unidades de registro, organizadas por frases/parágrafos, a partir da análise dos dados; e, por último, a exploração do material através da classificação e a agregação dos dados, de modo a emergir as categorias apresentadas nos resultados.

Os dados analisados foram discutidos à luz do arcabouço teórico sobre ação comunicativa (HABERMAS, 2012), e o processo de intercessão do agir comunicativo com a educação em saúde e empoderamento (FREIRE, 2017; FREIRE, 2018).

2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

2.1 Reconhecimento da cultura familiar como categoria basilar do cuidado: contudo o protagonismo do cuidado é profissional

Cultura é aqui conceituada como um modo de estar no mundo e de se relacionar com ele (FREIRE, 2017). A cultura está expressa também no modo de viver e de cuidar das pessoas. Durante as entrevistas com as/o Assistente Social percebe-se que há reconhecimento da cultura familiar, contudo, valorizam o histórico biomédico, sendo que o protagonismo do cuidado a ser construído é da/o profissional

As/o participantes referem que os instrumentos utilizados para reconhecimento da cultura familiar são em sua maioria a visita domiciliar, o acompanhamento sociofamiliar, o estudo socioeconômico, a anamnese, o genograma e a escuta. O reconhecimento da cultura familiar é importante para as participantes, conforme expresso nos depoimentos a seguir.

[...] genograma, que isso também é bem importante [...], as vezes tem até avó, avô, tios, e toda questão, religião, se é fumante, se tem drogadição e alcoolismo na família, se tem questão de suicídio e doença psiquiátrica na família, atividades ilícitas, e aqui a parte de tratamento: psiquiátricos, psicológico, patológico, e se toma medicação. (DALIA).

Na fala de Dália é possível constatar que o genograma tem sido uma ferramenta incipiente, mas potente, para auxiliar no reconhecimento da cultura familiar, visto que contempla especificidades

importantes, pois, amplia o olhar para relações familiares geracionais. Observa-se que o registro tem sido uma ferramenta para a preservação histórica da cultura familiar das pessoas atendidas nos CAPS, favorecendo o vínculo.

O diálogo também é referido como um instrumento importante para reconhecimento dos aspectos culturais, como pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

[...] quando o usuário entra no serviço, quando ele é acolhido, ele sempre vem acompanhado do familiar [...] porque pra ti saber toda essa questão de funcionamento familiar, qual é a postura do usuário em casa, porque aqui ele relata a sua posição, mas a gente não sabe como ele funciona no seu dia-a-dia. (TULIPA).

Na fala de Tulipa percebe-se que as/o profissionais precisam do familiar no primeiro contato, pois o usuário “não consegue falar tudo”. Contudo, é necessário refletir que a necessidade da presença do familiar para este fim pode reproduzir a lógica manicomial, onde quem mais sabe da vida do usuário é o familiar e não ele mesmo.

Um dos pressupostos principais do CAPS é oportunizar a construção de autonomia para os usuários e, conseqüentemente, para seus familiares. Inclusive porque a autonomia e a valorização da cultura são fundamentais para o exercício de cidadania. Diante de um episódio de crise, o familiar pode assumir o protagonismo, no entanto, é preciso construir este lugar de escuta preferencialmente para o usuário, pois “o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (FREIRE, 2018, p. 59).

Cada pessoa carrega em si uma experiência adquirida, uma herança. No processo da vida existe a oportunidade de criar e recriar estas experiências integrando-as às condições de seu contexto, por isso tamanha a importância da História e da Cultura para o cuidado em saúde mental. A integração com um contexto expressa um “estar no mundo”, não uma adaptação, acomodação ou ajustamento. Quando o exercício de “estar no mundo” não é possível de ser experimentado implica numa distorção de si mesmo, do mundo, fazendo sentir-se um desgarrado (FREIRE, 2017).

