

“Varanda de esperas”: novos posicionamentos da família nos dispositivos da Reforma Psiquiátrica*

“Varanda de espera”: new positions of the family in the devices of the Psychiatric Reform

“Varanda de esperas”: nuevos posicionamientos de la familia en los dispositivos de Reforma Psiquiátrica

Recebido: 21/08/2019

Aprovado: 01/05/2020

Publicado: 11/08/2020

João Camilo de Souza Junior¹

Anamaria Silva Neves²

Este é um estudo observacional realizado num Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência, e teve como objetivo dissertar sobre o posicionamento subjetivo da família em relação aos serviços oferecidos pela nova política de Saúde Mental. Realizado no primeiro semestre de 2015, através de 15 observações e entrevistas com funcionários e familiares de usuários. A *Psicanálise* orientou a prática e análise dos achados. Nomeando-se “*Varanda de Esperas*” as observações mostraram que em diversos momentos há uma rivalidade e distanciamento entre equipe e familiares, vistos apenas como acompanhantes e não fazendo parte do cuidado terapêutico. A medicalização e a prática biologicista foram vistas como frequentes. Nesse sentido, percebeu-se a necessidade de uma constante discussão e avaliação sobre as práticas estabelecidas pela Reforma Psiquiátrica, sobretudo na atenção psicossocial que postula a inclusão dos familiares no tratamento do usuário, especialmente crianças e adolescentes.

Descritores: Família; Saúde Mental; Psicanálise.

This is an observational study carried out in a Child and Adolescent Psychosocial Care Center, and aimed to talk about the subjective positioning of the family in relation to services offered by the new Mental Health policy. Held in the first half of 2015, through 15 observations and interviews with employees and family members of users. Psychoanalysis guided the practice and analysis of the findings. Named “*Varanda de Esperas*” (“Balcony of Waits”), the observations showed that at different times there is a rivalry and distance between the team and family members, seen only as companions and not part of the therapeutic care. Medicalization and biologicist practice was seen as frequent. In this sense, there was a need for constant discussion and evaluation of the practices established by the Psychiatric Reform, especially in the psychosocial care that postulates inclusion of family members in the treatment of the user, especially children and adolescents.

Descriptors: Family; Mental Health; Psychoanalysis.

Este es un estudio de observación realizado en un Centro de Atención Psicossocial de Niños y Adolescentes, y tiene por objeto examinar la posición subjetiva de la familia en relación con los servicios que ofrece la nueva política de Salud Mental. Se llevó a cabo en el primer semestre de 2015, mediante 15 observaciones y entrevistas con empleados y familiares de los usuarios. El Psicoanálisis guio la práctica y el análisis de los hallazgos. Llamado “*Varanda de Esperas*” (“Veranda de Esperas”) las observaciones mostraron que en varios momentos hay una rivalidad y distancia entre el equipo y los miembros de la familia, vistos sólo como compañeros y no como parte de la atención terapéutica. La medicalización y la práctica biologicista fueron frecuentes. En este sentido, se percibió la necesidad de una constante discusión y evaluación acerca de las prácticas establecidas por la Reforma Psiquiátrica, especialmente en la atención psicossocial que postula la inclusión de los familiares en el tratamiento del usuario, especialmente los niños y adolescentes.

Descriptores: Familia; Salud Mental; Psicoanálisis.

* Estudo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

1. Psicólogo. Especialista em Saúde Mental. Mestre em Psicologia. Professor da Fundação Carmelitana Mário Palmério, Monte Carmelo, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-0955-9620 E-mail: joao.camilo.s.j@gmail.com

2. Psicóloga. Mestre, Doutora e Pós-Doutora em Psicologia. Professora Associada do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-7722-8690 E-mail: anamaria.neves@ufu.br

INTRODUÇÃO

Atualmente é possível perceber questionamento por parte dos profissionais, principalmente daqueles que lidam com a infância, se as famílias (sobretudo as pobres) são capazes de dar suporte para o desenvolvimento psicológico de seus filhos, questionamento que é enfatizado quando estes apresentam algum tipo de sofrimento psíquico que pode tornar o cuidado em algo mais complexo¹.

Tal questionamento tem vastas raízes históricas, haja vista a culpabilização das famílias em relação aos “*desvios de comportamento*” das crianças e adolescentes, culpabilização realizada pelo saber científico e social datado desde princípios do século XVIII². Ainda, o Estado recorria sistematicamente às instituições fechadas para a educação e pedagogização das crianças e adolescentes, e acreditava-se que ali era oferecido algum tipo de proteção que a família era incapaz de fornecer².

