



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



João Camilo de Souza Junior

“É acompanhante ou usuária?” Implicações sobre a posição da família no atendimento a crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - CAPSi

UBERLÂNDIA
2016

Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado
Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG
+55 – 34 – 3225 8516 ou +55 – 34 – 3225 8512 pgpsi@fapsi.ufu.br <http://www.pgpsi.ufu.br>



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



João Camilo de Souza Junior

“É acompanhante ou usuária?” Implicações sobre a posição da família no atendimento a crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - CAPSi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicanálise e Cultura

Orientadora: Prof^a. Dra. Anamaria Silva Neves

UBERLÂNDIA
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S729a Souza Junior, João Camilo de, 1990-
2016 “É acompanhante ou usuária?” Implicações sobre a posição da família no atendimento a crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - CAPSi / João Camilo de Souza Junior. - 2016.
122 f.

Orientadora: Anamaria Silva Neves.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Inclui bibliografia.

1. Psicologia - Teses. 2. Psicanálise - Teses. 3. Família - Aspectos psicológicos - Teses. 4. Reforma psiquiátrica - Teses. I. Neves, Anamaria Silva. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



João Camilo de Souza Junior

“É acompanhante ou usuária?” Implicações sobre a posição da família no atendimento a crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência - CAPSi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicanálise e Cultura

Orientadora: Prof^ª. Dra. Anamaria Silva Neves

Banca Examinadora Uberlândia, 18 de março de 2016.

Prof^ª. Dra. Anamaria Silva Neves (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof^ª. Dra. Juçara Clemens (Examinadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof^ª. Dra. Conceição Aparecida Serralha (Examinadora)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba, MG

Prof. Dr. João Luíz Leitão Paravidini (Examinador Suplente)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Fuad Kyrillos Neto (Examinador Suplente)
Universidade Federal de São João Del Rei – São João Del Rei, MG

UBERLÂNDIA

2016

Programa de Pós-graduação em Psicologia – Mestrado
Avenida Maranhão, s/nº, Bairro Jardim Umuarama - 38.408-144 - Uberlândia – MG
+55 – 34 – 3225 8516 ou +55 – 34 – 3225 8512 pgpsi@fapsi.ufu.br <http://www.pgpsi.ufu.br>

À minha filha Helena que, com sua doce presença, alegra os meus sonhos cotidianos.

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Arilane, companheira, amante e amiga, aprendendo juntos a viver as mudanças que a vida necessita.

Ao meu pai e à minha mãe, sábios e generosos, dispostos a enfrentar comigo os desafios que surgem.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinho, que fortalecem as minhas esperanças e com quem sempre posso contar.

À Anamaria, orientadora e amiga, que acreditou em mim quando nem eu acreditava.

Aos meus grandes amigos, companheiros dessa vida: Mário, Pedro, Cássio, Arthur, Cláudio, Adriano, Wender, Maria, Daiane, Débora... e tantos outros, infindavelmente grato à sua amizade.

À Suziani, amiga de mestrado, tropeçamos e nos levantamos juntos nos vários buracos desse caminho.

Aos mestres João Luiz e Joyce, pela marcante contribuição na qualificação dessa dissertação.

Aos mestres orientadores dos enigmas da vida, Maria Lúcia, Aline Accioly, Luís Avelino, Christiano, Marcela...

Ao CAPSi, pela abertura à minha pesquisa.

Ao PGPSI e ao Instituto de Psicologia, pelas possibilidades concedidas ao meu crescimento pessoal e profissional.

À Capes, pela bolsa concedida.

A quem eu esqueci, mas que estão presentes (sabe-se lá) no inconsciente dos meus descaminhos propositais.

RESUMO

O presente estudo emergiu e se fundou com o objetivo principal de analisar a posição ocupada pela família – e as implicações desse campo subjetivo – no atendimento a crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi). Como objetivo secundário tomou relevo a compreensão acerca das representações institucionais tecidas sobre a família e o atendimento oferecido às crianças, aos adolescentes e aos familiares. Para tal, foi retomada a perspectiva histórica acerca da relação entre Estado (leis e instituições) e família e como esta foi mediada pelo saber médico e atendeu a fins ideológicos e políticos. As transformações sociais e ideológicas do século XX culminaram na necessidade de mudança requisitada pela Reforma Psiquiátrica e na conquista dos pacientes ao direito de retornar para casa e para suas famílias. Essa nova situação, permeada pela tentativa de instituir um incipiente modelo de assistência em Saúde Mental, apresentou como particularidade a relação próxima entre família e serviços de Saúde Mental. As observações e conversas no CAPSi, campo de investigação dessa pesquisa, intentaram apreender o cotidiano das famílias e as possíveis alternativas de atendimento que tomassem em consideração as circunstâncias familiares. Entendemos que conceber a posição das famílias nos serviços de Saúde Mental é um questionamento ainda embrionário a ser ajustado entre os saberes atuantes nos dispositivos pós-Reforma. A discussão sobre os vínculos familiares, ancorada na perspectiva teórica da Psicanálise Vincular, anunciou conceitos elementares como herança psíquica, pacto denegativo, alianças inconscientes, aparelho psíquico familiar, entre outros. O conceito de organizador familiar auxiliou a pensar sobre as trajetórias familiares e estabelece uma espécie de identidade à família, assim como interfere no estabelecimento de seus contornos. As trajetórias das famílias na instituição, assim como a posição que elas estabelecem diante da abordagem institucional, refletem os fantasmas e os organizadores partilhados pelo grupo-família. Conclui-se que a família constitui importante protagonista a ser considerada nos processos terapêuticos e políticos atuais e, dessa forma, é fundamental acolher os vínculos familiares, pois as alianças atuam nos destinos afetivos, assim como tentam permanecer impermeáveis às mudanças propostas.

Palavras-chave: Família, Psicanálise, CAPSi, Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

This study emerged and founded itself with the aim to analyze the position taken by the family – and the implications in this subjective area – in attending children and adolescents in a Childhood Psychosocial Care Center (CAPSi). A secondary goal has come up as the comprehension surrounding the institutional representation made about the family and the service offered to children, adolescents and relatives. For such, the historical perspective on the relation between the State (laws and institutions) and the family was resumed, and the understanding of how it was reconciled by the medical knowledge and attended the ideological and political means. The social and ideological transformations of the 20th century culminated in the need of change required by the Psychiatric Reform and the achievement of patients on the right to return home and to their families. This new situation, permeated by the attempt of building an assistance model in Mental Health, presented a peculiarity—the close relationship between family and Mental Health services. The observations and conversations at CAPSi that were the investigation objects in this research, intended to learn on the quotidian of families and the possible treatment alternatives that would take into account the family circumstances. Conceiving the status of the families in Mental Health services is a germinal matter yet to be adjusted among the active knowledge in the post-Reform devices. The discussion about the family bonds, anchored in the theoretical perspective of Binding Psychoanalysis brought up elementary concepts such as psychic heritage, denial pact, unconscious alliances, the familiar psychic set, among other. The concept of family organizer helped to think of the family trajectories and establishes a sort of identity for the family, as well as interferes in the establishment of its boundaries. The family path within the institution, as well as the status they establish facing the institutional approach, reflect the ghosts and the organizers shared by the group-family. It follows that the family is an important protagonist to be considered in the current therapeutic and political processes and, thus, is key to welcome the family bonds for the alliances act over the affective destinations, as well as try to remain sealed from the proposed changes.

