



Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades.

Sub-eixo: Relações Patriarcais de gênero e raça.

FAMÍLIAS E SUAS MULTIDIMENSÕES DE PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE MENTAL: REFLETINDO SOBRE RELAÇÕES DE GÊNERO, CLASSE, RAÇA E GERAÇÕES

CAMILA OLIVEIRA CARVALHO¹

Resumo: A pesquisa tem como escopo problematizar e contextualizar de maneira teórico-crítica as multidimensões da participação das famílias no campo da atenção psicossocial, apontando outros elementos que estão imbricados nessas instituições, as famílias: relações sociais, desigualdades, relações de classe, gênero, raça e diferentes gerações. A metodologia elegida é a revisão bibliográfica correspondente aos temas: família, saúde mental, gênero, raça/etnia e cuidado, de acordo com o levantamento prévio de livros, artigos e textos que abordam esses assuntos, separadamente ou em conjunto. Além disso, vislumbrar possibilidades para que o Serviço Social, com suas especificidades, possa contribuir à construção do saber interdisciplinar nesse campo.

Palavras-chave: Família; gênero; raça; cuidados; saúde mental.

Abstract: The research aims to problematize and contextualize in a theoretical-critical way the multidimensions of family participation in the study area of psychosocial attention, pointing out other elements that are interwoven in these institutions, families: social relations, differences, class relations, gender, race and different generations. The chosen methodology is the bibliographic review corresponding to the themes: family, mental health, gender, race / ethnicity and care, according to the previous collection of books, articles and texts that approach these subjects separately or together. In addition, to glimpse possibilities so that the Social Work, with its specifics, can contribute to the construction of interdisciplinary knowledge in this area.

Keywords: Families; gender; race; care; mental health.

I - INTRODUÇÃO: INQUIETAÇÕES QUE CONVOCAM ÀS REFLEXÕES

Família é um tema amplo e complexo de se abordar, pois há variáveis a se considerar, tais como: suas inúmeras configurações; ser atravessada por questões de classe, gênero, raça/etnia, fatores geracionais; por ser relação social, e ao mesmo tempo ser singular, já que é composta por sujeitos, dotados de subjetividade, mas que também se constituem enquanto ser social²; dessa

¹ Profissional de Serviço Social. Caps III Torquato Neto. E-mail: <camilaoliveiraseso@gmail.com>.

² Cabe aqui esclarecer que utilizarei o conceito de ser social para me referir aos indivíduos. Destacando o entendimento de Passos (2016) de que é preciso não afirmar um olhar que reforce o masculino ao se tratar do humano genérico, o elevando ainda mais como universal, já que as relações sociais e a divisão social e sexual do trabalho impõem diferenças entre os homens e mulheres que precisam ser consideradas.

forma, a família é por essência dialética. Ou seja, é preciso entender família enquanto relação social e, na maioria das vezes, como a primeira instituição que o ser social experimenta. Nela se reproduz a totalidade do processo social, de determinado modo de vida e de trabalho, que é atravessado pela história de seu tempo, em toda a sua complexidade, - imbricadas naquele contexto familiar, que mesmo sendo único e singular, é envolvido pelo cotidiano da vida em sociedade.

Aqui já se torna necessário explicitar que não é possível criar um conceito ou uma definição única de família ou de famílias, pois isso implicaria em um reducionismo que não daria conta de suas múltiplas formas e dos processos sociais aos quais estão submetidas. Mesmo assim, cabe ressaltar que as famílias se constituem também como relações afetivas, muitas vezes para além de laços consanguíneos, extrapolando o modelo nuclear burguês – que se tomou como base de estudos e intervenção sobre a temática, principalmente a partir do final do século XIX e ao longo do século XX.

No que tange as famílias de pessoas com transtorno mental, é possível afirmar que as mesmas não fogem as regras supracitadas: são múltiplas, são singulares e são atravessadas pela reprodução das relações sociais em curso de seu tempo histórico. A autoimagem e a imagem externa que se produz em relação a essas famílias também são diversas, o que se constituiu no imaginário social e no campo das ciências são entendimentos diversificados, que se alteraram de acordo com o movimento histórico, podendo transformá-las totalmente ou atualizar visões anteriores que se complexificam.

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro, a partir de final dos anos de 1970, inspirado no modelo italiano basagliano, por exemplo, propôs a revisão teórica, técnica-operativa e metodológica das formas de cuidado e organização da saúde mental, a partir da lógica de rompimento com o modelo asilar e o entendimento da necessidade de reconstrução dos laços sociais e familiares, produção de autonomia e promoção de cidadania dos usuários. Esse movimento culmina no redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e, conseqüentemente, provoca alterações no entendimento do lugar que cada ator social, envolvido no campo, passa a ocupar, sejam eles: usuários, familiares, profissionais e a própria sociedade brasileira.

Anteriormente a esse movimento, o que se tinha em termos de tratamento era o reforço a lógica do isolamento social em instituições psiquiátricas manicomiais. Essa lógica permaneceu sem alterações, com pouco ou nenhum questionamento, até o final da década de 1970 no Brasil, já que o isolamento era visto como uma forma de curar a loucura. Assim, excluía-se a participação familiar da vida daqueles sujeitos.