As instituições, sobretudo terapêuticas, predominantes até o início da década 1990, prezavam pelo *isolamento terapêutico*, isto é, a separação entre paciente e família³. Tal estratégia de tratamento se sustentava a partir da forma na qual a família era concebida pelo campo médico higienista, ou seja, como família alienante e responsável por dificultar o tratamento do paciente. Assim, o grupo familiar era percebido como “*agente patogênico*” devendo assim, ser isolado.

A promessa de cura era ensejada somente pela capacidade do tratamento e às técnicas das instituições de cuidado³. Sendo assim, tendo em vista o isolamento terapêutico, os cuidados endereçados às famílias foram relegados a um segundo plano, no qual a família esperava passivamente a melhora de seu parente, de modo que, “*a mensagem implícita era que o cuidado com o paciente era atribuição exclusiva dos trabalhadores da saúde mental e dos serviços assistenciais*”³.

Situação semelhante ocorreu também com os sujeitos que historicamente foram considerados “*loucos*”. A situação calamitosa vivenciada por essas pessoas em instituições fechadas perdurou em nosso país até o final da década de 1970⁴. Quando Franco Basaglia, importante psiquiatra italiano, visitou Brasil, convocou a imprensa para denunciar as atrocidades do manicômio de Barbacena. Tal fato ajudou a intensificar o movimento de luta pela Reforma Psiquiátrica, propiciando um reforço ao insurgente Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) e ampliando a movimentação e discussão política por esta causa em âmbito nacional⁵.

As mudanças institucionais estavam sendo fomentadas desde meados da década de 1980; entretanto, somente após vários anos de luta por mudanças legislativas que tinham como alcinha acabar com as longas internações e propiciar a criação de novos dispositivos de Saúde Mental, instituiu-se no Brasil leis para um novo modelo de atenção psicossocial que datam do início dos anos 2000, a saber a lei 10.216⁶.

No novo modelo de atenção psicossocial, o dispositivo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) inseriu-se como ferramenta na proposta de substituição à visão hospitalocêntrica do trabalho outrora realizado com a “*loucura*”, ferramenta embasada na interdisciplinaridade, almejando conceber o usuário do serviço em sua dimensão multifacetada⁴. Nesse sentido, o serviço do CAPS foi instituído a partir de uma série de ações que visaram a reconstrução de laços perdidos ou rompidos do sujeito com o seu meio, consigo mesmo e/ou com familiares, proporcionando condições para que tais indivíduos pudessem vivenciar trocas afetivas e o desenvolvimento de novas capacidades em sua lida com a vida social.

Portanto, se a Reforma Psiquiátrica instaurou movimentações institucionais, com práticas e dispositivos diferenciados, no bojo dessas mudanças ressurgiu a família, cingida por novas facetas. Com a implantação dos CAPS foi possibilitado o tratamento dos usuários em serviços de atenção psicossocial e o retorno diário desses para seus lares e casas⁴.

Os sujeitos que outrora estiveram internados por longos períodos em instituições segregacionistas, ou fizeram uso do também recente serviço de Residências Terapêuticas

(moradias destinadas a pessoas em sofrimento psíquico que permaneceram em longas internações psiquiátricas e impossibilitadas às suas famílias de origem), ou retornaram às suas famílias, passa a constituir uma nova realidade no âmbito familiar e no aspecto social da loucura⁷.

Vê-se então que, de certa forma apresenta-se como inédito, a relação entre os familiares dos usuários e os serviços de Saúde Mental. Com o retorno diário dos usuários aos seus lares, a família passou a demandar do serviço uma nova abordagem, pois o convívio cotidiano com o parente outrora afastado implicou e ainda implica em novas perspectivas relacionais; sendo assim, nesse sentido, o grupo familiar tornou-se um sujeito estratégico no cuidado terapêutico, passando também a conviver com as possíveis dificuldades decorrentes do sofrimento psíquico⁸. Além disso, o vínculo familiar surgiu em evidência nas instituições, haja vista que tais vínculos, adoecidos por relações que muitas vezes são cingidas por violência e rupturas, passaram a demandar atenção das equipes dos CAPS, pois, ao frequentar as instituições juntamente com os usuários, elas escancaram, em diversos momentos, tragédias vividas em seus cotidianos.