A percepção de mundo das pessoas está manifestada num modo específico de ser e de estar. Trata-se de objetos físicos e acontecimentos, estados mentais e episódios anteriores, além de teores de significados de estruturas simbólicas (HABERMAS, 2012). Ser cidadão é um modo de estar no mundo, é uma relação com o contexto, é especialmente a expressão de uma identidade cultural.

E na tentativa da construção desta singularidade que inclua a cultura no cuidado, o acolhimento no CAPS tem sido estratégia para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Contudo Rosa expressa:

com base no acolhimento, nas potencialidades, nas habilidades, na situação de saúde do paciente, a gente pensa a proposta terapêutica dele, quem constrói esse plano é a equipe interdisciplinar. (ROSA).

É possível observar nos CAPS pesquisados que não existe o protagonismo do usuário ou da usuária nem do familiar nesta construção, assim o que se constrói relacionado a PTS é uma “Prescrição Terapêutica Singular”, visto que é a equipe que indicará as atividades que o usuário ou a usuária participará, e, por consequência, as metas a serem alcançadas.

A partir dos dados coletados nesta pesquisa, identificamos que a cultura familiar não está inscrita, pois não é possível construir uma relação de potencialidades do usuário ou da usuária com a cultura familiar, pois, a participação e o comprometimento familiar durante o percurso da reabilitação psicossocial não são oportunizados. O acolhimento pode oportunizar o reconhecimento das potencialidades do usuário ou da usuária para que então possam incluí-lo ou incluí-la em grupos terapêuticos.

O PTS que contempla a cultura familiar é concebido como um instrumento para a promoção da integralidade no cuidado, contudo, é imprescindível estar atento às necessidades expressas pelos usuários, usuárias e suas famílias, ampliando para além do tratamento medicamentoso e as técnicas terapêuticas. É preciso desconstruir o cuidado vertical e construir um serviço multifacetado e preparado para o manejo adequado da realidade apresentada.

Além de acolher o usuário ou a usuária é preciso desenvolver um trabalho a partir da lógica da integralidade do cuidado, com características coletiva e ênfase na proposta da RP, na reabilitação psicossocial, articulando a oferta de saberes e cuidados multiprofissionais. Este cenário torna-se possível quando profissionais de saúde mental se colocam na posição de agentes de transformações (MATOS et al, 2018).

A partir dos depoimentos, identifica-se que o reconhecimento da cultura familiar, tem como objetivo verificar situações anteriores, tais como: violências, diagnósticos e tratamentos, de maneira que se justifique determinada intervenção profissional. Tal postura, reforça a visão biomédica, a qual limita-se a identificação de “patologias” por gerações e propõe intervenções profissionais descaracterizando o cuidado familiar, conforme expressa na fala a seguir:

[no acolhimento um dos itens] é a história pregressa do paciente, a história familiar, se ele tem filhos, se ele tem pai, se ele tem mãe, se ele tem tio, se alguém na família já desencadeou algum transtorno, se já teve internações. Isso na grande maioria a gente pega informações com a família, nem sempre o paciente consegue trazer essas informações. [...] isso para nós é extremamente importante, porque ele vai dar a base para gente trabalhar essa patologia com a família e até identificar talvez outros familiares que tenham transtornos e ainda não tenham um tratamento. (ROSA).

A dinamicidade do mundo está inscrita nas relações que as pessoas estabelecem com a realidade onde estão inseridas, muito além dos diagnósticos que receberam ao longo da vida. Nesse sentido, a cultura é resultado destas interações, da intervenção das pessoas no contexto onde estão inseridas, na humanização da realidade, na temporalização dos espaços geográficos. Este cenário não permite imobilidade, na criação e recriação é que se constrói épocas históricas e inscreve-se aí a participação humana (FREIRE, 2017).