Keywords: Family, Psychoanalysis, CAPSi, Psychiatric Reform.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 A RELAÇÃO ENTRE ESTADO E FAMÍLIA: DOS MANEJOS POLÍTICOS ÀS NORMAS FAMILIARES	19
1.1 Estratégias e usos políticos da família	19
1.2 A família “usuária” e a família “acompanhante” das/nas instituições	26
1.3 E hoje? Sobre a atualidade da relação CAPS, CAPSi e família	30
2 A CONVIVÊNCIA COM A LOUCURA E AS POSSIBILIDADES DE CUIDADO NA/DA FAMÍLIA	40
2.1 O cotidiano do cuidado: travessias e enfrentamentos	41
2.2 A escuta da família	48
3 A FAMÍLIA COMO GRUPO PRIMÁRIO: MATRIZ DOS LAÇOS DE VIDA E MORTE	53
3.1 Organizadores, fantasmas e vínculos	55
3.2 A transmissão psíquica geracional: a constituição dos laços a partir da herança psíquica	61
3.3 As singularidades da transmissão no grupo familiar psicótico	65
4 indo a campo: afetos e descobertas na pesquisa	69
4.1 A instituição CAPSi: funcionamento técnico e as “boas vindas”	71
4.2 Família: figurante ou protagonista?	75
4.2.1 “Varanda de esperas”: fronteira entre esperança e marasmo	76
4.2.2 Dos pactos denegativos entre família e instituição	83
4.2.3 Da rotina penosa à vida familiar exaustiva	89
4.2.4 O grupo de familiares: dificuldades e avanços	94
5 DISCUSSÃO	101
CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	110

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa se precipita a partir da inquietação mobilizada após uma prática de observações que realizei numa instituição **Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSi)**. Naquelas observações, datadas de quando ainda cursava a graduação em Psicologia, tateei impasses e desencontros no relacionamento entre a instituição e as famílias de usuários ali atendidos. A sala de espera da instituição foi a circunstância que mais me chamou a atenção na época, e se revelou como um lugar em que os familiares esperavam pelo atendimento das crianças e adolescentes que ocorria no interior da casa, costurando na sala de espera seus “crochês”, e conversando, entre outros assuntos, sobre a falta de “ritalinas” nas farmácias, a assistência pública que seus filhos recebiam... Pareciam tecer conversas que versavam sobre um saber ainda não apreendido na *práxis* do dia a dia da instituição, diálogos distanciados da porta que os separavam do lado de dentro da casa. Ao pensar sobre a lógica dessas mães e pais estarem na sala de espera, enquanto seus filhos eram atendidos no interior da casa, tornou-se claro que essa era a configuração que a instituição parecia conceber como forma mais viável de atendimento. Em contraposição, eu pensava nas possibilidades de outros tipos de acolhimento para esses pais e filhos, possibilidades que abrangeriam a escuta das demandas criadas pela família, a qual teria a criança como uma das representantes.

Entendi que não era o acaso que definia tal configuração de atendimento. Soube, pelos funcionários, naquela época, que os atendimentos à família eram realizados em dias e horários determinados, sendo que em algumas dessas ocasiões, a adesão dos familiares era escassa, e novamente, um distanciamento se fazia presente, agora partindo do desejo da família de não comparecer. Na época, não ficou claro o que motivava tal distanciamento, caracterizado por poucas atividades que incluíam as famílias na instituição e famílias que pouco recorriam aos serviços ali oferecidos. Então, afetado por tais dimensões, a seguinte questão emergiu: essa

família é acompanhante ou usuária? Isto é, a família é parte integrante do atendimento ou é responsável somente por levar a criança ou o adolescente ao CAPSi; ou ainda, haveria uma combinação de elementos que transitariam entre este e outros campos de inserção da família na instituição?

Diante de tais questionamentos novas reflexões sobre a relação família e instituição afluíam no vínculo/conluio/amálgama que habitavam o cenário de pesquisa. Assim, o presente estudo emergiu e se fundou com o objetivo principal de **analisar a posição ocupada pela família – e as implicações desse campo subjetivo – no atendimento de crianças e adolescentes e no cotidiano institucional de um CAPSi**. Como objetivo secundário, tomou relevo a compreensão acerca das representações institucionais tecidas sobre a família e o atendimento oferecido às crianças, aos adolescentes e familiares.

A escolha pelo termo posição, tanto no título como no ponto de partida para o desenvolvimento da pesquisa e das argumentações, condiz com a definição de Lacan (1965/1998), na qual a tentativa de apreensão do sujeito do inconsciente leva em conta qual sua posição frente ao desejo do Outro, nesse sentido, o sujeito é concebido na alteridade.

Na cadência dessas reflexões, recorro à mitologia do deus Jano, um dos deuses mais antigos de Roma, o qual é marcado pela ambivalência. Dono de duas faces em sentido contrário, Jano se transformou em deus da transição, pois olha para o passado e para o futuro. O seu duplo rosto vigia tanto as entradas como as saídas, olha ao mesmo tempo para o interior e para o exterior, para cima e para baixo, para frente e para trás, carregando em um único ser a ambivalência que o olhar pode possuir (Chavelier & Gheerbrant, 1997). O mito reluz a possibilidade de encontrar na ambivalência do olhar, e da observação, elementos que conduzirão a presente pesquisa, a qual parte de um olhar amplo para as diferenças e complementaridades da situação da família e da instituição, tomando-se em consideração os

autores e o cenário em que as cenas são produzidas, e ainda, a impossibilidade de dissociar os fenômenos que ocorrem concomitantemente.

O olhar de Jano, em alguns aspectos, se assemelha à postura que propõe a Psicanálise no campo de pesquisa, haja vista que, a Psicanálise, com sua atenção flutuante e abertura à ambivalência, bem como a importância dada aos diferentes sentidos da linguagem (Freud, 1922/1996), está também atenta a vários campos, entradas e saídas, interior e exterior.

Freud, em “Dois verbetes de enciclopédia” (1922/1996), afirma que o termo *psicanálise* possui três sentidos: um método para investigação de processos mentais inconscientes; uma modalidade de tratamento; e o corpo teórico formado por concepções adquiridas, formando uma nova disciplina científica (p. 251). A descoberta de Breuer - sobre a existência de sentido e significação na constituição dos sintomas histéricos - permitiu a Freud, a construção de um método investigativo que poderia auxiliar tanto no entendimento da psique como uma disciplina, como também em uma modalidade de tratamento.

Lima (2010) afirma que a investigação em Psicanálise deve sempre partir do lugar de *não-saber*. O sujeito que utiliza o método investigativo pretendendo escutar analiticamente a quem o procura, não pode se limitar a seguir processos como se faz quando se utiliza algum protocolo, pois a utilização deste, em Psicanálise, se revela como defesa daquilo que vem do outro, interpondo-se na relação transferencial.

Segundo Freud (1922/1996), a partir da *interpretação psicanalítica*, a qual se utiliza da *relação transferencial* estabelecida entre terapeuta e paciente, o analista busca interpretar o sentido inconsciente presente no discurso, adotando para tal uma *atenção flutuante* e considerando a singularidade de cada sujeito. Nesse sentido, devido à sensibilidade em seu método para cada caso, a Psicanálise é uma ciência em constante construção e transformação, cujo avanço do conhecimento não tolera rigidez. A ausência de rigidez da Psicanálise não diz

respeito só à construção de seu corpo teórico, mas transpassa contextos de aplicação e investigação, indo além dos consultórios.

Segundo Elia (2000), o lugar clássico ocupado pelo início do exercício psicanalítico foi o consultório particular. Tal *locus*, naturalizado ao longo do tempo, foi visto, por muitos, como condição estrutural para a prática analítica. Herrmann (2005) chama a atenção para o fato de que essa práxis mencionada se limitou a um *padrão*, ou seja, um *modus operandi* que pode se tornar inútil se não for considerado o contexto em que se aplica. O método psicanalítico ultrapassa em muito esse padrão imaginado pelos críticos e ainda por alguns psicanalistas, pois o método pode ser aplicado em várias outras áreas do *saber* e de pesquisa.

Elia (2000) propõe que “as formas de aplicação da psicanálise são inúmeras” (p. 28). Segundo o autor, a Psicanálise é sensível a critérios relacionados, por exemplo, à posição do sujeito em face de seu desejo, e não se limita a se ordenar pela posição social, credo, nível cultural do sujeito que é ouvido.