A lógica de proteção da cidadania do indivíduo usuário do CAPS se ampliou com a Portaria 251, de 2002, para a proteção da cidadania da família³. Essa Portaria estabeleceu uma abordagem propriamente dirigida ao grupo familiar no projeto terapêutico de todo usuário dos novos dispositivos de Saúde Mental. Dessa forma, deve-se nessa abordagem esclarecer a família, orientando-a sobre: diagnóstico, programa de tratamento, alta hospitalar, entre outras informações referentes ao serviço.

A família tornou-se, a priori, a principal “*cuidadora*” do sujeito em sofrimento psíquico, seja ele adulto, adolescente ou criança, e, esse encargo trouxe novas circunstâncias para o meio familiar⁹. Num primeiro momento após a Reforma Psiquiátrica, a responsabilidade do cuidado foi relegada à família, sem nenhum tipo de auxílio dos serviços de saúde¹⁰. Entretanto, mesmo após a estruturação dos novos dispositivos do serviço de saúde mental, muitas famílias ainda se dizem sobrecarregadas, relatando cansaço físico e emocional, parte gerado, segundo os familiares, pelo desamparo causado pela falta de apoio dos serviços.

Tendo em vista o histórico da condição de isolamento terapêutico instituído pela institucionalização do tratamento relegado à infância e à “*loucura*”, assim como a constituição da Reforma Psiquiátrica e o surgimento do grupo familiar como importante sujeito estratégico, o presente artigo traz um recorte que visou analisar, no âmbito de um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência), a abordagem de tal instituição para com as famílias dos usuários atendidos por ela, como também o campo subjetivo que o grupo familiar ocupava em relação ao atendimento das crianças e adolescentes, assim como a sua influência no cotidiano institucional.

Dessa forma, ensejou-se perceber, com a pesquisa, como se geria a relação entre a instituição e a família, relação articulada em torno do tratamento. O presente recorte então se pauta naquilo que se chamou no estudo de “Varanda de esperas”, posição marginalizada ocupada pelas famílias no CAPSi, a qual parece subsistir dado o acordo tácito e confuso entre instituição e grupo familiar. Assim, este estudo tem como objetivo dissertar sobre o posicionamento subjetivo da família em relação aos serviços oferecidos pela nova política de Saúde Mental

MÉTODO

Este é um estudo observacional realizada na instituição CAPSi, no primeiro semestre de 2015. Tais observações ocorreram em dias e horários alternados com o intuito de ampliar o conhecimento sobre a rotina institucional. Cada uma das observações teve duração média de cerca de seis horas, buscando com elas observar/capturar/apreender as práticas e os vínculos criados e sustentados no CAPSi.

Com tal prática buscou-se conhecer também o público atendido e as diversas famílias. Previamente às observações, submeteu-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 36949714.0.0000.5152/2014, alocado no *website* gerido pela Plataforma Brasil e também houve submissão do projeto à Secretaria de Saúde do município no qual ocorreu a pesquisa. Após a aprovação de ambas as gestões, iniciou-se a pesquisa prática.

No presente estudo, o método psicanalítico norteou a apreensão e análise dos achados. Na Psicanálise há uma distinção entre *técnica* e *método*¹¹. A técnica psicanalítica desenvolvida por Freud se refere ao aparato técnico utilizado na clínica, consistindo, por exemplo, na atenção flutuante, interpretação transferencial, neutralidade e outros. O método interpretativo, ultrapassa a técnica e pode ser utilizado fora do consultório, nos locais onde a técnica clássica é inexecutável. A ideia de *clínica extensa* consiste na utilização do método psicanalítico em locais externos ao consultório, criando para tal, variações da técnica, utilizando a *escuta interpretativa* dos discursos que circulam no campo de pesquisa¹¹.

Adentrando no campo de pesquisa e sendo implicado por ele, estabeleceu-se o campo transferencial, indispensável para a produção da prática. E, “só se pode fazer pesquisa em psicanálise *sob transferência*”¹². A transferência, nesse sentido, é a aceção de que há sujeito para além do discurso consciente e que a transmissão ultrapassa o que é superficialmente observado. Estar em transferência, então, é estar disponível para a produção inconsciente de ambas as partes, analista e analisando.

No CAPSi também se entrevistou familiares de usuários e funcionários da instituição. Em tais conversas, buscou-se analisar os diferentes pontos de vista e a forma como tais sujeitos se relacionavam, ou seja, como a família percebia o acolhimento da instituição, assim como os funcionários percebiam o envolvimento da família com o tratamento. Nesse sentido, acolheu-se uma maior quantidade de informações, necessárias para o entendimento das questões da pesquisa.