Com a Reforma Psiquiátrica em curso nos anos 80, em meio ao processo de redemocratização do Brasil, as transformações no entendimento da loucura e sobre suas novas possibilidades de cuidado de base territorial e comunitária buscavam a recuperação da cidadania daqueles indivíduos e a desinstitucionalização dos mesmos, que contou, muitas vezes, com a reinserção familiar como estratégia de reintegração social associada à vinculação em serviços de saúde mental no território. Assim, esse movimento tornou-se potente para reconfigurar o lugar das famílias no tratamento de pessoas com transtorno mental: elas são reconhecidas pela legislação vigente como parceiras do cuidado.

Porém, existem multidimensões da participação das famílias nesse processo, sendo o desvendar dessas, o objetivo principal dessa pesquisa, considerando os fatores históricos intrínsecos a essas relações familiares. Pois, o entendimento sobre essas, suas diversas configurações e de que formas elas poderão ser participantes nos dispositivos de saúde mental, ainda não são consensos entre os profissionais que atuam na área.

Ainda hoje, esse entendimento pode sofrer influência dos conceitos enraizados na origem dos saberes “psis”, trazendo desafios e questões para as equipes de saúde mental sobre sua relação com os familiares/cuidadores dos usuários e seu lugar no tratamento dos mesmos. Além disso, muitas vezes a complexidade social que atravessa a vida dos sujeitos e seus familiares (fatores socioeconômicos, políticos, culturais e outros) são pouco valorizados no que diz respeito ao tratamento daqueles sujeitos e isso se amplia quando se trata do cuidado dispensado as famílias, sendo priorizadas as intervenções sobre indivíduos com transtorno mental a partir de uma subjetividade que pouco considera as trocas deles nas relações sociais coletivas e singulares, onde as famílias se situam.

Aqui levantamos como hipótese que essa dificuldade de realizar intervenções que contemplem essas relações esteja vinculada à forma como esses profissionais ainda entendem as famílias como objeto e recurso para o tratamento, cuja posição é tomada como subsidiária ao cuidado. A segunda hipótese é que a clínica da saúde mental ainda pouco considera o recorte de gênero, raça e geração na atenção às famílias, o que é complexificado pela ausência de outras políticas sociais públicas diversas, que complementem a atenção psicossocial e o desafio que ainda se coloca para esse campo em termos de articulações intersetoriais.

Sendo assim, os estudos das temáticas supracitadas para o campo da saúde mental são de suma relevância, como forma de avançar no sentido de efetivar os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e qualificar a atenção psicossocial, principalmente considerando a ofensiva da agenda neoliberal e os riscos que ela impõe às famílias ao recrudescer o lugar de provedora do cuidado.

A partir da experiência na residência multiprofissional em saúde mental realizada na rede de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro, no período de março de 2016 a fevereiro de 2018, nas áreas programáticas 3.1, 3.2 e 3.3. E, a partir do mirante da graduação em Serviço Social, atuando como profissional em um Centro de Atenção Psicossocial III da área, durante o ano de 2018, foi possível observar alguns desses apontamentos aqui descritos, e levantar questões e reflexões para a consecução de uma clínica ampliada na saúde mental.

Para embasar essa pesquisa qualitativa, utilizaremos como metodologia a revisão bibliográfica correspondente aos temas: família, saúde mental, gênero, raça/etnia e cuidado, de acordo com o levantamento prévio de livros, artigos e textos que abordam esses assuntos, separadamente ou em conjunto, assim como a experiência enquanto residente da rede de saúde mental desse município e como profissional de um CAPS III.

II - AS CONCEPÇÕES DE FAMÍLIAS NO CAMPO “PSI”, ORIGENS E O QUE SE DEVE CONSIDERAR SOBRE A TEMÁTICA PARA AMPLIAÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A partir de um breve percurso histórico-analítico sobre as multidimensões da atenção psicossocial às famílias no campo da saúde mental, para trazer a luz as questões que as atravessam e se imbricam nessas instituições, como: expressões da questão social, relações sociais, desigualdades de classe, gênero, raça/etnia e elementos geracionais, se dará a análise que é fundamental para avançar no que diz respeito a atenção psicossocial de usuários e familiares, na direção da continuidade da luta antimanicomial preconizada pela Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil.

Sendo assim, é fundamental entender a complexidade do lugar da família na saúde mental, a partir dos conhecimentos originados no campo “psi”, considerando, conforme Rosa (2003), as diversas fases históricas atravessadas por esse, desde sua origem, e compreender quais fatos se mantem, quais se diferenciam e quais se complexificam. Atravessando, principalmente, os entendimentos em relação as famílias como culpabilizadas e patologizadas, passando pela influência da interpretação da psicanálise, da antipsiquiatria, das terapias familiares até a perspectiva basagliana e a redenção das famílias.³

É importante dizer que a relação familiar com a pessoa com transtorno mental é histórica e complexa, que os entendimentos sociais sobre tal, sofreram alterações de acordo com o sistema sociopolítico cultural e econômico de cada época. Assim, é necessário realizar resgate desses entendimentos desde as sociedades pré-capitalistas, em que a loucura era vista como algo pertencente somente ao âmbito familiar e se essa família não existisse, tornava-se uma questão de Estado. No século XX a loucura passa a ser relacionada com a forma com que as famílias se constituem e se relacionam, seus componentes passam a ser culpabilizados pelo adoecimento psíquico de seus membros e a consequência dessas culpabilizações era o afastamento da pessoa com transtorno do convívio e ambiente familiar. (SANTIN; KAFKE, 2011).