Herrmann (2005) ainda aponta para a diferença que se estabelece entre *técnica* e *método*. A técnica psicanalítica desenvolvida por Freud é aquela utilizada na clínica, consistindo na atenção flutuante, interpretação transferencial, neutralidade... Quanto ao método interpretativo, Herrmann diz que esse ultrapassa a técnica e pode ser utilizado fora do consultório, nos locais onde a técnica clássica é inexequível. A ideia de clínica *extensa* consistiria então 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 pesquisa.

Ainda segundo Herrmann (2004), a interpretação psicanalítica (ou escuta interpretativa) escuta do discurso aquilo que é escamoteado pelo cotidiano. Para o autor, o bom analista é aquele a quem o oculto salta à vista e que não dispensa os detalhes mais banais, pois podem ser eles próprios que dão vigência aos *campos inconscientes*. Assim, pode-se concluir que

para se considerar a utilização do método, deve-se tomar em conta qual o campo de pesquisa ele estará inserido, e ainda, também de relevante importância, a singularidade e afetividade de quem utiliza o método psicanalítico.

Figueiredo (2002), por sua vez, postula que os limites, entre subjetivo e objetivo na pesquisa psicanalítica, se turvam. O pesquisador psicanalítico não se limita a reproduzir o que é ouvido, pois, muito além, apresenta novos sentidos, transformando o que foi vivido na prática investigativa. A autora resgata o termo de *participação observante* de Durham (1986 citado por Figueiredo, 2002), para trabalhar a ideia de que ela própria não está desimplicada de sua pesquisa.

Para Iribarry (2003), o pesquisador psicanalítico se apresenta como o primeiro sujeito de sua pesquisa, ou seja, ele também está implicado como um importante participante na investigação realizada. O autor diz que o trabalho de análise “prioriza o estilo e a marca singular daquele que se coloca como analista para um outro” (p. 117). O uso do método é sempre uma apropriação do autor que, utilizando-se do método freudiano, descobre um método que é seu, singularizando o método dentro da pesquisa que se faz.

Considerando tais aspectos, cabe refletir sobre as circunstâncias em que o método psicanalítico é exercido em um campo de pesquisa específico, a saber, uma instituição. Segundo Kaës (1991), há uma realidade psíquica mobilizada pela instituição e essa realidade deve ser levada em conta quando o analista está inserido nesse campo. De acordo com o autor, na instituição circulam representações comuns a todos e também *matrizes identificadoras*, as quais são compartilhadas por aqueles que compõem o corpo institucional, seja no nível da equipe ou dos usuários.

Para Neves (1999), 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 paredes. 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 psicanalítica, Gomes e Levy (2009) postulam 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.

Nesse sentido, de acordo com Kaës (2010), 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 sintoma.

Tendo concluído a apresentação do método que auxilia a condução da pesquisa, passo à apresentação de como o texto se estrutura.

No primeiro capítulo, o texto aborda o estabelecimento da relação entre Estado e família a partir do período da Revolução Francesa. Tomando por base os interesses políticos pelos quais o ideal de grupo familiar foi sendo moldado, discute-se a transformação dos papéis atribuídos a cada membro, assim como os critérios utilizados pelos operadores da ordem médica para se considerar ou não o grupo como família. O capítulo também trata da incisão da ordem médica na norma familiar brasileira, criando novos valores e problemas. Assim, cria-se espaço para falar da atual relação entre o novo sistema de Saúde Mental e o grupo-família, considerando o modelo CAPS e os espaços ocupados pela família na abordagem do novo serviço.

O segundo capítulo discorre sobre a rotina familiar na convivência com a psicose, descrevendo as implicações de cuidado e estresse para o cotidiano da família. Nesse sentido, aprofundar-se-á sobre a situação da família de crianças em quadros que demandam atenção dos serviços de Saúde Mental. Esse tópico trará também, em contrapartida, a possibilidade de trabalho com essas famílias e algumas estratégias que podem ser exercitadas.

No terceiro capítulo, o grupo família será pensado enquanto subjetividade, analisando as características de sua vinculação, a transmissão que ela possibilita e o sofrimento vivido quando a família carece de ferramentas para lidar com os fantasmas que ela vivencia. Utilizo, para tal, as contribuições da vertente psicanalítica *Psicanálise Vincular*, a qual tem um importante arcabouço teórico sobre o sujeito família. Nesse sentido, o primeiro tópico do terceiro capítulo abrangerá os vínculos, os organizadores e os fantasmas familiares, delegando ao segundo tópico uma análise sobre a transferência psíquica geracional, para que se possa entender amplamente, no terceiro tópico, as características peculiares acerca da estruturado grupo familiar psicótico.

O quarto capítulo versará sobre as descobertas experienciadas no campo de pesquisa. A análise é pautada no arcabouço teórico que auxilia a pensar as posições familiares e institucionais. Ao mesmo tempo será abordado como se estabelece a posição da família na instituição CAPSi observada. Para tanto, são apresentados e discutidos personagens e episódios, dramas e impasses que traçam uma relação imbricada para a análise geral.

Após a apresentação dos achados e a análise inicial dos mesmos, a discussão objetiva tecer uma reflexão que, de certa forma, problematiza levantamento teórico, impressões iniciais sobre o campo de pesquisa e análise tecida após a vivência na instituição, buscando-se também pensar como a realidade encontrada insere-se num contexto mais amplo e histórico, abrindo-se espaço para a tessitura das considerações finais.

Por fim, fechando o presente texto, as considerações finais apresentarão possibilidades e desdobramentos das questões apresentadas aqui, ao mesmo tempo em que reflete sobre algumas das circunstâncias do presente estudo.

CAPÍTULO I - A RELAÇÃO ENTRE ESTADO E FAMÍLIA: DOS MANEJOS POLÍTICOS ÀS NORMAS FAMILIARES

Em outros termos, as famílias se desestruturaram por terem seguido à risca as normas de saúde e equilíbrio que lhes foram impostas.

Jurandir Freire Costa

Ordem médica e norma familiar, 1983

Nesse capítulo será abordada como, historicamente, foram estabelecidas as relações entre instituição/Estado e família. Tomando em consideração os fatores históricos mais gerais, sabe-se que a família foi, de certa forma, usada nas manobras e manejos políticos; assim, interessa compreender como essa manipulação refletiu na família. Pretende-se entender também, como atualmente essa relação se estabelece no novo modelo de Saúde Mental e, para tal, parte-se da perspectiva histórica levantando sentidos e construções teóricas, para, posteriormente, se analisar mais especificamente como essa relação se constitui na instituição pesquisada.

1.1 Estratégias e usos políticos da família

O discurso da moral familiar se tornou tão naturalizado no senso comum dos tempos atuais que às vezes se perde a noção da ideologia construída historicamente. O Estado liberal burguês, o qual se consolidou após a Revolução Francesa do século XVIII, percebeu a importância de influenciar a família para que os interesses do Estado fossem garantidos. Após o estabelecimento do novo regime, com a queda da aristocracia e a ascensão da burguesia, a França elaborou estratégias para coibir manifestações populares que pudessem transformar a

insatisfação da população em novas rebeliões. Vendo na família uma aliada, o Estado, aos poucos, com a ajuda da incipiente ciência médica positivista, interferiu no comportamento dos sujeitos utilizando a família como instrumento, a fim de regular o comportamento destes num espaço social maior. Assim, a nova ideologia estabeleceu um inédito ideal de amor familiar, e ainda, na ausência dele, a crença da causa das doenças e perigos que a família desajustada¹ poderia acarretar. Institui-se assim um novo espaço familiar, visando ferramentas para a manutenção da ordem (Donzelot, 1980).

Miskolci (2005) reforça a tese de que a família burguesa foi utilizada como instrumento de regulação econômica e controle social. A primeira distinção entre as categorias de normal e anormal², segundo o autor, se deu no seio do grupo-família, e toda e qualquer “dissidência com relação a seu modelo economicamente produtivo e biologicamente reprodutivo passou a ser classificada como desvio” (p. 13).