Analisou-se também prontuários da instituição e também alguns procedimentos que puderam ser acompanhados, como por exemplo, o acolhimento a famílias que buscavam o atendimento de seus filhos no CAPSi. A escuta analítica em uma instituição leva em consideração desde os discursos das pessoas que compõem o grupo institucional, passando pelos prontuários e documentos técnicos, chegando até mesmo a refletir sobre o sentido compartilhado pela instituição e por seus usuários sobre o mobiliário e as paredes¹³. A posição do pesquisador que utiliza o método psicanalítico na instituição não está interessada em formar alianças ou criar oposições, mas sim, partindo de um lugar de não-saber, estar preparado a cada momento a produzir novas leituras ainda não imaginadas.

Buscando também compreender a escuta do grupo-família em uma pesquisa psicanalítica¹⁴ postulou-se que a escuta analítica nessa vertente está atenta aos discursos que representam os desejos compartilhados pelos psiquismos primários de cada um do grupo familiar, porém, também não descarta em sua escuta a parcela de autonomia de cada membro familiar. O analista que se propõe a escutar famílias em uma pesquisa que tem a Psicanálise Vincular como corrente teórica norteadora, está atento aos sintomas compartilhados pela família como grupo, ora tendo um sujeito como porta-voz cumprindo determinado papel, ora tendo outro familiar como porta-voz do sintoma¹⁵.

Também houve em diversos momentos interações com crianças e adolescentes atendidos pelo CAPSi. Por meio de brincadeiras e ajuda na lida cotidiana, conheceu-se várias crianças e adolescentes acompanhados pela instituição. Os relatos conhecidos na pesquisa foram de suma importância, sendo necessário ressaltar a diversidade de experiências, apontando para a singularidade da vivência psíquica que demanda da instituição um cuidado diversificado. Analisou-se também prontuários da instituição e também alguns procedimentos que puderam ser acompanhados, como por exemplo, o acolhimento a duas famílias que buscavam o atendimento de seus filhos no CAPSi.

Diariamente, após as observações, lançou-se mão dos diários de campo, registrando os diálogos que permaneciam, lembranças e afetações despertadas na vivência. O diário de campo é uma importante ferramenta de pesquisa, na qual o pesquisador se redescobre quando se aprofunda em sua análise¹⁶. A descrição da análise de se deu de forma narrativa.

RESULTADOS

A instituição CAPSi pesquisada tem como local de funcionamento uma antiga casa residencial numa região próxima ao centro da cidade, com 15 atividades de observação por um tempo médio de 6 horas.

A arquitetura da instituição apresentava vários aspectos de uma residência: cozinha, sala, piscina, quartos, campinho de futebol e varanda. Cada cômodo da casa tem sua função na rotina institucional. Porém num cômodo sua função em particular chamou mais atenção.

Tal cômodo que tanto chamou a atenção é a varanda da casa, na qual os familiares esperam, às vezes, uma, duas, três ou até mais horas; esperam ali por diversas coisas: atendimento com o psiquiatra, o atendimento às crianças que se passa no interior da residência/instituição, esperam também pelo recebimento de algum documento ou por conversas com algum funcionário do CAPSi.

Nas conversas tanto com a equipe como com os familiares percebeu-se que ambos se referem à varanda como "*lado de fora*" e a casa como "*lado de dentro*". Essa distinção demarca o entendimento em que há uma separação, da qual pode se apreender que a criança e ou adolescente, atendidos no interior da casa, são os usuários, e a família, que aguardam o atendimento ou as atividades que ocorrem na residência, são acompanhantes.

No processo de escrita deste estudo, ao se referir à varanda, nomeou-se em um ato falho, a varanda como a "*Varanda de esperas*". Ao refletir sobre tal nomeação, pôde-se perceber a quantidade de sentidos que esse ato falho guardava.

O funcionamento do CAPSi ocorre em turnos; pela manhã, a rotina de atividades ocorre das 8 horas às 10 horas e a tarde, das 14 horas às 16 horas. No começo da rotina, mães, pais, tios e avós chegam acompanhando as crianças e adolescentes. Os *pequenos* entram para o interior da casa, enquanto seus acompanhantes sentam-se nas cadeiras reservadas a eles na varanda. Ao término da rotina, crianças e adolescentes saem, e novamente na varanda encontram seus parentes.

