



III CONGRESSO ESTADUAL DE ASSISTENTES SOCIAIS
Rio de Janeiro - RJ - Brasil

REFLEXÕES SOBRE OS FAMILIARES COMO CORRESPONSÁVEIS NO CUIDADO DOS
USUÁRIOS COM EXPERIÊNCIA DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA NO
GRUPO DE FAMÍLIA EM UM CAPS II.

Flavia Soares Maximo Liberato (A) - A
A

REFLEXÕES SOBRE OS FAMILIARES COMO CORRESPONSÁVEIS NO CUIDADO DOS USUÁRIOS COM EXPERIÊNCIA DE SOFRIMENTO PSÍQUICO: Relato de experiência no grupo de família em um CAPS II

Palavras chaves: Política de Saúde Mental, Família, Proteção Social, Grupo.

Keywords: mental health policy; families; social protection; Group.

O objetivo deste trabalho é refletir sobre os familiares como corresponsáveis no cuidado, a metodologia baseada no relato de experiência enquanto residente multiprofissional em saúde mental atuando no grupo de família no CAPS II, localizado na zona norte do Rio de Janeiro, em conjunto com a Enfermeira da unidade, no período de Agosto de 2018 a Janeiro de 2019. Ao pensar sobre o lugar da família na política de saúde mental orientada pela reforma psiquiatria em curso precisamos problematizar o trabalho compartilhado realizado entre o dispositivo de atenção psicossocial e as famílias; sobre o grupo de família constitui-se como produção de cuidado e refletir sobre as novas configurações familiares; os impactos na corresponsabilidade do cuidado e as políticas públicas que asseguram essas famílias. A reforma psiquiátrica se caracteriza pela desconstrução do aparato manicomial, a Família foi um ator muito importante no processo de luta e mobilização para reformulação do modelo assistencial de longas internações e de violência asilar. Com o redirecionamento da política de saúde mental possibilitou um cuidado de base territorial e comunitária em prol da cidadania dos usuários. Neste sentido, no Brasil, avançamos com a Lei 10.216/2001, com a regulamentação dos serviços substitutivos pela Portaria 336/2002 e com a Portaria 3.088/2011 para expansão de uma rede de atenção psicossocial de cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Entretanto, na conjuntura atual reorientado pelo neoliberalismo e contrarreformas precisamos pensar em estratégias de resistências em defesa vida em liberdade e novas perspectivas de cuidados, diferentemente de responsabilização única e/ou apassivamento. As seguintes perguntas fazem necessárias: O quanto conseguimos avançar o processo da reforma psiquiátrica com a participação das famílias para um movimento de apoio aos novos modelos substitutivos de atenção comunitária e territorial como o CAPS? Nos espaços assistenciais para fora do CAPS? Quais as propostas dos grupos de famílias ofertados nos dispositivos de atenção psicossocial?

O CAPS se posiciona numa relação de parceria com as famílias, entendendo que a família é o elo mais próximo de um membro com experiência com sofrimento psíquico e um integrante fundamental na atenção psicossocial (BRASIL, 2004). O protagonismo das famílias nos serviços decorre, na medida em que, sua participação interfere na micropolítica para qualidade do serviço e na produção de cuidado em parceria de tratamento. Ainda não