Reforçar a ideia de que a cultura familiar parte do diagnóstico, é construir uma cultura da doença, que é maléfica para uma tentativa da promoção de saúde mental. Contudo, identificar a cultura da doença para que haja o reconhecimento sobre as formas como as famílias construíram resiliência para o cuidado em saúde mental a partir de suas perspectivas culturais, potencializaria também o cuidado com seus familiares que sofrem. Reconhecer a cultura familiar poderá ser a mola propulsora para o cuidado antimanicomial exercido pela família.

Identifica-se que os profissionais dos CAPS consideram importante reconhecer a cultura familiar, mas é preciso mais que isso, pois é preciso valorizar e inserir a cultura no PTS, transpondo estas características para o modo de cuidar. Historicamente a instituição manicomial sempre aboliu toda e qualquer manifestação singular, nunca valorizou aquele que sofre enquanto sujeito, porque a tendência é a massificação cultural, a caracterização igualitária de todas as pessoas. Tornar igual para melhor governar, características do processo de institucionalização.

Além disto, a cultura familiar também é influenciada pelo território onde está inserida, sendo que é preciso compreender o território como uma apropriação social, política, econômica e cultural. O território é um espaço dinâmico onde um jogo conflituoso de poder é exercido a partir das relações sociais estabelecidas (FARIA et al, 2009, p.37).

No discurso a seguir, percebe-se que quando o território expressa situações que gerem sofrimento, é indicado o afastamento, conforme expresso:

[na grande maioria] é o meio social que precisa ser trabalhado. Então, assistente social também tem esse papel de trabalhar com essa família no sentido de que ele não pode voltar para esse núcleo, para esse meio social. E a família tem que entender isso, e as orientações do que a família tem que fazer no sentido de surto, no sentido do tratamento, no incentivar o paciente a vir para o CAPS, porque nem sempre ele quer vim. [...] Numa situação de que o meio social é que está influenciando, o que nós temos que orientar a família, [...] ou sai desse meio social e vai para um outro meio que permita relações comunitárias mais saudáveis, se não a gente não consegue evoluir na proposta terapêutica. (ROSA).

Desta forma, o território caracteriza-se como uma categoria fundamental para o fortalecimento de uma identidade, de uma cultura, que se apresenta como solo fértil para intervenção da/o Assistente Social e para o fortalecimento dos vínculos familiares. Características fundamentais de um serviço substitutivo ao manicômio como o CAPS, no qual a cultura ganha protagonismo e tem potencial de produzir cuidado em liberdade.

Todos os instrumentos utilizados para o reconhecimento da cultura familiar aqui citados de alguma forma requerem a escuta, o diálogo, além da relação dialógica, em que os instrumentos não falam por si mesmo, sendo que é preciso mediação, relação e interpretação. Não conceber a cultura como uma linguagem que expressa potencial para o cuidado em saúde mental é tolher a possibilidade de construção de um agir educativo-comunicativo, que fortaleceria os preceitos da RP (CARDOZO, et al, 2019).

2.2 A família que cuida e que precisa ser cuidada: a integralidade que acolhe a cultura como dispositivo de cuidado

Nas entrevistas foi questionado se as/os Assistentes Sociais reconheciam como as famílias cuidavam de seus familiares antes de vir para os CAPS pesquisados. As respostas ficaram em torno de um cuidado profissional, vinculados à diagnósticos e serviços. As falas não discorrem sobre um cuidado que envolvesse a cultura familiar, pois, não existe identificação de um modo singular de cuidado.

No que se refere a questão do cuidado anterior a adesão nos CAPS pesquisados, obteve-se a seguinte resposta:

Esses pacientes, na grande maioria, antes de vir para cá, eles eram medicados, para ficar em casa e não incomodar e quando havia o desencadeamento de um surto, então corre para o hospital e interna para dar um alívio para família. Então hoje eles conseguem perceber quando a gente trabalha a autonomia da família, da importância deles serem inseridos socialmente, do bem que isso faz para ele e de que ele pode ter uma vida que nós consideramos normal, dentro das limitações dele e ele quebra um pouco esse estigma, do sentido de que o louco tem que ficar isolado dentro de um quarto trancado. (ROSA).