Nesse cotidiano dos atendimentos, atravessados por algumas conversas com os familiares, alguns atendimentos em alguma sala ou informes sobre a rotina, ocorre na varanda, uma vez por semana, um grupo de familiares, conduzido normalmente pela assistente social ou pela psicóloga do CAPSi, podendo também ter a participação de profissionais de outros lugares, como educadores e nutricionistas. Acompanhou-se em algumas oportunidades tal grupo. Havia sempre um tema preestabelecido que direcionava a condução do grupo, temas como a alimentação da criança, a melhor forma como educar ou "*corrigir*" determinados comportamentos. A fala dos familiares polarizava-se em alguns participantes que se queixavam do dia a dia, buscavam esclarecer alguma dúvida ou se inquietavam com alguma angústia ou reclamação.

Nos acolhimentos acompanhados, os funcionários seguiam protocolos de acolhimento. Tal acolhimento era feito de modo sintético e diretivo, coletando-se a partir de fichas os principais pontos da história da criança ou adolescente ou tentava-se desdobrar e entender melhor a queixa que o levava ao CAPSi.

Especificamente, em um acolhimento observado, pôde-se perceber que o direcionamento dado deixava a desejar no sentido de que importantes questões não eram trazidas à tona, ou seja, priorizando o protocolo, perdia-se a amplitude e profundidade que o acolhimento demanda para a realização do *Projeto Terapêutico Singular*, assim como se negligenciava angústias dos familiares e dos usuários. Percebeu-se também que as conversas entre familiares

e profissionais eram realizadas na maioria das vezes apressadamente, apreendendo-se assim uma tentativa de resumir ou apressar o encontro com os familiares.

Em diversas conversas com familiares, percebeu-se um significativo sofrimento que durava gerações. As histórias convergiam para uma fragilidade afetiva, cultural e financeira. O desamparo e a violência transmitidos por tais histórias geravam no *observador* a vontade também de se desvencilhar de conteúdos tão intensos e árduos; nesse sentido, analisando que atrelada ao cansaço da rotina de serviço, a lida com as famílias pode tornar-se algo que com o tempo passe a ser preferível de ser evitado, levando-se em conta os afetos que tal pode gerar no profissional. Em algumas oportunidades observou-se também que alguns familiares já chegavam à instituição com comportamento mais agressivo, gritando ou conversando de forma ríspida. A violência vivida pelo familiar por vezes era direcionada à instituição.

O sofrimento psicológico das crianças e adolescentes era algo que mexia tanto com os profissionais como os familiares. Assim, apreendeu-se que a persistência ou agravamento dos sintomas angustiava a ambos, família e CAPSi, gerando desgaste das relações e desesperança. Porém, ao invés de gerar empatia ou possibilidade de caminhar juntos, tal situação criava uma rivalidade, dando maior ênfase ao distanciamento. Aos poucos, o isolamento dificultava o tratamento, e, nesse sentido, recorria-se à medicação para lidar com o sofrimento trazido pela criança ou adolescente, haja vista que isso foi observado em diversos momentos, quando o psiquiatra se tornava a única a comparecer ao CAPSi e, os usuários chegavam praticamente “dopados”.

Ademais, a *miserabilidade* e violência da família, traduzidas nos vários adoecimentos das crianças e adolescentes, demandavam atenção e cuidado que a instituição já não conseguia manter. Assim, para se proteger de tais aspectos, criou-se um dispositivo que aqui se chamou de “*Varanda de esperas*”, no qual as famílias são reunidas em local que se considera como possível para mantê-las, ou seja, onde não “interfere” na prática cotidiana dos profissionais. Nessa mesma *Varanda*, quando não havia nenhum profissional por perto, os familiares conversavam sobre suas angústias do dia a dia, sobre os medos do destino de seus filhos e netos, das maneiras como a família adaptava a medicação prescrita e dos sustos quando a farmácia mais próxima não tinha os medicamentos necessários.

DISCUSSÃO

Na redação deste trabalho num dos diários de campo, ocorreu um precioso ato falho. Ao relatar sobre a varanda da casa na qual funciona o CAPSi, ela foi chamada de “*Varanda de esperas*”, com a palavra “*espera*” no plural. Refletindo juntamente com a supervisora sobre tal ato falho, apreendeu-se uma diversidade de coisas.

As várias esperas que ocorriam na varanda, “*lado de fora*”, conclama a pensar sobre diferentes sentidos: desde a completa paralisação e estagnação dessas mães, pais e/ou avós esperando passivamente o serviço ser feito do lado de dentro da casa; ou, por outro lado, significa as “*esperas*” no sentido de “*esperança*”, já que esperar e esperança originam do vocábulo latino *spes*, que significa “*confiar em algo positivo*”¹⁷.