É importante destacar que as intervenções profissionais com as famílias de pessoas com transtorno mental se deram, inúmeras vezes, numa perspectiva de controle social⁴, de educação das massas e adequação dessas ao que era considerado na época como apropriado, principalmente nas fases históricas em que o funcionalismo, o positivismo, o estruturalismo e o idealismo influenciaram direta ou indiretamente o pensamento dos precursores desses saberes, seja no Movimento de Higiene Mental, seja na psiquiatria social, seja na psicanálise, trazendo implicações desses entendimentos até os dias atuais.

³ Para maior aprofundamento nessas fases da construção do saber “psis” relacionados as famílias ler Rosa (2003), capítulo 1.

⁴ Aqui temos um conceito de controle social diferente do exposto anteriormente: Entende-se, aqui, por controle social, nos termos de Carvalho (1980), os mecanismos criados pela burguesia ou pelo Estado para manter a classe trabalhadora sob controle, tais mecanismos vão de intensificação de medidas repressivas à concessão de alguns benefícios e a partir de implementação de políticas públicas para enfraquecer movimentos de resistência e organizações da classe trabalhadora, desarticulando-as na perspectiva de impedir que elas representassem ameaça aos interesses das classes dominantes ou propusessem alterações no modelo societário vigente à época.

Reforçando assim, regras normalizadoras e moralizantes, culpabilizando aqueles que se desviassem da normalidade, considerando os mesmos como patológicos por serem diferentes, surgindo aí os entendimentos sobre o adoecimento mental e sobre o isolamento como uma forma de curar a loucura, já que o problema se concentrava nas dificuldades desses sujeitos adoecidos de estarem em relação com as famílias e com a sociedade em geral.

Assim, é preciso superar os entendimentos enraizados na origem dos saberes “psis” que culpabilizam ou patologizam as famílias, no que diz respeito ao aparecimento ou agravamento dos transtornos mentais. Pois, esses entendimentos não consideram a reconfiguração da participação familiar no cuidado⁵ que é afirmada pela Reforma Psiquiátrica. Reatualizando manejos na prática cotidiana, muitas vezes, culpabilizadores ou patologizadores, reforçando estereótipos que se baseiam em entendimentos morais⁶, arraigados no senso comum, em relação a essas famílias. Contribuindo assim, muitas vezes, para o isolamento do usuário ou para o aumento das rivalidades entre equipes e familiares/cuidadores ao invés de fomentar parceria entre eles, o que pode culminar no abandono dessas famílias a pessoa com transtorno mental, reforçando o modelo manicomial no imaginário social, ao invés de contribuir para sua extinção.

Sobre a reconfiguração da participação e do entendimento em relação as famílias na saúde mental, a partir dos princípios e legislações afirmadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, é importante ressaltar o que o Ministério da Saúde coloca como diretriz fundamental:

Um dos objetivos dos CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho de CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. (BRASIL, 2004, p. 29).

Essa citação demonstra de forma clara o redimensionamento da participação familiar no tratamento de pessoas com transtorno mental. Nela é possível observar a orientação de que os familiares sejam considerados parceiros, mas também integrantes ativos dos dispositivos, podendo inclusive serem considerados como protagonistas dos mesmos, ou seja, serem sujeito de cuidado nesses dispositivos, compondo também espaços políticos de controle

⁵ Trataremos da dimensão de cuidado no campo da atenção psicossocial de forma mais aprofundada no item dois desse trabalho.

⁶ Sobre os entendimentos morais é preciso destacar que: “A moral se estrutura através de **princípios e valores universais abstratos** apropriados pelos indivíduos em cada formação social concreta e situação histórica determinada de forma a ser materializados, de modo particular, em suas ações práticas. São princípios e valores *ontologicamente objetivos*, pois referem-se a valores genéricos que são produtos históricos de conquistas teórico-práticas do ser social, ao longo de seu desenvolvimento. Portanto, sua *objetividade* decorre do fato de pertencerem à história dos homens; eles *só se tornaram abstratos em determinadas circunstâncias sociais*. Sendo assim, o critério para sua realização ou não realização é dado objetivamente pelo movimento extensivo e intensivo de construção e desvalorização dos valores na história. Vários princípios morais, como o de ser honesto ou de não matar, por exemplo, funcionam como normas universais ao longo da história. A maioria tem origem em princípios religiosos e são conservados pela tradição, objetivando-se de diversas formas, em diferentes culturas e tempos históricos.” (BARROCO, 2010, p. 69, grifo do autor)

social⁷, dentro e fora desses, e participando diretamente do cotidiano e atividades. “Assim, a família torna-se usuária dos serviços e, ao mesmo tempo, aliada no processo da produção de cuidado.” (DUARTE, 2013, p. 79).