Identifica-se que as/os profissionais desse serviço compreendem que as famílias construíram uma forma de cuidar reproduzindo o modo de “cuidar” que o manicômio indicava, e, quando estes CAPS se empenham em exercer um processo educativo junto aos familiares, admitem que existe a mudança no modo de cuidar. Importante considerar que por séculos o manicômio descaracterizou a cultura das famílias, pois, não respeitava a singularidade das pessoas, fruto do processo de institucionalização.

A cultura é a aquisição sistemática da experiência humana (FREIRE, 2017). Deste modo, pensar o exercício do cuidado é compreender que cotidianamente ele está permeado por diversas culturas, diversos modos de fazer e de estar no mundo. Nas sociedades as instituições costumam mediar a cultura, pois modulam a forma pela qual as pessoas se produzem enquanto sujeitos, ao mesmo tempo que produz também o meio social, determinando inclusive as funções sociais a serem desempenhadas por cada pessoa. Construindo limitações nos espaços e fragmentando a dimensão performativa da identidade, ou seja, limitando as suas potencialidades (MOTOOKA et al, 2015).

Na fala a seguir percebe-se que algumas/alguns Assistentes Sociais nas entrevistas reconhecem a realidade do indivíduo dentro da família para centralizar as informações e articular encaminhamentos, conforme o relato a seguir:

[...] não adianta o paciente vir se tratar e a família não estar presente dentro desse tratamento, saber quais as dificuldades, como que é realmente o manejo de cuidados. [o trabalho social] é trazer, saber a realidade daquele indivíduo dentro da família dele, saber o que nós, enquanto profissionais, podemos contribuir para que tenha melhorias. [...] é

centralizar todas as informações, a gente também vê assim muitas famílias fragilizadas. (LÍRIO).

Na relação do cuidado familiar co-relacionado com a cultura familiar, na interface com os CAPS, as/os profissionais entrevistadas/os expressam que a família é fundamental no processo de reabilitação, no entanto, constroem uma redoma para que ali, naquele espaço delimitado que é o CAPS, seja o espaço de protagonismo familiar, com normas pré-estabelecidas e condutas prescritas. Logo, consideram que o lugar que a família ocupa no CAPS é o segundo lugar, depois do usuário, segundo os depoimentos a seguir.

[...] penso que seria em tripé, o CAPS, os funcionários do CAPS, [...] ele e a família. Que sem isso o paciente não vai ter um apoio para continuar, assim como nós profissionais a parte da família é de extrema importância, quem caminharia junto com nós no tratamento dele, no acompanhamento é a família e sem ela é um pouco complicado. (CRAVO).

Ter a família como centralidade para as ações, considerando-a como o “segundo lugar” após o usuário ou a usuária é identificar que a matricialidade sociofamiliar compõe a prática profissional das/dos Assistentes Sociais nestes CAPS. É também reconhecer que as vulnerabilidades presentes em nossa sociedade incidem sobre as famílias, acentuando suas fragilidades, bem como, suas contradições, e além disso, influenciando diretamente no potencial de cuidado que elas podem ofertar. Desta forma, é fundamental fortalecer com as famílias esta centralidade “como espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida” (BRASIL, 2004, p.41).

Uma das entrevistadas destaca que no CAPS infantil o protagonismo da família no cuidado é maior, conforme o depoimento a seguir.

[...] no CAPS infantil é o maior, porque é o parceiro mais importante de estar vinculado. E eu acho que também seria no CAPS adulto, só que a dificuldade é bem maior. (DALIA).

O depoimento de Dália traz à tona a discussão sobre o protagonismo familiar junto no cuidado às crianças, diferente do contexto dos adultos nestes CAPS. No contexto das políticas de atenção à criança e aos adolescentes construiu-se ao longo de décadas um aparato legal substancial para a defesa dos direitos, sendo que talvez ainda tenhamos que alcançar a discussão sobre os direitos humanos, vinculada à saúde mental para a defesa do protagonismo familiar no cuidado com o adulto.