As famílias esperam que algo que ocorra dentro da instituição, melhore a situação dos filhos (as) e netos (as) atendidos (as), apesar de que tais familiares parecem não participar ativamente da rotina da instituição, esperam de forma alheia e, por vezes, alienada, ao que se fomenta no interior da casa.

Tal separação reproduz também a cisão presente na *psicose*, sendo que, ao abordá-la, a instituição acaba por (re) produzi-la, juntamente com a família. Limitar a família a ocupar um lugar pré-estabelecido e delimitado na instituição acaba por instituir e negar, de forma ambígua, a dimensão do papel/função da família enquanto sujeito fundamental, responsável e indispensável na vida das crianças e adolescentes, seus filhos, netos e sobrinhos.

Gradativamente, família e instituição parecem contribuir reciprocamente para que a relação de distanciamento seja mantida. O funcionamento psicótico, princípio regente entre

família e instituição em diversos momentos, contribui para um funcionamento hermético, fechado ao diálogo, tentando distanciar e imobilizar os autores que poderiam movimentar afetos que poderiam provocar angústia, mas também poderiam provocar a melhora das situações ali acolhidas.

Entretanto, tal pactuação retorna com violência, familiares e instituição se atacam, ambos distantes da demanda da criança e do adolescente, construindo, ao invés disso, mais um novo sintoma a ser considerado no atendimento. Instaure-se um jogo de forças entre família e instituição e, como abordado, as forças do Estado e de suas instituições sobressaem às normas familiares, modificando-as e tratando-as para que se adaptem aos desejos dominantes revelando, assim, uma unidirecionalidade de forças.

Pode-se evocar os pactos denegativos escamoteadores das representações e afetos que tentam ser negados, porém insiste em ser trazido à tona – e, no presente caso, esses conteúdos eram espelhados entre família e instituição¹⁸. Alude-se, a tentativa de ocupar, em relação à criança, a posição de quem detém o saber, ou também, de quem sabe o que é melhor para ela.

Em relação ao jogo de forças entre família e CAPSi, que pode remeter, historicamente, a um tempo anterior à Reforma Psiquiátrica, a relação entre Estado (leis e instituições) e família foi mediada, desde o século XVIII, pelo saber médico e atendeu a aspectos ideológicos e políticos². O Estado utilizou das normas médicas para a manipulação do grupo familiar, com vistas a controlar os cidadãos através da ameaça dos “perigos” da saúde e da moral vividos pelas famílias que não seguiam as normas vinculares indicadas a elas.

O Estado minou na ideologia familiar funções para cada ente, de modo que tais funções auxiliavam no controle do cidadão e na gestão do biopoder. A família passa a viver diretrizes propostas e, a se ajustar àquilo que o saber médico, tido como superior, indicava ou não fazer.

Na instituição CAPSi, o chamado jogo de forças faz-se valer, e a família acata o lugar reservado a ela, como verificado na passividade/alienação da família diante da força institucional, como a longa permanência de espera na “Varanda de esperas” e também o silêncio de alguns familiares. Em outros momentos, aparentemente, a família tenta alterar a lógica de forças criticando o serviço, limitando-se e insistindo a fazer o acompanhamento apenas com o psiquiatra, entre outras formas. Questiona-se, o quanto tais atos alteraram tal jogo de forças, ou se adaptam às circunstâncias, sendo absorvidas pela realidade vivida pela família e instituição.

O entendimento do percurso familiar por parte da equipe do CAPSi, desde o reconhecimento do sofrimento psíquico, a manutenção deste para dar respostas às próprias angústias, quanto a busca por atendimento, diversas vezes fica aquém do que seria necessário para a condução dos atendimentos.

A família, ao se deparar com o ambiente psiquiátrico, diversas vezes fica aterrorizada com a impressão tecida sobre as instalações e os usuários³, e assim resiste em aceitar que seu parente partilhe da mesma condição dos outros usuários. No momento imediatamente posterior ao diagnóstico do transtorno mental, lançando mão de várias estratégias, a família investe maciçamente na possibilidade de cura do paciente, acreditando que a condição é passageira e que a tomada de decisões “certas” levará à total remissão do quadro psicopatológico.

Com a estagnação ou arrastamento do quadro sintomático, o grupo familiar se desorienta, sentindo-se culpado pela produção do problema e pela sensação de incapacidade em resolver a situação³. Em contrapartida, buscando amenizar o sentimento de culpa, a família, por vezes, procura por uma explicação biologicista do transtorno psiquiátrico, de forma que retire sua implicação na causação do problema.