Ainda segundo Miskolci (2005),

a psiquiatria se esmerou em abranger o domínio que ia da irregularidade familiar à infração legal e, dessa forma, passou a associar as anormalidades na família com os desvios sociais. Um desviante, criminoso ou louco, passou a ser julgado ou diagnosticado sempre a partir de sua inconformidade à formação normativa familiar. Sobretudo, o recém-criado desvio consolidou-se no pensamento médico e criminológico como um fenômeno biológico, produto de uma natureza anormal (p. 14).

Com a ajuda do saber médico-psiquiátrico para a utilização do espaço familiar como sujeito político estratégico dos Estados incipientes, foram relegados aos membros da família diferentes funções e papéis. Segundo Donzelot (1980), à mulher foi atribuído o papel de mãe

¹ O termo “família desajustada” surge na literatura médica no séc. XVIII, para designar aquelas famílias que não se ajustavam às condições de higiene mental propostas pela medicina. Nesse sentido, tais famílias eram tidas como produtoras de “crianças-problema” (termo que substituiu, na literatura brasileira, a “criança anormal”), haja vista que a sua forma de educar não era aprovada pelas normas higiênicas (Lima, 2006, p. 133).

² A distinção entre “normal” e “anormal”, segundo Miskolci (2003), surge na interseção entre o conhecimento sociológico e médico, ambos imbuídos na prática de medir e classificar. O termo normal vem de *normalis*, que quer dizer seguir a regra. Quem estava de acordo com os preceitos normativos eram considerados normais, enquanto a anormalidade condizia com aquilo que divergia da imposição das normas (p. 110).

e esposa que, além de regular o comportamento do marido no sentido de impedir atos indesejados (como passar noites em bebedeiras e frequentar reuniões não permitidas pelo Estado), era sua responsabilidade a educação dos filhos, devendo seguir as normas estabelecidas pela medicina higiênica. Ao homem foi atribuído o papel de provedor e mantenedor da ordem.

Sennett (2001) aponta ainda que ao pai dessa família foi relegado lugar semelhante ao de patrão. Ora um patrão rígido, monitorando o que ocorria no seio familiar; ora um patrão paternalista e líder, que protegia, amava e educava seus “empregados”. Essa metáfora foi manejada conforme necessitava o Estado e a economia liberal, com a crescente e calculada liberdade que ela demandava.

Dessa forma, o bom desenvolvimento das crianças sinalizava que o pai e a mãe estavam cumprindo bem os seus papéis; entretanto, se houvesse algum comportamento indesejado dos filhos, os culpados estariam no círculo familiar. Isso era relevante aos governantes, pois, como afirma Donzelot (1980), no final do século XVIII, a conservação das crianças significava à elite pôr fim aos malefícios da criadagem, promovendo o interesse em uma educação que pudesse fazer frente ao constante abandono das crianças, o que gerava, na opinião da elite, a constituição de adultos desajustados e criminosos.

Segundo Foucault (1975/2001), a preservação das crianças passou a demandar do Estado a criação de instituições e a fiscalização do ambiente familiar, realizada pela polícia médica que punia os familiares de diferentes formas, desde a segregação entre pais e filhos até a perda definitiva da tutela, quando algo não desejado pela medicina higiênica era encontrado. Assim, desenvolveu-se ao longo dos três últimos séculos, uma ciência especializada no oferecimento de normas dirigidas aos indivíduos, construindo um saber sobre a melhor maneira de desenvolver o corpo e a moral das crianças e adolescentes.

Havia, sobretudo, interesse numa educação capaz de assegurar a formação de um adulto “saudável moralmente”. A partir do interesse pela infância, a medicina produziu vários livros que ensinaram a família burguesa métodos de criação das crianças, expurgando crenças compartilhadas no passado. A partir desse período, “não se trata mais de assegurar proteções discretas, mas sim, de estabelecer vigilâncias diretas” (Donzelot, 1980, p. 27).

Outra forma de vigilância encontrada pelo Estado foi a criação de instituições de ensino, que transferiam a tutela da educação das crianças para o Estado. Unindo a função de instituições filantrópicas com a função das instituições sanitárias de ensino, o Estado aliou a norma sanitária com a moral econômica, fornecendo assistência à família e a educando segundo os preceitos idealizados (Donzelot, 1980). Como aponta o autor, o Estado, ao oferecer educação formal aos filhos e filhas das famílias pobres, iniciou um processo de *tutelarização* (p. 89), que aliou os objetivos sanitários e educativos aos métodos de vigilância econômica e moral. Tal ação visou, veladamente, a suspensão do poder patriarcal, permitindo ao Estado acesso e intervenção diretos às normas familiares, diminuindo a autonomia do grupo familiar. Nesse sentido, o Estado estabelece, no final do século XIX, “toda uma série de passarelas e conexões entre a Assistência Pública, a justiça de menores, a medicina e a psiquiatria” (p. 84/85), sistematizando seu aparato de higiene familiar.

Aos poucos, o Estado sistematizou maneiras de vigiar as famílias sem que elas tomassem conhecimento dessa vigilância. Uma dessas estratégias estruturou-se na criação e manutenção do domínio legal. Segundo Centa e Elsen (1999), no século XIX, com a reforma social, o Estado passou a legislar sobre o casamento, regulamentando também os processos de adoção e determinando quais os direitos dos filhos naturais, instituindo o divórcio e limitando o poder paterno. Dessa forma, o Estado garantindo os direitos individuais, encorajou a união familiar e paterna.

No contexto brasileiro, Jurandir Freire Costa (1983) resgata os caminhos do estabelecimento da relação entre governo e família. Em relação à realidade brasileira, nos deparamos, de início, com a transição entre realidade colonial e a mudança da família real portuguesa para o Brasil, período que acarretou diversas mudanças sociais e econômicas para o país. Para a consolidação da nação, se fez necessário inscrever nos indivíduos sentimentos de pertencimento à nação e, nessa feita, o Estado encontrou uma forte rival, a família colonial.

No Brasil colônia, a dispersão territorial resultava em dispersão política, e ser brasileiro significava mais uma profissão em relação à extração do pau-brasil do que uma nacionalidade. O círculo familiar colonial, composto por parentes consanguíneos, dependentes do patriarca e escravos, representava a “instituição” da qual tinha-se o senso de pertencimento. A família seguia os costumes católicos e auxiliava na missão evangelizadora na colônia. O patriarca era chefe e legislador da sua propriedade, como também daqueles que moravam ou se empregavam nela. Assim, a família latifundiária é o que se tinha como família, e qualquer formação social, que ia contra ela, era aniquilada. Para a constituição de um forte alicerce, a família tendeu a criar mecanismos de vinculação dos membros, sendo vínculos decisivos para a organização emocional. A casa colonial detinha todos os tipos de afazeres sociais e econômicos e a cidade funcionava como extensão das propriedades das famílias rurais, de modo que os habitantes se empregavam nos engenhos dos senhores (Costa, 1983).

Com a descoberta das minas de ouro, as configurações de família divergiam um pouco das relatadas por Costa em relação às famílias dos engenhos e latifundiárias. Segundo Samara (2002), nos centros de exploração das minas surgiu famílias menos tradicionalistas, e essas regiões se tornaram “uma mescla de raças e origens diversas e mais difícil de ser controlada” (p. 33). Tornou-se comum nesses lugares o concubinato e a ilegitimidade dos filhos. Para o poder instituído, a fixação de impostos conforme o padrão da colonização não era algo fácil.

Quando então ocorreu a fuga da família real portuguesa para o Brasil, Costa (1983) conta que o Estado português se viu na obrigação de mudar o ambiente familiar colonial a fim de abrir as portas para os costumes e interesses econômicos que almejavam adentrar no Brasil. As técnicas disciplinares saíram do ostracismo colonial e vieram para o primeiro plano da cena político-urbana. “O dispositivo médico inseriu-se assim na política de transformação familiar compensando as deficiências da lei” (p. 62). A medicina utilizava-se de táticas que prezavam pelo reforço, e recompensa oferecidos às famílias que seguiam com disciplina a norma médica, coincidindo com o retrato do bem-estar familiar à família que seguia com fervor as novas instruções. O desenvolvimento de uma nova moral da vida e do corpo agiu de modo que as leis se beneficiassem das novas normas, suplantando a norma médica no estado jurídico.