A participante Tulipa reitera essa situação ao expressar que “[a família] teria que ocupar a mesma posição que a equipe ocupa num tratamento, junto. De protagonista também. Na minha posição sim, na prática nem sempre funciona”. Pensar a pessoa que sofre a partir de seu contexto, é pensar também uma família que diante das vulnerabilidades e de sua capacidade de resiliência tem buscado oferecer o cuidado ao seu familiar que sofre e que está na condição de usuário ou usuária destes CAPS.

A integralidade se caracteriza como um dispositivo legal e institucional, permeado por valores ético-políticos que têm como maior expressão humana o cuidado, destacando a real capacidade que temos, enquanto sujeitos políticos, de pensar sobre nossas ações enquanto profissionais de saúde (PINHEIRO et al, 2007). Essa leitura de mundo se faz necessária, do lugar que ocupamos enquanto profissionais de saúde, para estreitar a relação entre teoria e prática, oportunizando uma transformação nas relações estabelecidas no cenário de prática.

Nesta concepção, a partir das falas das participantes, identifica-se que por vezes, a família é compreendida como uma “parceira” da equipe técnica ao ponto de ser considerada como parte integrante desta equipe, quando o usuário ou usuária está na residência, conforme as falas a seguir:

[...] Porque a gente sabe que durante o tratamento da dependência [química] se o familiar não estiver presente é muito mais difícil. E tem familiar que faz tudo errado [risos]. Em vez de ajudar só estraga... (GAZANIA).

[...] não quero que essa família apenas medique esse paciente, que ele durma o resto do período que ele fica em casa. Eu preciso que essa família entenda que ele precisa ter vida e vida ativa. (ROSA).

O compartilhamento de responsabilidades é condição fundamental para a inserção da família no cuidado, oportunizando a construção da integralidade, a partir da lógica de reabilitação psicossocial que o CAPS propõe que a relação família-serviço deve apoiar-se na desconstrução da ideia de solidão para o exercício do cuidado. É preciso promover a integração da família no CAPS também como aquela que precisa ser cuidada, e, além disso “é exigido um olhar ampliado para todos os recursos encontrados nela própria e na sua rede social” (SCHRANK et al, 2008, p.24).

É necessário problematizar a idealização de um modelo de intervenção familiar, igualando a família à equipe técnica, pois assim são desconsideradas as fragilidades dos familiares cuidadores e suas especificidades. Neste contexto é difícil pensar o cuidado para quem cuida, e, se as famílias agirem contrariamente às orientações profissionais, buscando seus recursos internos para o cuidado, podem ser consideradas como famílias que fazem “tudo errado”.

Ainda sobre o debate da lógica da integralidade, participantes desta pesquisa expressam que a família é o grupo social que mais convive com o usuário ou usuária e reconhecem que também precisam de atenção, conforme os depoimentos a seguir.

[...] a gente percebe que a família, ela precisa desse apoio. Muitas vezes só uma orientação, de entender o problema, “mais o que eu faço?”, chega aqui “meu Deus o que eu faço”, e é só de tu está conversando está dando uma saída [...] Já faz a diferença, faz com que eles entendam o problema que está passando o familiar, muitos não entendem, não sabem lidar com isso [...]. (GAZANIA).

[...] É estabilizar a questão do paciente, inseri-lo dentro da família, trabalhar essa família para como que ela vai lidar com esse paciente. Que se para nós trabalhadores lidar com a psiquiatria é difícil, para família que não tem preparo nenhum, então é um desafio muito

maior. Então é capacitar realmente essa família para como que ela vai lidar com esse processo de saúde-doença do paciente psiquiátrico. (ROSA).