A família demanda assim às equipes de saúde mais exames, mesmo quando o psiquiatra não vê necessidade. A busca pela organicidade do quadro sintomático visa retirar o peso do drama familiar sobre o diagnóstico da criança; então, o diagnóstico de um problema orgânico ameniza o sentimento da culpa familiar¹⁹.

O lidar com tal culpa, assim como possíveis mudanças da família em conceber as questões que envolvem seus entes perpassam pela atuação da equipe, promovendo o papel dos familiares na atuação no cuidado e ponderam os limites que a família possui em relação à melhora do sujeito em sofrimento psíquico²⁰.

Porém, quando isso não é possível, recorre-se novamente à visão biologicista e distanciada do problema. A atribuição dos cuidados da infância à psiquiatria médica – que produz diagnósticos rápidos e contundentes – prescinde da escuta da família sobre o relacionamento com a criança e a significação familiar do problema²¹. A medida comum e ritualista tomada aqui é a da medicalização.

Noutras tentativas, por parte das famílias, de “normalizar” os sintomas do transtorno mental integraliza-os à rotina vivida antes da deflagração da condição psiquiátrica³. Dessa forma, os esforços mobilizados se concentram no controle comportamental, buscando transformar as peculiaridades da condição do sujeito psicótico em comportamentos que não destoem do que é considerado *normal*. As explicações médicas são significadas pela família para amenizar o problema, produzindo, ela própria, sentidos e explicações que não afetam em sobremaneira a família.

Há responsabilidade do profissional de saúde mental para não repetir a exclusão social praticada em torno da “loucura”²². A equipe de saúde mental não deve agir de modo a educar ou disciplinar quem procura pelo serviço, porém também não se trata de agir com permissividade, a atuação deve promover a responsabilidade de ambas as partes, usuário e instituição²².

A família não deve ser posicionada como mera vítima na sua relação com a psicose e com o seu círculo social; tal perspectiva não considera a complexidade e a profundidade da questão, ao mesmo tempo em que se cria uma relação maniqueísta e também improdutiva. Prezar somente pela inclusão da família no tratamento, sem responsabilizá-la por sua produção, não assegura mudança na posição subjetiva da família.

CONCLUSÃO

Por se tratar do trabalho em uma única instituição, provavelmente tem-se limitada a abrangência de seus achados em diferentes regiões culturais do país, haja a vista a riqueza cultural brasileira. Nesse sentido, faz-se necessário estudos que estabeleçam uma articulação de diferentes realidades que podem ser encontradas no cenário nacional. O curto prazo que se permaneceu na instituição também pode ser um aspecto limitador do presente estudo.

Entretanto, por aquilo que pôde se analisar, os novos dispositivos de saúde ainda se principiam nas suas diretrizes e atravessam um novo campo político e terapêutico, os quais devem ser incessantemente abordados para a libertação das agruras dos manicômios. Para tal, é necessário questionar-se sobre a real participação da família e do usuário na condução institucional e se sua singularidade é respeitada pelas decisões tomadas, falando-se aqui de uma constante reforma.

O trabalho com as famílias que levam suas crianças e adolescentes à instituição é um trabalho difícil, haja vista a violência e o adoecimento de tais vínculos. Porém, como foi proposto pelas mudanças terapêuticas advindas da Reforma Psiquiátrica, é necessário dar ao sujeito voz para que ele perceba sua condição e seja *senhor* de sua mudança. Tratá-lo passivamente, com remédios e cuidados unidirecionais, ou reservá a ele uma *varanda*, consiste na institucionalização do sofrimento psíquico.

A família constitui-se como importante protagonista a ser considerada nos processos terapêuticos e políticos atuais, com inédita proximidade da relação entre dispositivos de Saúde Mental e família. As teorias e os trabalhos que mudam esse modo de ver a família ainda são recentes, sendo necessário refletir e questionar sobre as variáveis estabelecidas nessa situação.

Tomando por base a *Psicanálise Vincular*, é fundamental acolher os vínculos construídos pelas famílias, haja vista que suas alianças atuam nos destinos afetivos, assim como tentam permanecer impermeáveis às mudanças propostas.

Conceber a posição das famílias nos serviços de Saúde Mental é um questionamento embrionário a ser ajustado entre os saberes atuantes nos dispositivos pós-reforma. Porém, pelos achados desse trabalho, fica em relevo a necessidade de se auxiliar as famílias à atravessarem suas fantasias e fantasmas e, a lidarem com a sobrecarga dos cuidados cotidianos.