Quanto a imagem construída por estes profissionais em relação as famílias durante o curso histórico de tratamento dispensado a pessoas com transtornos mentais, essa se baseia no modelo de família nuclear burguesa – que foi disseminado no mundo, principalmente a partir do pós-guerra, período de reconstrução societária em geral – como um modelo que deveria orientar a formação familiar de todas as classes sociais, baseado no patriarcado⁸ disseminado pela burguesia da época, em que o modelo familiar era composto por pai (chefe da família), mãe (subordinada ao marido) e filhos.

Porém, esse modelo não se efetivou de fato como orientador da construção familiar em todas as classes, principalmente nos seguimentos da sociedade mais distantes economicamente das elites burguesas. De acordo com Rosa (2003), sofreu resistência dos demais grupos sociais e só foi incorporado de forma massiva, por parte da classe trabalhadora, a partir do século XX, nos países de Primeiro Mundo, a começar da ação estatal, com o Welfare State.

Aqui cabem alguns apontamentos importantes, pois o que percebemos hoje no Brasil é que o modelo de família nuclear burguesa, apesar de seu espraiamento a partir do pós-guerra e de ter sido incorporado por parte da classe trabalhadora, ele não é hoje o modelo hegemônico de família que se perpetuou no país, principalmente nas famílias de rendas médias e pobres, principais usuárias dos serviços públicos de saúde, incluindo os serviços substitutivos da rede de atenção psicossocial (RAPS).

[...]

Assim, o tipo mais frequente dentre as famílias conviventes é aquele formado pelas monoparentais femininas (53,5%). Tais famílias são, na sua maioria, conforme mencionado anteriormente, formadas por parentes da família principal, ou seja, 98,6%. (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010, p. 65)

Isso quer dizer que são necessárias outras teorias sociais, que extrapolem os aspectos intrapsíquicos e a família nuclear, considerando as condições históricas e outros fatores objetivos relacionados a sociabilidade que influenciam a construção social e o convívio dessas famílias, para se articular com os saberes “psis” e tencionar alguns de seus entendimentos sobre a temática.

⁷ Entende-se por controle social os mecanismos descritos na legislação brasileira, a partir da Constituição Federal de 1988, de participação da sociedade civil na administração pública e fiscalização da mesma, as diversas formas de controle social remetem a ampliação da democracia representativa brasileira, sendo tais mecanismos os meios de participação direta da sociedade no que diz respeito a criação, implementação e avaliação das políticas sociais públicas.

⁸ O Patriarcado contempla relações sociais que reforçam a dominação de homens sobre as mulheres, através da hierarquização dos primeiros sobre as segundas no que tange, principalmente, a direitos políticos, civis e sociais. Ele está na base da divisão sexual do trabalho, o que se complexifica com a expansão do modelo de família nuclear burguesa na sociedade capitalista, trazendo impactos diretos para as expressões da questão social que envolvem as mulheres e reforçando o lugar do homem, em múltiplos contextos, como o senhor da casa, o provedor da família, aquele a quem as mulheres devem obediência, mantendo-as no lugar de subserviência em relação a este, restringindo-as a executar funções domésticas e/ou de cuidadora da casa e dos filhos. Assim, o Patriarcado representa o sistema opressor de mulheres, que até hoje reflete no senso comum sobre o lugar social que a mesma deve ocupar nessa sociedade.

Aqui é preciso destacar que é fundamental para o tratamento dos usuários desse campo a apreensão de saberes, que contemplem a subjetividade dos seres sociais, as valorizem e trabalhem a partir dela através da escuta e, não podemos negar os avanços que a psicologia e a psiquiatria desenvolveram em termos de manejo nesse sentido. Mas, para ampliação da atenção psicossocial e para efetivação, de fato, da Reforma Psiquiátrica brasileira inspirada no modelo italiano, encabeçadas por Basaglia e Rotelli, é preciso avançar em outras frentes e, sendo fundamental fomentar o diálogo e os tensionamentos com outros saberes, já que entendemos o ser social enquanto ser complexo e a perspectiva interdisciplinar como estratégia de ampliação de cuidado nesse campo.

A partir desse tensionamento, propondo o rompimento com entendimentos da família somente como recurso, lugar de convivência para os sujeitos em tratamento, como sofredora ou provedora de cuidado, a família passa a ser entendida como sujeito, sujeito da ação: sujeito coletivo, ator político que se organiza em associações específicas, também como sujeito avaliador dos serviços e sujeito construtor de cidadania para si e para a pessoa com transtorno mental. (ROSA, 2003)

III – FAMÍLIAS E CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: REFLETINDO SOBRE AS RELAÇÕES DE GÊNERO, CLASSE, RAÇA E GERAÇÕES

Para compreender as famílias e suas múltiplas formas de configuração é preciso considerar os fatores singulares que as originaram, suas relações de afetividade e confiança e como o cuidado é compartilhado por seus atores, mas também levar em consideração as diferentes formas de expressões da questão social que as atravessam, não só para qualificar a imagem que se fará desse grupo social, mas também para apontar possíveis caminhos de se trabalhar em parceria com elas, no que diz respeito ao cotidiano do cuidado em saúde mental.