Pensar o cuidado como componente do processo de trabalho, na lógica da integralidade, é ampliar o olhar para as pessoas que estão em volta dos usuários e das usuárias.

O sofrimento de uma pessoa, integrante de uma família, faz com que todas as pessoas deste mesmo grupo social também sofram. A convivência que é exercida na família produz a sobrecarga dos familiares que exercem o cuidado, assim essa realidade é refletida na qualidade de vida de todos os membros desta família, indicando “a necessidade de cuidado específico do próprio cuidador, em consequência do seu estado de saúde” (GOMES et al, 2018, p.05).

No processo de atendimento psicossocial realizado no CAPS o cuidado com o usuário ou a usuária se materializa a partir de diversos profissionais e intervenções bem delimitadas, no entanto, intervir, acolher e escutar as pessoas que também sofrem diante do sofrimento da “pessoa principal” deste processo, que é o usuário ou usuária, é fundamental. Esta iniciativa oportuniza a construção de autonomia e da continuidade dos cuidados que substituem a intervenção manicomial.

Desta forma, mais do que considerar a família como um tentáculo da equipe dentro dos domicílios, é preciso compreender que esta família tem recursos próprios para o cuidado, além da necessidade de ser cuidada. A relação de cuidado deveria ser sempre dialógica, a qual prevê trocas, aprendizados mútuos. Assim, compreende-se que não reconhecer as diferentes formas de cuidado que as famílias exercem com os usuários e as usuárias é uma postura que desconsidera a possibilidade de construção de um diálogo.

2.3 Invisibilidade das influências culturais no modo de cuidar exercidos pela família reforçam a medicalização da vida e o familismo

Questionou-se as/o profissionais se percebiam influência de questões culturais das famílias no modo de exercer o cuidado com os usuários e usuárias destes CAPS, e tem-se o relato a seguir:

É mais raro, é bem mais raro [...] a grande maioria atendida aqui é de uma forma social mais baixa, mas não é uma coisa só de classe social baixa. Essa questão de entendimento e ignorância, não é burrice, é de ignorar algo, a gente nota bastante entre os pacientes que tem uma situação financeira melhor [...] porque tem uma negação muito grande também, [...] quando perguntamos na parte do desenvolvimento que eles falam assim, ‘ai desde pequeno’, só que [...] agora está com 13 anos agora que veio pra cá, mais desde pequeno viu. Pai que hoje também falou assim ‘sabe noto que é culpa minha, porque já faz anos que eu vejo que minha filha tinha alguns comportamentos e agora nos últimos anos ela estava reclamando muito de dor de cabeça’, são coisas que é a questão do olhar, e hoje em dia com a questão da cobrança, um trabalho, essa questão do ter, essa pessoa não tem mais onde ir, dar aquele olhar diferenciado [...] computador, telefone, as pessoas não tão convivendo mais, ai fica mais difícil de enxergar, mas quando a gente pergunta, eles conseguem ver mais, a verdade é uma coisa que já viam antes, só que não buscaram. (DALIA).

A fala de Dália explicita o conflito entre uma visão biomédica e o cuidado cultural familiar. O pai percebe que a filha é “diferente”, mas encontra conforto quando o CAPS diagnostica. O fato de ter o diagnóstico pode ofertar melhor o cuidado? O “diferente” encaixado no diagnóstico, é o “igual” no contexto familiar?

Ela relata que os indícios de sofrimento na idade seguida após a infância, não são valorizados pelas famílias, mas destaca que esta realidade não tem vinculação com grau de instrução ou de renda e reforça a influência capitalista na vida das pessoas para a individualização contra o convívio social e a ausência de participação familiar no desenvolvimento da vida dos filhos e filhas.