REFERÊNCIAS

1. Rizzini I, Leite ADS, Menezes CD. Cuidado familiar e saúde mental: a atenção das famílias a seus filhos na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Editora PUC; 2013.
2. Donzelot J. A polícia das famílias. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1980.
3. Rosa LCS. A família como cuidadora. In: Rosa LCS. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez; 2011. p. 54-76.3.
4. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciên Saúde Colet. [Internet]. 2018 [citado em 26 out 2019]; 23(6):2067-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
5. Arbex D. A luta entre o velho e o novo. In: Arbex D. Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil. São Paulo: Geração Editorial; 2013. p. 200-12.
6. Borges CF, Baptista TWF. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado em 26 out 2019]; 24(2):456-68. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n2/24.pdf>
7. Santos GLG. Sobre discursos e práticas: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da região metropolitana de Recife [Internet]. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2008 [citado em 26 out 2019]. 146p. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/8261/1/arquivo3599_1.pdf
8. Rosa LCS, Silva EKB. Família na política brasileira de saúde mental, álcool e drogas. Ser Social [Internet]. 2019 [citado em 26 out 2019]; 21(44):199-222. DOI: https://doi.org/10.26512/ser_social.v21i44.23491
9. Schrank G, Olshowsky A. O Centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. Rev Esc Enf USP [Internet]. 2018 [citado em 26 out 2019]; 42(1):127-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/17.pdf>
10. Maciel SC, Barros DR, Silva AO, Camino L. Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. Psicol Ciênc Prof. [Internet]. 2009 [citado em 26 out 2019]; 29(3):436-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>
11. Herrmann F. O método da psicanálise. In: Herrmann F. Introdução a teoria dos campos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 38-49.
12. Elia L. A transferência em psicanálise: lugar ou excesso? Psicol Reflex Crit. [Internet]. 1999 [citado em 26 out 2019]; 12(3):775-88. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18812315>
13. Neves AS. O psicólogo e o paciente-instituição: considerações teóricas acerca da intervenção. Psicol Ciênc Prof. [Internet]. 1999 [citado em 27 out 2019]; 19(2):44-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931999000200006&script=sci_arttext
14. Gomes IC, Levy L. Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras. Aletheia [Internet]. 2009 [citado em 26 out 2019]; 29:151-60. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a13.pdf>
15. Kaës R. O grupo como situação psicanalítica. In: Kaës R. Um singular plural: a psicanálise à prova do grupo. São Paulo: Loyola; 2010. p. 63-76.
16. Leal J. Diários de campo: modos de fazer, modos de usar. In: Almeida SVD, Cachado RA, organizadores. Os arquivos dos antropólogos. Lisboa: Palavrão; 2016. p. 143-54.
17. Rezende AM, Bianchet SB. Dicionário do latim essencial. Rio de Janeiro: Autêntica; 2014.

18. Kaës R. A negatividade: problemática geral. *Psicol USP* [Internet]. 2003 [citado em 27 out 2019]; 14(1):21-36. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42389/46060>
19. Mannoni M. A contratransferência. In: Mannoni M. *A criança retardada e a mãe*. 5ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999. p. 31-6
20. Santos SS. Influência familiar no tratamento terapêutico de paciente portador de transtorno mental [Internet]. [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016 [citado em 27 out 2019]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168583>
21. Kamers M. Da criança a matar à morte da criança: reflexões psicanalíticas sobre a medicalização na infância [Internet]. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2018 [citado em 27 out 2019]. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-14112018-160943/publico/kamers_do.pdf
22. Elia L. Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da saúde mental. *Rev Cient Saúde* [Internet]. 2016 [citado em 27 out 2019]; 3(4):[5p]. Disponível em: <https://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/viewFile/92/114>

CONTRIBUIÇÕES

João Camilo de Souza Junior colaborou na concepção, obtenção dos dados e sua análise e, na redação. **Anamaria Silva Neves** contribuiu na análise dos dados, redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Souza Junior JC, Neves AS. “Varanda de esperas”: novos posicionamentos da família nos dispositivos da Reforma Psiquiátrica. *REFACS* [Internet]. 2020 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 8(Supl. 2):801-810. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

SOUZA JUNIOR, J. C.; NEVES, A. S. “Varanda de esperas”: novos posicionamentos da família nos dispositivos da Reforma Psiquiátrica. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 8, p. 801-810, 2020. Supl. 2. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Souza J.C. Jr., & Neves, A.S. (2020). “Varanda de esperas”: novos posicionamentos da família nos dispositivos da Reforma Psiquiátrica. *REFACS*, 8(Supl. 2), 801-810. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.