Aqui é preciso destacar que a conceituação de cuidado que utilizaremos como base necessária à atenção psicossocial antimanicomial dos dias atuais dialoga e ratifica o entendimento de Passos (2016: 282) quando esta chama atenção para a necessidade de compreender e definir o cuidado a partir da análise do materialismo histórico dialético, para darmos conta também da complexidade que o envolve e para, de fato, efetivá-lo, principalmente no que se refere a observar as opressões reproduzidas no cotidiano, essencialmente em relação as questões de gênero e suas consequências para as mulheres cuidadoras em nossa sociedade:

[...] localizando o cuidado, no cenário contemporâneo, enquanto trabalho e que possui o intuito de auxiliar na satisfação das necessidades primárias de indivíduos que se encontram incapacitados para realiza-las em determinados períodos e/ou por toda a vida. Além disso, é na reprodução social que localizamos o trabalho do cuidado, compreendendo-o enquanto resultado do desenvolvimento das necessidades do ser social que são consequências do processo de sociabilidade.

As formas de cuidado já passaram por múltiplos entendimentos, desde a tutela dos usuários, seja por seus familiares, seja pelas instituições manicomiais, até a construção de autonomia, seja ela relativa ou ampliada ao

máximo, levando em consideração as possibilidades singulares de cada sujeito, a partir do resgate do entendimento desses enquanto cidadãos dotados de liberdade, trazido pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Freitas; Braga; Barros (2013) afirmam que para pensar famílias na sociedade contemporânea é preciso se ter a dimensão de que vivemos em um mundo cada vez mais globalizado, onde a reestruturação do trabalho e a retração do Estado na área social são realidades com as quais temos que lidar, e essas têm impactos profundos nas famílias, como menor tempo de convivência entre os seus membros; trabalho intermitente e desemprego estrutural, aumentando dos fluxos migratórios; subfinanciamento e aumento das barreiras de acesso às políticas sociais públicas, territórios com diferentes formas de violência e outros.

Nesse contexto, o cuidado de pessoas com deficiência, com transtorno mental, idosos, crianças e qualquer outro ser social considerado incapacitado para o trabalho, permanente ou momentaneamente, ou, dependente de cuidado de alguma forma na sociedade brasileira, recai fundamentalmente sobre essas famílias, que já se encontram com dificuldades de acesso aos direitos sociais. Porém, elas não podem responder sozinhas por essa expectativa. É dever do Estado, através da criação e implantação de políticas sociais públicas possibilitar formas de apoio a elas, assim como também é dever da sociedade em geral cuidar dessas pessoas, seja pressionando o Estado para criação de novas políticas sociais, seja fiscalizando as já existentes, seja apoiando de forma relacional tais sujeitos em seus territórios como rede de suporte.

Entretanto, o que observamos no contexto atual é o recrudescimento do lugar da família no provisionamento de cuidado, associado ao enxugamento e precarização das políticas sociais e a massificação no senso comum de valores individualistas e desresponsabilizados em relação ao cuidado coletivo comunitário, deixando estes a cargo da caridade e/ou da filantropia, o que remete, novamente, a formas de tratamento isolacionistas, seja no âmbito familiar ou fora dele, contribuindo hoje para o surgimento e ampliação de comunidades terapêuticas e reforçando o manicômio⁹ ao invés de superá-lo.

Registra-se que, em meio ao subfinanciamento das políticas sociais, a ideologia de “acolhimento” via serviço com traços manicomialistas, descrita acima, é perigosa e tem ganhado força nos últimos tempos. Ela tem função fundamental para o Estado Neoliberal, pois contribui para torna-lo mínimo em termos de garantia de direitos sociais e máximo para o capital ao “limpar” os territórios, ao mesmo tempo que sincroniza com demandas de familiares sobrecarregados no cuidado. As dificuldades enfrentadas pelo cuidador/familiar ao ocupar essa posição, nesse contexto atual, implicam que este seja o

⁹ Um exemplo bastante atual dessa Contrarreforma, que contraria os princípios da Reforma Psiquiátrica tal como foi pensada em sua essência no Brasil, é a proposta recente de “atualização” da RAPS proposta pelo atual governo, representado pela figura do Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde, Quirino Cordeiro, que contempla o retorno do manicômio como estratégia de cuidado na saúde mental, o que representa a ampliação de recursos para sua manutenção, reforça também as comunidades terapêuticas como parte da RAPS, implicando diretamente em perda de recursos financeiros para manutenção e implementação de serviços substitutivos como CAPS e serviços residenciais terapêuticos ligados a desinstitucionalização.

principal responsável pela manutenção da vida desses sujeitos, o que causa impactos graves para a subsistência e subjetividade desses familiares.

Produzindo, assim, sobrecarga, sentimentos como solidão e falta de apoio, depressão e preocupação em relação ao sustento de si e dos sujeitos em tratamento e suas perspectivas de futuro, principalmente em relação a morte ou ausência dos cuidadores, o que se intensifica quando nenhum outro familiar está disposto a ocupar tal lugar. Conseqüentemente, aumentam os impactos na subjetividade do familiar/cuidador, também causam efeitos na dinâmica familiar, na configuração relacional entre seus atores e na econômica, causando conflitos ou afastamento, aumentando ainda mais a sobrecarga sobre os cuidadores principais, o que os leva, muitas vezes, a quererem recorrer ao retorno do modelo manicomial, já que naquela época o Estado era o principal responsável pela vida daqueles sujeitos.