Aliada ao foco no diagnóstico caminha o discurso da medicalização da vida, ofertamos a reflexão sobre a observação de uma atividade com familiares:

O grupo é todo focado na discussão sobre medicação. Nos casos de discriminação na escola, por exemplo, são focados no aumento ou diminuição da medicação e não no diálogo para superação desta condição. A práxis da assistente social ainda é prescritiva, mas oscilando com fases de escuta e de acolhimento. A fala ainda é centrada na medicação e no esclarecimento de dúvidas. Quando os familiares expõem ao grupo suas angústias constrói-se um silêncio e muda-se a rota da conversa. Percebe-se que talvez ninguém saiba ali o que fazer com o sofrimento do outro. (Observação de atividade: grupo com familiares – registro em diário de campo).

Investir toda a capacidade técnica e as energias no diagnóstico e no medicamento é construir uma métrica a ser seguida. Esta atitude rompe qualquer possibilidade de diálogo, ou seja, eu não preciso ouvir o outro, visto que, diante de um diagnóstico “alguém” me dirá como cuidar desta pessoa.

Ainda neste contexto dos diagnósticos tem-se o depoimento a seguir:

Porque a família às vezes demorou tanto para perceber, às vezes desencadeia os sintomas na verdade já era uma criança que deveria ser tratada na infância, e eles foram tratar na vida adulta. Não, a família às vezes não tem esta orientação. As vezes acha que ele era nervoso, que ele era irritado, que ele era uma criança que gostava de ficar sozinha tudo bem, isolada, e isso foi se desenvolvendo ao longo da infância e da adolescência, agora que a família começa a entender o porquê desses comportamentos, mais na época ela não entendia. Então, muitas vezes ela demorou tanto tempo para pedir ajuda, onde acaba desencadeando as psicoses, os surtos, a esquizofrenia e aí ela já tinha alguns sintomas. (TULIPA).

A fala de Tulipa endossa a fala de Dália na questão da identificação dos sintomas de forma precoce por parte da família, em que os comportamentos humanos tendem a ser encaixados nos diagnósticos da modernidade. Para tudo temos um Código Internacional de Doenças (CID) à disposição. É incipiente a percepção histórico-cultural da vida destas famílias, da vinculação do sofrimento com o contexto onde a pessoa está inserida. Descontextualiza seus modos de viver, seu conceito de saúde e de doença, e então impõem a responsabilidade de que não observaram o suficiente para “prevenir” os agravos sobre o sofrimento, reforçando a culpabilização das famílias. Não questionam, por exemplo, porque o

desenvolvimento neuropsicomotor também não foi acompanhado por profissionais de saúde durante a primeira infância, nas consultas de puerpério, que deveriam acontecer por meio de distintos profissionais?

Este processo de culpabilização aproxima-se do conceito de familismo, que se expressa a partir da máxima designação de obrigações à unidade familiar (ALVES et al, 2015). Desta forma, a família é responsabilizada pelas provisões aos cidadãos (aos integrantes das famílias), eximindo o Estado de suas responsabilidades. Atualmente, as políticas sociais passaram a se estruturar em um circuito familista, onde existem momentos complexos e inter-relacionados que ofertam ao Estado a possibilidade de manobrar a sua participação e responsabilidade na execução das políticas públicas, ora compartilhando as suas responsabilidades, ora sendo omissos, ora transferindo suas responsabilidades às famílias, solicitando capacidade de atendimento às necessidades básicas dos cidadãos e de enfrentamento às vulnerabilidades (SANTOS et al, 2016, p.39).

Assim, é possível constatar a existência de fragilidades na identificação da cultura do modo de cuidar, bem como é latente uma hipervalorização dos diagnósticos. Ainda é inexistente que o reconhecimento, embora fragilizado da cultura familiar, se faça presente no exercício do cuidado e na relação entre Assistentes Sociais e familiares, este cenário favorece uma postura manicomial, e, por conseguinte, biomédica, frente ao atendimento às famílias dos usuários e usuárias nos CAPS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados discutidos destacam que a cultura está presente na vida das famílias, sendo reconhecida a sua importância no processo de trabalho das/dos Assistentes Sociais, bem como, é manifestada preocupação em identificá-la. No entanto, a cultura se mantém no espaço do reconhecimento, não está inserida no cuidado.