há consenso entre os profissionais que atuam na área sobre as formas que poderão participar nos dispositivos de saúde mental, dadas multidimensões da conceituação das famílias, os imaginários sociais reproduzidos, o que implica em um reducionismo do processo de produção de cuidado, sobretudo na garantia de um trabalho de base territorial e comunitária. A complexidade exige a compreensão de suas múltiplas formas e dos processos sociais aos quais estão submetidas. O grupo de família aposta no protagonismo e o fortalecimento dos familiares; a parceria do cuidado e nas ações e estratégias socioeducativas para acompanhamentos dos usuários e os familiares para conhecer mais profundamente a dinâmica e complexidade de vida dessa família. Mito (1997) chama atenção para as novas reconfigurações familiares existentes na sociedade Brasileira, a partir dos séculos XX e XXI, decorrente as transformações da sociedade gerando um novo padrão demográfico da realidade brasileira e aponta queda de fecundidade; Aumento da união consensual; de famílias recompostas pelo aumento de separação e divórcios; de famílias monoparentais maioria chefiada por mulheres; jovens dividindo vida reprodutiva, trabalho e relação conjugal. Rosa (2016) sinaliza as acentuadas demandas penalizando as famílias com as sobrecargas objetivas e subjetivas na produção de cuidado e conseqüentemente, interfere na proteção social primária, devido envelhecimentos das chefias, diminuição no tamanho do grupo, crescimento das famílias monoparentais, principalmente chefiadas pelas mulheres. Com a Centralidade da Política na família, os familiares passou a ocupar o papel proteção social de idoso, pessoas com deficiência, com problemas crônicos e com sofrimento psíquico, sem receber pela devida assistência. As ações do Estado ficam condicionadas à incapacidade da família no provimento e manutenção de recursos no ente familiar. Nesse sentido, fazendo um recorte para o trabalho do assistente social na saúde mental, Mito (2010) chama atenção no processo de trabalho com a família nos espaços institucionais estão organizados na perspectiva usuário-problema o que produz uma leitura limitada da demanda e não contempla a totalidade da família.

A partir desta experiência, possibilitou analisar as formas teóricas, práticas e metodológicas no trabalho com famílias, refletir nas diferentes formas de formular e executar as políticas sociais e de interpretar as questões sociais dos envolvidos. Sobretudo refletir sobre o compromisso ético-político, tendo em vista os princípios do código de ética da profissão como direcionamento para o trabalho. O Grupo de família foi reconhecido pelos familiares como espaço potente para troca de experiências, socialização de informação, protagonismo do cuidado. “Processo reflexivo desenvolvido no percurso da relação estabelecida entre profissionais, familiares e usuários são matérias prima para formação de consciências crítica” (MIOTO 2009, *apud* MOREIRA 2013, p.76). Reconhecemos os limites e os desafios da corresponsabilidade do cuidado, as expressões da questão social no interior das relações das famílias; desde a chegada ao serviço; primeira crise; rejeição do diagnóstico;

prevalência do sexo feminino no cuidado; Sentimentos de medo, frustração e impotência no cuidado; A permanência solitária da família no cuidado, na maior parte do tempo em casa, no território; Adoecimento dos familiares, exaustão do processo de cuidado; Rearranjos familiares para darem conta de trabalho familiar e manutenção de sobrevivência; comprometimento da vida social e de lazer; A violência no território como barreira de acesso ao tratamento: dificuldade de entrada e saída do serviço, devido a presença de confronto cotidianamente na favela; as famílias trazem como riscos de vida para o usuário do serviço, devida a violência urbana. Adesresponsabilização do Estado: os direitos de proteção social sendo reorientados pela política baseada no familismo impacto na qualidade de vida dos familiares e usuários; poucas iniciativas de trabalho protegido para os usuários de saúde mental; impactos na qualidade da saúde mental dos técnicos em território atravessado por violência; vínculos empregatícios frágeis; demissão na área de saúde, desinvestimento de recursos financeiros no serviço público de atenção psicossocial para política de reclusão, a exemplo comunidade terapêutica.

Considerando as lacunas existentes na consolidação desta política pública, tanto na saúde mental quanto na assistência, marcada pela falta de continuidade no cuidado, limitação no trabalho de autonomia, protagonismo dos usuários e familiares, a articulação com intra e intersectorialidade seria um caminho possível. Várias produções de estudos, pesquisas sobre a corresponsabilização dos familiares junto ao Estado e Sociedade e sobrecargas dessas famílias. Há uma urgência de pensar em direcionamento de trabalho e de políticas públicas se aproximando melhor da realidade dessas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do

uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: Contribuições para o debate, Serv. Soc. Soc., São Paulo, 1997. n. 55, p. 114-128.

_____. Família, trabalho com famílias e serviço social. Serviço Social em Revista. Londrina. v. 12, n. 2, p. 163–176, jan/jun, 2010.

ROSA, L. C. S.e SANTOS, D. V. S *Reforma Psiquiátrica, famílias e estratégias de cuidado: uma análise sobre o cárcere privado na saúde mental*, Revista Libertas, Juiz de Fora, v.16, n.2, p. 25-36, ago./dez.2016.