Segundo Gondra (2000), a norma médica proporcionou o redimensionamento dos valores da família brasileira. Em relação às famílias ricas, as ações convergiam na disciplinarização do cuidado e na extirpação das singularidades que não estavam em consonância com a norma médica. Já para as famílias pobres, o principal objetivo das autoridades médicas era a criação de instituições especializadas na disciplina e educação, visto que os filhos dessas famílias eram concebidos como potenciais marginais.

De acordo com Costa (1983), “o repertório de sentimentos e conduta antes administrado pela família era encampado pela medicina e, através dela, devolvido ao controle estatal (p. 64)”. O amor higiênico, engendrado pelos costumes burgueses e pelo saber médico, era o prenúncio da educação e da ordem familiar transferidas ao Estado. Foram alterados todos os espaços do círculo familiar, o ambiente da casa e a sua relação da casa com a rua, a escolha dos parceiros amorosos, a relação com os filhos e a sua educação, o tratamento dado aos escravos, entre outras situações, foram reguladas pelo conhecimento higiênico.

De acordo com Cruz, Hillesheim e Guareschi (2005), a mulher tornou-se, nesse período, um dos principais alvos do discurso médico brasileiro. A intenção era persuadir a mulher para que a felicidade do lar fosse responsabilidade dela, assim como o desenvolvimento moral dos filhos. Esse discurso surge pela compreensão da ciência de que o mau cumprimento dos papéis da família higiênica refletia o aumento do número de sujeitos marginais (criminosos, moradores de rua, etc.). De acordo com os autores, “a estratégia era tomar a mulher como alvo para atingir toda a família, especialmente as crianças” (p. 44).

Segundo Gomes e Adorno (1990), os cuidados básicos gerais dados à criança durante o período do Brasil Colônia foram paulatinamente substituídos por uma assistência sistematizada que geria desde os cuidados elementares, como por exemplo, o jeito de se vestir, até as práticas pedagógicas e disciplinares mais complexas, responsáveis pela saúde moral da criança e do jovem. Essa nova forma de organização familiar se tornava compatível com o novo regime que se desejava instaurar a partir do século XIX no Brasil, que visava a criação de uma família que desse suporte ao surgimento do Estado/Nação.

Como aponta Costa (1983), novas formas de intervenção na família nasciam na vida privada,

[...] ao contrário da justiça, reconhecia-se a falta e a culpa familiar, mas insistia-se em afirmar que o faltoso era irresponsável. A irresponsabilidade e a ignorância não eram acidentes atenuantes do crime. As duas condições definiam a essência da infração familiar. Elas tinham que ser mantidas, defendidas, estimuladas, pois foi sobre elas que a higiene se apoiou para remanejar as relações de estigma da incompetência e do desconhecimento é o que lhe permitiu criar um tipo de dominação sobre a família, análogo ao da relação de tutela, descrita por Castel, a respeito da apropriação médica da loucura. A irresponsabilidade da própria culpa, mas não da correção. Esta última passou a apresentar-se e a exercer-se como necessária ao próprio bem do infrator (p. 71).

As novas técnicas higiênicas propiciaram o espaço para o nascimento de instituições que visavam monitorar e policiar as famílias, e ainda, auxiliar o Estado em sua política higiênica, cuidando daqueles que eram considerados como fora da norma. Nesse sentido, faz-se relevante iniciar a discussão sobre a instauração de instituições higiênicas.

1.2 A família “usuária” e a família “acompanhante” das/nas instituições

Venâncio (1999) elaborou um estudo sobre uma das principais instituições que acolheu a infância em nosso país, a *Roda*, instituição que tinha como razão acolher as crianças abandonadas, sem que fosse necessária a identificação de nenhum dos pais. Venâncio trabalhou acerca das significações que a instituição estabelecia com o contexto social da época, detalhando sobre o tipo de serviço oferecido e o seu uso por parte das famílias e da sociedade.

Nas *Rodas*, vigentes da metade do século XVIII ao final do século XIX, as crianças eram abandonadas em uma espécie de dispositivo que permitia que tal ato fosse anônimo; sendo assim, era possível abandonar um recém-nascido sem qualquer risco legal ou julgo moral. Analisando as realidades de Rio de Janeiro e Salvador, Venâncio (1999) demonstra que, enquanto a *Roda* esteve disponível e legalizada, foi de amplo uso para a população. Entretanto, tal instituição não estava equipada para receber as crianças que eram abandonadas, sendo altíssimos os índices de morte relatados pelos documentos dessas instituições.

Na época, o saber higienista julgava que as famílias pobres utilizavam a *Roda* sem receio e sem grandes implicações afetivas, servindo-se dos dispositivos para corrigir faltas morais. Entretanto, Venâncio (1999) aponta que as famílias relutavam em abandonar seus filhos; muitas vezes o faziam por não ter condições de proporcionar os cuidados básicos necessários, devido às dificuldades na numerosa família. Há também alguns relatos de que mães

abandonavam anonimamente crianças na *Roda* para, pouco tempo depois, requisitar o cuidado da criança como *cuidadora* contratada pelo governo, pois assim receberiam salário para tal cargo. Esses fatos eram supervalorizados pela medicina higiênica, que tentava demonstrar, através desses episódios, a pobreza moral das famílias pobres.

Gondra (2000), analisando discursos de médicos da época, demonstra como o retrato da mulher pobre era concebido pela medicina higiênica, o que permeava o sentido concebido pela medicina ao uso das *Rodas* pelas mulheres, e, por sua vez, a manutenção desse dispositivo. Segundo o autor, a mulher, vista como uma “vítima dos sedutores” (p. 104), era tida como objeto dos homens, e nesse sentido, não responsável pela gravidez. Assim, as *Rodas* funcionariam como uma espécie de perdão, já que a tutela e responsabilidade pelas crianças passariam para o Estado, com a criação de “Hospícios de Enjeitados” (p. 104). Tal casa de cuidados garantiria a moralidade das crianças.

Segundo Marcílio (1998), na *Roda* e nos departamentos adjacentes responsáveis pelo cuidado das crianças, como é o caso das Santas Casas, o índice de mortalidade era altíssimo. Esses altos números eram circunstanciados pelos precários cuidados técnicos e instalações inapropriadas dos hospitais e orfanatos que eram encarregados de cuidar das crianças; pela condição em que as crianças eram deixadas na *Roda*, trazidas de longe, expostas ao frio da noite e ao calor do dia; e ainda, ocasionado pela ineficácia do discurso da medicina higiênica no âmbito das instalações da *Roda*, pois as iniciativas dos médicos não produziam os efeitos esperados, de modo que as estratégias não se concentravam em mudanças estruturais das condições básicas de cuidado, como por exemplo, os cuidados de amamentação. Obstante, a medicina se esforçava em medidas paliativas sem real alcance, demonstrando não estar em consonância com a real necessidade e situação.

Venâncio (1999) conta ainda que a instituição foi utilizada, por muitos, como possibilidade para a prática de caridade, empenhando dinheiro e esforços na manutenção das

instituições, motivados por ideais religiosos. Assim, a *Roda* também se tornou espaço para a expiação de pecados.

Nesse sentido, pode-se apreender que a instituição *Roda* foi sendo utilizada de diferentes modos, os quais se distanciavam das necessidades das famílias, servindo ao Estado e, por vezes, deturpando as reais demandas e desejos da população. Dialogando com a perspectiva psicanalítica de Paul Fustier (1998), parece pertinente refletir e recuperar os elementos assinalados no primeiro tópico desse capítulo, a saber, o conhecimento da medicina higiênica, a moral vigente utilizada pelo Estado, entre outros, para tatear as matrizes que sustentam o sistema ideológico-teórico nas instituições (especialmente aquelas direcionadas à infância e adolescência) criadas pelo governo brasileiro ao longo do tempo.