Aqui é importante ressaltar que a insuficiência de políticas sociais públicas diversas, que sejam capazes de prover direitos à família e potencializar o acesso aos serviços na comunidade, como rede para o cuidado integral desses sujeitos no território. O que contribui para que as famílias, mesmo tendo entendimentos mínimos sobre violação de direitos humanos e agravamento do sofrimento psíquico causados pelo isolamento, prefiram ou apoiem, ocasionalmente, o retorno do modelo manicomial. As equipes dos serviços de saúde precisam ter isso claro, para que valores moralizadores, culpabilizadores ou estereotipados relacionados a imagem construída sobre as famílias, enraizadas nas origens dos saberes “psis”, não prevaleçam nos manejos de situações onde a família expresse essa preferência como forma de demonstrar sua sobrecarga.

Além disso, outros fatores relacionados as transformações demográficas, a reestruturação do trabalho, as crises cíclicas do capitalismo e as expressões da questão social devem aqui serem consideradas, pois elas atingem diretamente as famílias e suas formas de organização, entrecruzando-se com disputas e confluências de interesses de classe, gênero, etnia e gerações. Sobre isso, é importante destacar esses fatores relacionados ao lugar que as famílias ocupam enquanto cuidadoras.

Não é novidade para os profissionais da saúde que a mulher ocupa papel central como cuidadora na esmagadora maioria das famílias. E isso, muitas vezes, é reforçado pelas próprias políticas sociais e seus diversos programas ou pelos profissionais que atuam nesses serviços, seja na saúde, na assistência social, na educação e outras.

Ela ocupa também lugar central como responsável pelo funcionamento do domicílio, sendo responsabilizada, de forma velada ou não, pela imagem de sucesso ou de fracasso das famílias, seja na criação dos filhos, seja no cuidado em relação as pessoas com deficiência e/ou idosos, incluindo aqui também as pessoas com transtorno mental. Acrescido a isso, temos o preconceito e a dificuldade da sociedade brasileira, enraizada no patriarcado, no paternalismo e no modelo de família nuclear burguesa, em conviver com outros modelos de constituição familiar e também de conviver com as diversas identidades de gênero e orientações sexuais, o que traz implicações para o cuidado em saúde mental e para o trabalho com famílias, a partir da imagem das mesmas formadas no senso comum.

Além da expectativa de cuidadora, a mulher ocupa também nessa sociedade, tanto em famílias mais empobrecidas, quanto em famílias de outras rendas, o lugar de provedora da casa, sendo muitas vezes a única que trabalha fora ou a principal fonte de renda da família, segundo os dados do IBGE:

No período de 2000 a 2010, houve um crescimento expressivo das famílias com a pessoa responsável do sexo feminino, inclusive daquelas que contavam com a presença de cônjuge. Os motivos para esse aumento podem ser creditados a uma mudança de valores culturais relativa ao papel da mulher na sociedade brasileira. O ingresso maciço no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade em nível superior combinados com a redução da fecundidade são fatores que podem explicar esse reconhecimento da mulher como responsável pela família. (CENSO DEMOGRÁFICO, 2010, p. 82)

Mas, isso não a desresponsabilizou no imaginário social em relação ao lugar fundamental de cuidadora, relacionado até os dias atuais a maternidade, o que é reforçado pelo patriarcado e seu conservadorismo machista predominante em nossa sociedade. Isso faz com que o trabalho doméstico, que também é efetuado por mulheres, majoritariamente, assim como a provisão de cuidados dentro da família, continue sendo considerado como não trabalho, já que são feitos sem remuneração ou reconhecimento social. Mesmo assim, esse trabalho “invisível” é indispensável a organização das famílias, a reprodução da vida dos seus membros e a manutenção da força de trabalho na sociedade capitalista.

Isso quer dizer que continua entronizado no imaginário social, desde o senso comum até a configuração dos programas e políticas sociais que a mulher é por essência cuidadora e que tal lugar deve ser desempenhado pela mesma sem remuneração, o que culmina em diversas jornadas de trabalho e, também, na criação e implementação de políticas sociais públicas que tem em sua base esse lugar da mulher, apesar da existência de diversos movimentos sociais feministas que lutam para mudar esse entendimento. Alguns desses movimentos consideram, inclusive, que o trabalho doméstico e o cuidado geral da família precisam ser remunerados, para serem legitimados nessa sociedade, enquanto que outros consideram que as mulheres devem negá-los, pois esse reconhecimento reforçaria o lugar subserviente delas, por isso não devem mais ocupar os mesmos na sociedade moderna.

Nesse sentido, precisamos considerar a entrada da mulher no mercado de trabalho, de formas variadas e contraditórias. Muitas delas recebem menos que os homens ou ocupam menos cargos de chefia do que estes, pois o patriarcado até os dias atuais exerce influência conservadora sobre a imagem da mulher no contexto social, reforçando a falácia da fragilidade, da maternidade como sua função principal e do lugar feminino inferior ao gênero masculino.