Ainda é latente na prática profissional das/dos participantes da pesquisa as falas prescritivas, a hipervalorização dos diagnósticos e da medicalização da vida. Favorecendo assim um cenário para as práticas manicomiais e ausência de um agir educativo-comunicativo, onde os preceitos da RP se fariam presentes. Além disso, os achados da pesquisa apontam para o não estabelecimento de relações horizontais para o diálogo, mas destacam a importância da família e das parcerias possíveis para o processo de reabilitação psicossocial.

O cenário é propício para fomentar movimentos de educação permanente em saúde mental, no qual a RP pode ser potencializada na prática cotidiana dos CAPS, fortalecendo esse espaço sócio-ocupacional como um espaço efetivamente substitutivo ao manicomial, como um espaço com potencial de vida, vínculo, liberdade, cultura e autonomia.

REFERÊNCIAS

- ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T. O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 208-220, 2015.
- AMARANTE, P. et al. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):2067-2074, 2018.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 5ª reimpressão, 2010.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. Brasília: 2004.
- CARDOZO, P. S. et al. Agir educativo-comunicativo na relação de assistentes sociais com familiares e usuários: a integralidade no cuidado em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, 2019; p.160-73.
- FARIA, R. M, et al. **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. Espaço Geográfico em Análise. Curitiba. 2009; 17:31-41.
- FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 40ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra; 2017.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 56ed. São Paulo: Paz e Terra; 2018.
- GOMES, M.L.P, et al Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Revista Psicologia e Saúde**. 2018; 10(1):3-17, 2018.
- HABERMAS, J. **Teoria do agir comunicativo: racionalidade da ação e racionalização social**. v. I. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2012.
- LIMA, C. A. **O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e a reinvenção do lugar de cuidado em saúde mental: contribuições e perspectivas para o serviço social**. Dissertação. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2015. 132p.
- MATOS, R.K.S, et al. Projeto Terapêutico Singular no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). **Revista Intercâmbio**, 2017, IX: 111-30.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- MIOTO, R. C. Família, trabalho com famílias e Serviço Social. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 2, p. 163-176, 2010.
- MOTOOKA, F.R, et al Os processos de institucionalização da diferença versus o problema da identidade. **Caderno PAIC**. 2015; 16(1):555-570.
- NETTO, J. P. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.
- NISHIDE, A.C.B. **O protagonismo familiar de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Toledo – PR**. Dissertação. Toledo: Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE; 2016. 222p.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PANOZZO, V. M. **O trabalho dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região metropolitana de Porto Alegre.** Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009. 189p.

PINHEIRO, R. et al. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. In: **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** 2007. p. 401-401.

SANTOS, Q. et al. Os serviços de saúde mental na reforma psiquiátrica brasileira sob a ótica familiar: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental: UFRJ:** online, 2016.

SOUZA, Leidiany Melo; BRANDÃO, Viviane Bernadeth Gandra. Serviço Social e saúde mental: reflexões sobre a atuação do assistente social frente a pessoa com transtorno mental e sua família. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, v. 3, n. 2, p. 99-112, 2019.

SCHRANK, G. et al. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2008; 42(1):127-34.

SILVA, P. S. **A intervenção do assistente social na Saúde Mental: A experiência dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS Juiz de Fora-MG.** Dissertação Mestrado em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012

TUON, R. E. A. **A inserção e atuação do assistente social nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas-Capsad.** Dissertação Mestrado em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2011.

Contribuições dos autores:

Priscila Schacht Cardozo - desenhou o estudo, coletou e analisou os dados, redigiu o manuscrito.

Fabiane Ferraz - orientou a realização do estudo, fez revisão crítica e científica do trabalho.

Jacks Soratto - colaborou na revisão crítica e científica do estudo.