Algumas circunstâncias fizeram a *Roda* perdurar, por várias décadas, como importante dispositivo para lidar com a orfandade. A ideologia médica e estatal vigente na época postulava que as pessoas pobres utilizavam a *Roda* para cobrir suas faltas morais. Outro importante elemento era a ajuda financeira da elite para a manutenção da *Roda*, haja vista que a caridade significava a expiação dos pecados. Um dos fatores que poderiam justificar o fechamento das Rodas eram os altos níveis de mortalidade das crianças recém-nascidas. Porém, a religiosidade das pessoas que trabalhavam e conduziam a instituição fazia acreditar que o sofrimento e morte dos recém-nascidos, assim como a inocência atribuída a eles, forneciam acesso direto dessas crianças ao paraíso, amenizando possíveis críticas aos níveis de mortalidade (Venâncio, 1999).

Fustier (1998) aponta que para a manutenção de uma instituição alguns elementos devem se fortalecer entre si. É necessário que elementos externos à instituição estejam em consonância com o funcionamento interno, ou seja, a ideologia que circula na ciência e no Estado deve estar em equilíbrio com o funcionamento e a prática internos à instituição. Pode-se perceber tal conformidade na trajetória da *Roda*, haja vista que as circunstâncias

financeiras e ideológicas influenciavam e encontravam significado na forma que a instituição *Roda* adaptava seu funcionamento.

Para além da instituição *Roda*, Costa (1983) aborda a realidade asilar no Brasil, apontando para a construção e manutenção de internatos que prezavam o “bom desenvolvimento e a boa saúde” (p. 179) dos jovens brasileiros. O autor argumenta que os internatos eram locais para a medicina higiênica desenvolver e aplicar os novos conhecimentos e justificar as boas técnicas, em detrimento dos prejuízos do cuidado familiar sem planejamento e acompanhamento.

De acordo com Cruz *et. al.* (2005), surgiu em 1828, a chamada “Lei dos municípios”, que desobrigava algumas câmaras municipais da incumbência de criar ou administrar diretamente as instituições que cuidassem de crianças abandonadas. De acordo com Marcilio (1999), essa lei deu margem para a fase filantrópica do cuidado às crianças abandonadas, surgindo alianças entre caridade e governo: a caridade se encarregava de administrar as instituições e o governo era o responsável pela verba. Desse modo, a ideologia, sobretudo religiosa, dos responsáveis pela administração das instituições, permeava a educação e o cuidado dado a essas crianças.

Apesar de delegar a responsabilidade das instituições de cuidado às crianças abandonadas às instituições público-privadas, o governo ainda se interessava pelo campo dos “menores abandonados”. A infância, sem o resguardo dos cuidados da família higiênica, era significada como foco de periculosidade e, nesse sentido, as crianças abandonadas eram comumente concebidas como possíveis marginais. A preocupação com esse campo também estava relacionada ao crescimento do contingente de pessoas que viviam nas ruas das grandes cidades, sendo tal número de pessoas reforçado pelo crescimento desordenado dos centros urbanos, além de conviver com as mudanças econômicas e sociais, como por exemplo, o fim da escravidão (Bulcão, 2002).

De acordo com Foucault (1996 citado por Cruz *et. al.*, 2005), os indivíduos marginalizados passam a ser julgados pela virtualidade de seus comportamentos e são

segregados, pois são vistos como potenciais criminosos. Do mesmo modo, as crianças que estão em *instituições de sequestro*³ (p. 43), passam por um regime que tentam normalizá-las, vivem um cotidiano institucional de disciplina rígida para contrapor o potencial caráter criminoso de sua posição social.

Na década de 1920, segundo Cruz *et. al.* (2005), na administração pedagógica das instituições de ensino e abrigo, surgiu o movimento denominado como “Escola Nova” (p. 44). Tal movimento valorizava o discurso advindo da Psicologia científica. Esse discurso tinha como objetivo conhecer a melhor forma de se educar a infância, resultando, na década seguinte, uma ampla aplicação de testes, medições, entre outros aparatos que visavam ordenar as categorias normais e anormais. Assim, a Psicologia exerce na área da educação enorme influência sobre a construção teórica e técnica.

Segundo Martins e Brito (2003), no decorrer do século XX, a infância desajustada foi considerada como fruto da desagregação familiar. A teoria, assim como os laudos produzidos pelos técnicos de instituições de saúde e educação, reproduzia o padrão das elites sociais e tinham como modelo para a família, o trabalho e a moradia das elites burguesas. A ausência do pai já podia significar a desagregação familiar, resultando nos estigmas vividos pelas famílias desajustadas, consideradas como potenciais criadoras de jovens infratores.

De acordo com Ayres (2002), a prática psi, que se tornou hegemônica, sustentou-se em ferramentas teóricas descontextualizadas das questões sociais vigentes, produzindo em seu discurso a “*naturalização da perda do vínculo familiar em famílias pobres*” (p. 46).

É importante salientar que a relação das famílias com as instituições de cuidado, entre o século XVII até o final do séc. XX, se deu de modo afastado e aquém da demanda das famílias. Nesse sentido, analisando a literatura pesquisada, não se encontrou relato de

³ No livro “Vigiar e Punir”, Foucault (1977) chama de instituições de sequestro, a rede de instituições médicas, pedagógicas, industriais e penais, que têm como finalidade a vigilância e a disciplina. Tais instituições utilizam as internações e prisões para o controle, sobretudo, de três funções: do tempo, do corpo e do saber dos sujeitos a elas submetidos e nelas incluídos.

qualquer instituição que funcionasse de modo diferente em relação às famílias, que as considerassem usuárias do serviço. Assim, pode-se pensar, analisando o título do presente tópico – “A família usuária e a família acompanhante das/nas instituições” que, predominantemente na história brasileira, a família foi concebida pelas instituições como sujeito a parte de seu funcionamento, não envolvida pelo tratamento e sem a sua demanda de atenção concebida pelas instituições.

1.3 E hoje? Sobre a atualidade da relação CAPS, CAPSi e família

Tomando em consideração esses vários aspectos históricos, entra em cena a análise da atual relação entre Saúde Mental e família. Mais precisamente, interessa a relação entre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados a partir da *Reforma Psiquiátrica*, e sua relação com os familiares dos usuários.

Rizzini, Leite e Menezes (2013) lembram que ainda há o questionamento se as famílias, sobretudo as famílias pobres, são capazes de dar suporte aos filhos quando estes apresentam algum tipo de sofrimento psíquico ou deficiência, haja vista que, do século XVIII até o início da década de 1990, o Estado recorria sistematicamente às instituições fechadas e acreditava-se que ali era oferecido algum tipo de proteção que a família era incapaz de fornecer.

Rosa (2005) aponta que as instituições, sobretudo terapêuticas, predominantes até o início da década 1990, prezavam pelo *isolamento terapêutico*, isto é, a separação entre paciente e família. Isso se devia à forma pela qual a família era concebida pelo campo médico, como família alienante e responsável por dificultar o tratamento do paciente. Assim, a família era percebida como “agente patogênico” (p. 206), devendo ser isolada.

Ainda segundo Rosa (2005), a promessa de cura se devia somente ao tratamento e às técnicas da instituição. Sendo assim, os cuidados às famílias foram relegados a um segundo

plano, no qual a família esperava passivamente a melhora de seu membro. Para a autora, “a mensagem implícita era que o cuidado com o paciente era atribuição exclusiva dos trabalhadores da saúde mental e dos serviços assistenciais” (p. 206).