Como ressalta Passos (2015) (2016), muitas dessas mulheres conseguem com mais facilidade a entrada no mercado de trabalho em profissões que ainda se relacionam e reforçam o papel da mulher como principal responsável pelo lar, seja como trabalhadora doméstica, seja como cuidadora de crianças, idosos, pessoas com transtorno mental, pois estas oportunidades estão relacionadas ao entendimento de que existe um saber

intrínseco de que a mulher é dotada de qualidades naturais para exercer tais funções em sociedades machistas como a nossa.

Dentre essas profissões, muitas possuem baixa exigência em relação a escolaridade, as mulheres que as desempenham são, em sua maioria, mulheres que ocupam as camadas mais baixas das classes sociais, majoritariamente negras, muitas vezes mulheres que trabalharam desde muito jovens até se tornarem idosas na mesma função, com pouca ou nenhuma possibilidade de mobilidade social. Outras mulheres acessam o mercado de trabalho em carreiras que exigem formação contínua, geralmente mulheres que tiveram maior acesso a políticas sociais como educação e outras, ou, tiveram oportunidades de formação no âmbito privado, mas mesmo assim, um número pouco expressivo delas, em relação e comparadas aos homens, alcançam cargos de maior responsabilidade e confiança e quando os alcançam recebem salários menores que os homens.

Sendo assim, as mulheres, mesmo com incentivos e lutas sociais que culminam em estratégias políticas, econômicas e sociais de mudanças desses contextos, ainda hoje, são afetadas por relações de gênero, raça/etnia, de classe, dentre outros. Essas não podem ser desconsideradas quando analisamos o lugar que tais mulheres ocupam nas múltiplas configurações familiares, assim como, o lugar delas nas multidimensões de participação como familiares cuidadoras na saúde mental.

Passos (2017) chama atenção para o compromisso da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial com a luta contra toda forma de opressão e dominação, na perspectiva da transformação radical da sociedade capitalista – essa que se baseia na exploração, na desigualdade social, sendo nela impossível alcançar a justiça social e a igualdade. A autora nos chama atenção sobre os avanços mínimos da atenção psicossocial nesse sentido, já que nesse campo existem vários projetos em disputa, ratifica a imperativa necessidade de avançarmos na luta antimanicomial, não apenas para uma reforma assistencial da saúde mental, mas sim para a construção de um projeto societário radicalmente alternativo ao capital para superação das desigualdades de classe, gênero, raça/etnia e outras, conforme compromisso firmado pelos precursores desse movimento na Carta de Bauru de 1987 e na inspiração da Reforma Psiquiátrica no modelo italiano, sendo em sua essência antirracista, antissexista e antiLGBTfóbico.

Além dessas questões que perpassam a atuação da mulher no mercado informal de trabalho, transversalizadas por fatores de gênero, raça/etnia e gerações, outros atravessamentos específicos a esses fatores também complexificam a rede familiar, contemplando ou extrapolando a responsabilidade da mulher enquanto participante dessas relações: Os integrantes da família contemplam diferentes faixas etárias, podem ser compostos de múltiplas formas e atravessados por diversas relações. Esses grupos singulares carregam em suas experiências de vida distintos contextos históricos que os atravessam, diferentes formas de expressão cultural, diferentes maneiras de enxergar o mundo e de enxergar a si mesmos.

O cuidado em Saúde Mental pode ser realizado desde a infância até velhice. Os familiares, que também podem exercer papéis protagonistas nesse cuidado, estão imbricados nessas relações geracionais e é preciso que os profissionais considerem esses fatores para ampliar a qualidade de suas

intervenções, já que muitas vezes será necessário alterar a linguagem para melhorar a comunicação, alterar o manejo das situações e encontrar nas próprias relações formas humanizadas de estabelecer cuidado dessas pessoas nesse campo, considerando suas diferenças.

Outro ponto fundamental, o povo brasileiro se constitui em sua essência como um povo de origem multirracial, desde indígenas, negros, orientais e europeus, que ocuparam o espaço territorial brasileiro ao longo da história, se misturando e se complexificando, a partir das relações sociais e das identidades de classe, que foram se constituindo na construção dessa sociabilidade.

As identidades raciais hoje são diversas e passam por fatores que vão muito além da cor da pele ou da origem de cada família. A história brasileira, atravessada pela subserviência como colônia de Portugal, pela escravidão, pelo genocídio dos povos indígenas, pelas influências europeias, desde a colonização, e influência estadunidense, a partir dos avanços do capitalismo, principalmente em sua fase monopolista, e, as desigualdades sociais e de classe, que se imbricaram nesses processos contribuíram e, muito, para as diferentes formas de discriminação étnico/raciais, que atravessam também as composições familiares e os sujeitos atendidos no campo da saúde mental, sendo assim, é fundamental considerar as questões de raça/etnia no cuidado neste campo.

Para qualificar tais intervenções é preciso levar em conta também cada singularidade relacionada a conformação social e familiar e, ao mesmo tempo, relacioná-la com as complexidades, as retóricas e as contradições que se impõem na convivência familiar e social, expressa nas relações sociais e modelos de sociabilidades de cada grupo, inserido também nas especificidades de cada território.

Resgatamos aqui a influência da perspectiva basagliana sobre os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no que diz respeito a colocar a doença mental entre parênteses, para nos termos de Rosa (2003), colocar em evidência o sujeito que sofre, e aqui incluir os familiares, e suas condições de reprodução social ao orientar a intervenção para a “invenção da saúde” e “produção de vida”.