Na tentativa de humanizar o tratamento dos pacientes psiquiátricos, o qual se assemelhava mais a uma *barbárie* do que a intenção de melhora dos pacientes, idealizou-se o fim das instituições fechadas e a integração dos internos aos ambientes familiares e sociais, ideal que só ganhou ações reais a partir do final da década de 1970, quando Franco Basaglia, importante psiquiatra italiano, em visita ao Brasil, convocou a imprensa para denunciar as atrocidades do manicômio de Barbacena, fato que serve como um dos marcos para o começo das mudanças da Reforma Psiquiátrica, juntamente com o nascimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) (Arbex, 2013).

Borges e Batista (2008) argumentam que as mudanças institucionais estavam sendo fomentadas desde o final da década de 1980; entretanto, somente após anos de luta por mudanças legislativas que visavam acabar com as longas internações e ansiavam 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.

De acordo com Berlinck, Magtaz e Teixeira (2008), o primeiro CAPS surgiu em 1987, na cidade de São Paulo, criado por uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde na Antiga Casa de Saúde Anchieta, denunciada como local de maus tratos e mortes de pacientes, consistindo numa intervenção tanto no sentido terapêutico, como no sentido político e social. Tal ato repercutiu nacionalmente, demonstrando, naquela época, a real possibilidade de tratamento fora dos muros do manicômio. Em paralelo, surgia em Santos/SP, o primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), outro tipo de serviço substitutivo aberto 24 horas, todos os dias da semana, com característica especial de acolhimento de crises.

Segundo Amarante (2001), no novo modelo de atenção psicossocial, o dispositivo CAPS inseriu-se como ferramenta na proposta de substituição à visão hospitalocêntrica do trabalho com a “loucura”, para outra proposta embasada na interdisciplinaridade do serviço, considerando o sujeito em sua dimensão multifacetada. Dessa forma, o serviço do CAPS foi instituído por uma série de ações que visavam à reconstrução de laços perdidos ou rompidos pelo sujeito com o seu meio e/ou consigo mesmo, proporcionando condições para que os indivíduos vivenciassem um espaço de trocas afetivas e de desenvolvimento de novas subjetividades.

De acordo com a Portaria número 615, de 2013, do Ministério da Saúde, são cinco os tipos de CAPS, a depender do tipo de população recebida (adultos, crianças/adolescentes ou usuários de álcool e drogas), o contingente populacional a ser coberto pelo CAPS da região (pequeno, médio ou grande porte) e o seu período de funcionamento. Os CAPS são classificados da seguinte forma:

- CAPS I: serviços para cidades pequenas, que devem atender pacientes psicóticos graves e usuários de álcool e outras drogas;
- CAPS II: serviços de médio porte, que atende a clientela adulta durante o dia;
- CAPS III: serviço de alta complexidade, funcionando por 24 horas;
- CAPSi: para crianças e adolescentes, funcionando apenas durante o dia;
- CAPSad: atende demanda de usuários de álcool e outras drogas, o qual funciona durante o dia.

Se a Reforma Psiquiátrica instaura movimentações institucionais, com práticas e dispositivos diferenciados, no bojo dessas mudanças ressurgem neste cenário a família, com 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 casas (Amarante, 2001).

Segundo Santos (2008), os sujeitos que outrora estavam internados por longos períodos em instituições segregacionistas, ou fizeram uso do também recente serviço de *Residências terapêuticas*⁴, ou retornaram às suas famílias, constituindo uma nova realidade no âmbito familiar e no aspecto social da loucura.

Segundo Maciel, Barros, Silva e Carmino (2009), a lei *Paulo Delgado*, que regulamentou o fim das longas internações em leitos de hospitais psiquiátricos, ainda previu a criação do programa *De volta para Casa*⁵. Porém, como também apontam os autores, o programa pouco se estruturou e o que se viu foi um despreparo das famílias no recebimento dos familiares que estavam internados.

Nesse sentido, a família se tornou, a priori, a principal cuidadora do “louco”, e esse encargo trouxe novas circunstâncias para o meio familiar (Schrang & Olschowsky, 2008). Segundo Maciel *et. al.* (2009), num primeiro momento, a responsabilidade do cuidado foi relegada à família, sem nenhum tipo de auxílio dos serviços de saúde. Mesmo após a estruturação do novo serviço de saúde mental, muitas famílias ainda se dizem sobrecarregadas, relatando cansaço físico e emocional, gerado, segundo os familiares, pelo desamparo causado pela falta de apoio dos serviços.

A discussão ganha outras dimensões quando se trata de familiares de crianças e adolescentes atendidos. É relevante pensar que a legislação dos direitos da infância e adolescência somente adquiriu força estatutária recentemente, com o denominado Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, em vigor desde 1990. Desse modo, o direito ao convívio familiar somente ganhou *status* de legalidade quando tal estatuto entrou em vigor.

⁴As Residências Terapêuticas foram criadas, num primeiro momento, para acolher pacientes que não tivessem famílias para recebê-los após a Reforma Psiquiátrica, residindo, juntamente com outros pacientes e, em alguns casos, com cuidadores, em casas especializadas para tal (Brasil, 2004).

⁵O programa *De volta para Casa* foi criado em 2003, pela lei no. 10.708. O objetivo é contribuir para a reinserção social de pessoas com longas internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento do *auxílio-reabilitação*. Acredita-se que com esse benefício, o usuário tem maior autonomia no acesso ao ambiente social (Ministério da Saúde, 2005).

Segundo Arbex (2013), antes da implementação do ECA, o encaminhamento de crianças e adolescentes para instituições de internato era exercido de modo sistemático. A motivação para a internação de crianças e adolescentes ultrapassava razões psiquiátricas, pois eles também eram encaminhados para colégios-internos e abrigos, por razões de pobreza e risco social.

De acordo com Cruz *et. al.* (2005), à revelia do desejo da família, crianças e adolescentes eram levados para internatos para que lá fossem cuidados e supridas as faltas provocadas pela *desagregação familiar* (p. 44), que, segundo especialistas da saúde, era a causadora dos comportamentos delituosos. Assim, a segregação entre familiares e filhos era utilizada também como meio de prevenção e, após a separação, crianças e adolescentes se tornavam conhecidos como *filhos do governo* (p. 45).

Schuch (2010) argumenta que o ECA representou, simbolicamente, as práticas que lidam com a infância e a juventude, uma ruptura com as concepções autoritárias. As novas práticas passaram a se alinhar com os preceitos elaborados pela normativa internacional de direitos humanos, representando, conforme o autor propõe, um “papel civilizatório” (p. 83).

De acordo com Siqueira e Dell’Aglia (2006)

O ECA também preconiza a desinstitucionalização no atendimento de crianças e adolescentes em situação de abandono e valoriza o papel da família, as ações locais e as parcerias no desenvolvimento de atividades de atenção, trazendo mudanças no panorama do funcionamento das instituições de abrigo. Assim, as instituições de abrigo devem estar configuradas em unidades pequenas, com poucos integrantes, manter um atendimento personalizado, estimular a participação em atividades comunitárias e preservar o grupo de irmãos, entre outros pontos. A implantação do ECA contribuiu para mudanças efetivas no que tange às instituições de assistência e à sua configuração como um todo, partindo não

de uma visão puramente assistencialista, mas concebendo-as como espaço de socialização e de desenvolvimento (p. 75).

Por outro lado, a novidade dessa configuração afeta também os novos serviços. Rizzini *et al.* (2013) dizem que, com o estabelecimento do ECA, há um reforço para que o direito ao convívio familiar da criança e do adolescente passe a ser requisitado pelos órgãos e movimentos – como, por exemplo, os Conselhos Tutelares – que trabalham pela defesa desses direitos. O ECA, nesse âmbito, tenta transformar o contexto social das instituições de abrigo e de saúde mental, tentando mudar a cultura vivida pelas instituições de separação entre família e criança, empregada outrora como punição moral à família.

No âmbito da Saúde Mental, Rosa (2005) aponta que 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 família. Essa Portaria estabelece uma abordagem propriamente dirigida à família no projeto terapêutico de todo usuário dos novos dispositivos de Saúde Mental. Deve-se, nessa abordagem, esclarecer a família a fim de orientá-la sobre o diagnóstico, programa de tratamento, a alta hospitalar, entre outras informações referentes ao serviço (Brasil, 2004 citado por Rosa, 2005).