Ampliar o trabalho dos profissionais com as famílias, seja no âmbito individual, seja na formação de grupos e coletivos, possibilitará a efetivação do cuidado de seus usuários e conseqüentemente dos familiares, o que também pode contribuir para aumento da estabilidade psíquica dos usuários da saúde mental e diminuir os impactos subjetivos na produção de cuidado, seja da equipe e/ou dos familiares/cuidadores, se explorarmos as potencialidades dessas relações.

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS: O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL EM FOMENTAR O CUIDADO ÀS FAMÍLIAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Longe de esgotar a discussão, o presente texto objetivou problematizar as multidimensões da participação das famílias na saúde mental e apontar outros elementos que estão imbricados nessa instituição. Conseqüentemente, tais elementos precisam ser considerados para qualificação e ampliação do cuidado na atenção psicossocial, tendo em vista que os indivíduos atendidos

são seres sociais, dotados de sociabilidade, atravessados pela história, fatores políticos, culturais, sociais e econômicos.

Identificamos que este campo ainda precisa avançar no que diz respeito a compreensão da temática de famílias e como essa se insere no mesmo, considerando sua complexidade social e histórica. Além disso, é fundamental retomar a radicalidade proposta pelos precursores do movimento de Reforma Psiquiátrica antimanicomial, no sentido de transformar a sociedade em que vivemos, como alternativa mais promissora para vislumbrar estratégias de enfrentamento das expressões da questão social, principalmente no que se refere as desigualdades de classe, gênero, raça/etnia, gerações e outros, que se apresentam cotidianamente relacionadas a crises ou agravamentos de quadro clínico em pessoas com transtornos mentais.

Compreende-se que o assistente social, por ter maior proximidade com as discussões supracitadas, as expressões da questão social e a análise da formação sócio histórica brasileira em sua totalidade e complexidade, poderá ser um componente fundamental às equipes multiprofissionais, no que diz respeito à sensibilização do olhar dos colegas para essa frente de trabalho, considerando se este profissional estiver atento e puder trazer tais elementos durante as discussões dos casos.

Para isso, esses profissionais precisam dar materialidade nas discussões dos casos aos princípios éticos constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, com destaque: ao reconhecimento da liberdade como valor ético central, a defesa intransigente dos direitos humanos, ao empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, opção por um projeto vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação/exploração de classe, etnia e gênero, ao compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional, ao exercício do Serviço Social sem discriminação e o posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; (CFESS, 2010).

REFERÊNCIAS

BARROCO, Maria Lúcia S. **Ética: fundamentos sócio-históricos**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca básica de serviço social; v.4).

BRASIL. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARVALHO, Raul de. Modernos agentes da justiça e da caridade: notas sobre a origem do Serviço Social no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 100, out/dez. 2009.

CFESS. **Parâmetros para atuação do Assistente Social na Saúde**. Brasília, 2010. (Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais). Disponível em: <http://www.cfess.org.br/js/library/pdfjs/web/viewer.html?pdf=/arquivos/Parametr>

os_para_a_Atuação_de_Assistentes_Sociais_na_Saúde.pdf Acesso em: 12 dez. 2017

DUARTE, Marco José de Oliveira. Loucura e Família: (Re)Pensando o Ethos da Produção do Cuidado. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; ALENCAR, Mônica Maria Torres de (Org.). **Família & Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

FREITAS, Rita de Cássia Santos; BRAGA, Cenira Duarte; BARROS, Nívia Valença. Família e Serviço Social: algumas reflexões para o debate. In: DUARTE, Marco José de Oliveira; ALENCAR, Mônica Maria Torres de (Org.). **Família & Famílias: práticas sociais e conversações contemporâneas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

IBGE. Censo Demográfico 2010. **Famílias e domicílios: Resultados da amostra**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/97/cd_2010_familias_domicilios_amostra.pdf Acesso em: 5 fev. 2018.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018

PASSOS, Rachel Gouveia. Saúde Mental, Gênero e Cuidado: a participação das mulheres no processo de desinstitucionalização. In: FREIRE, Mariana F. da Silva; PASSOS, Rachel Gouveia (Orgs). **Políticas Públicas, Gênero e Violências: contribuições para o serviço social**. São Paulo: Papel Social, 2015.

_____. Trabalho, cuidado e sociabilidade: contribuições marxianas para o debate contemporâneo. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.126, p.281-301, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.069>>. Acesso em: 5 dez. 2017.

_____. Reforma Psiquiátrica Brasileira e Questão Racial: contribuições marxianas para a luta antimanicomial. **Ser Social**, Brasília, v. 19, n. 41, p. 336-354, jul./dez. 2017.

ROSA, Lúcia dos Santos. **Transtorno Mental e o Cuidado na Família**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. A família como usuária de serviços e como sujeito político no processo de reforma psiquiátrica brasileira. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Abordagens Psicossociais**. Perspectivas para o serviço social. São Paulo: Hucitec Editora, 2009. 3 v.

_____. Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.).

Abordagens Psicossociais: perspectivas para o serviço social. São Paulo: Hucitec Editora, 2009. 3 v.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul, 2011.