Ainda segundo Rosa (2011), esses novos serviços, estabelecidos pela Reforma, passaram a lidar com as famílias em uma relação inédita, porém, essa relação é, ainda hoje, em vários sentidos, pouco sistematizada. A abordagem da família pelos serviços de Saúde Mental ainda é precária, se reduz à instrumentalidade que a família significa ao serviço, a saber, de cuidadora do usuário da instituição (p. 138).

A título de elucidação, um ícone nessa discussão é o poeta Ferreira Gullar, pai de dois filhos esquizofrênicos, e assumidamente contra a lei *Paulo Delgado*. Em entrevista à revista *Época* (2009), o poeta relatou o desamparo vivido por ele quando surgiam os surtos dos filhos. Tendo em vista que Gullar é considerado importante pensador de nosso tempo, sua

vivência é expressão daquilo que as famílias vivenciam, reforçando a importância de se trabalhar no sentido de dar escuta e atenção às famílias dos usuários dos novos serviços de Saúde Mental.

Para Rosa (2005),

Em muitos serviços, além dos vínculos precários de trabalho e dos baixos salários, há um baixo nível de recompensa simbólica, como o reconhecimento pelo trabalho realizado, que os profissionais esperam e muitas vezes não têm, da parte dos cuidadores domésticos. Não é rara a decepção e a fala indignada de profissionais que não se sentem reconhecidos. É preciso maturidade, bom senso e, acima de tudo, comportamento ético para enfrentar essa situação [...] Diante da família em crise e que quer transferir a resolução de seus problemas para aqueles que “estudaram e entendem disso” (do cuidado com o sujeito psicótico), é comum o profissional se ver diante do dilema de ter que dar uma resposta, seja qual for, até para aliviar sua própria angústia ou demonstrar competência para lidar com o caso que tem diante de si. Para o médico, parece ser mais tranquilo prescrever uma medicação ou requisitar um exame. Para os demais profissionais, existe a tendência de utilização dos recursos da comunidade, que muitas vezes assume uma postura de transferência de responsabilidade, e não de compartilhamento de soluções. A família cuidadora coloca o profissional como o solucionador de problemas familiares, e muitos profissionais incorporam tal encargo (p. 214-215).

Segundo Gonçalves e Sena (2001), é recorrente que profissionais releguem à família o cuidado do usuário sem dar a ela um mínimo de suporte, sobrecarregando-a no cuidado do sujeito psicótico. Já para Colvero, Ide e Rolim (2004), o familiar quando se apresenta ao serviço é visto como simples “informante” das alterações apresentadas pelo usuário, sendo indicado para o familiar nesse caso, seguir passivamente as prescrições do serviço em relação aos cuidados domésticos. É comum que os familiares sejam vistos como “maus-familiares”

quando o usuário apresenta alguma crise ou passa por outro problema, culpando-se a família pelo ocorrido.

De acordo com Rosa (2005), ainda é necessário a implementação de mudanças para melhoria nas relações entre usuários, familiares e serviço, que vão desde a mudança nas relações de gênero, distribuindo melhor a responsabilidade familiar em relação ao usuário, até a ampliação da atenção às famílias e ao convívio doméstico do dia-a-dia, entre vários outros fatores.

Para Dunker e Kyrillos Neto (2004), as dificuldades encontradas pela nova rede de Saúde Mental se devem em muito pela falta de diretrizes clínico-terapêuticas no bojo da Reforma. Nesse sentido, a Reforma, na busca a qualquer custo pela inclusão do “louco” no novo serviço e também em sua comunidade, esvanece a necessidade por um plano terapêutico que pense a singularidade da constituição de cada sujeito e, assim, sua demanda individual. Os pressupostos basaglianos, conforme são tomados pelos operadores da Reforma, considerando a loucura resultante da exclusão social e da opressão capitalista, negligenciam as necessidades terapêuticas de atendimento que a psicose e o sofrimento demandam, alternando também a segregação social e a ausência de tratamento pré-Reforma, para a exclusão de alternativas individuais e terapêuticas perpetradas pela Retórica da Inclusão. Dessa forma, pensar cada sujeito, sua família e a relação desta para com o sintoma do sujeito e o seu cuidado cotidiano, e ainda, a implicação dessas variáveis no tratamento, tornam-se coadjuvantes na diretriz primeira da atual política que é a inclusão social do sujeito, e, consequentemente, colabora para vários dos problemas relatados nesse tópico.

A busca bibliográfica realizada para a presente pesquisa – recortada nos últimos quinze anos, com os descritores “família, CAPS, Saúde Mental” – aponta poucos estudos com foco para a abordagem direcionada às famílias como parte integrante do tratamento e do plano terapêutico, entendendo o sofrimento mental como uma produção familiar e não-individual.

Tais trabalhos, como por exemplo, Mello (2005), Camatta e Schneider (2009), Colleti, Martins, Tanios e Rocha (2014), Santin e Klafke (2011), tratam das questões dos familiares como cuidadores e da necessidade de “cuidá-los” para que o estresse envolvido no cuidado não cause crises no usuário, como também o abandono deles. Assim, é possível inferir de que sejam poucas as publicações que dão ênfase à família como grupo essencial ao plano terapêutico, envolvendo-a nas atividades do dia-a-dia. Essa inferência é reforçada por Machineski (2011), pois o autor também pontua a falta de estudo que envolvem os familiares nas instituições CAPSi.

A escassez de publicações pode também ser reflexo da falta de atividades envolvendo o grupo familiar no CAPS; ou ainda, pode indicar a preponderância de estudos que apontam a família como figura auxiliar à condução dos projetos terapêuticos dos usuários dos CAPS, refletindo assim os apontamentos da pesquisa bibliográfica discutidos acima.

2. A CONVIVÊNCIA COM A LOUCURA E AS POSSIBILIDADES DE CUIDADO NA/DA FAMÍLIA

O campo histórico apontou os descaminhos da abordagem à família ao longo dos tempos. De modo geral, observa-se que instituições públicas e organizações não-governamentais (ONG's) implementam ações e programas junto à família concebendo-a sob vértices preconceituosos, reducionistas e naturalizantes. Neste capítulo, a família será pensada em seu cotidiano – o dia a dia e as relações estabelecidas no lar; o seu lugar na clínica terapêutica e sua inserção nas instituições que atendem crianças e adolescentes com quadros psicóticos. Nesse sentido, abordar-se-á a trajetória da família, desde o diagnóstico feito pelos profissionais da saúde, culminando na demarcação da rotina institucional vivida pelos familiares em razão da doença apontada.

Melman (2006) relata que, com relativa frequência, a família do paciente psicótico em tratamento vê a sua situação como catastrófica e trágica. As expressões da psicose se entrelaçam ao cotidiano da família gerando ou expondo vários afetos no seio familiar como raiva, medo e revolta. Tal situação gera para a família perguntas acerca das possibilidades de cura e como encarar essa dor.

Para Pereira (2003), a família tem papel fundamental na ressocialização do sujeito, servindo de ponte para a comunidade, após as internações ocasionadas pelas crises. Segundo Borba, Paes, Guimarães, Lambrocini e Maftum (2011), a família é responsável por incentivar seu parente a enfrentar as barreiras que a sociedade impõe a ele, buscar espaço e assegurar sua autonomia. À medida que a família consegue dar suporte, o familiar sente-se mais seguro para lidar com as questões do cotidiano.

Contudo, de acordo com Melman (2006), é possível enfrentar as frustrações e problemas desde que haja movimento e apoio para com a família e que ela consiga se perceber capaz de arcar com as exigências impostas por suas singularidades.

2.1 O cotidiano do cuidado: travessias e enfrentamentos

Os nossos concidadãos tinham-se adaptado, como se costuma dizer, porque não havia outro modo de proceder. Tinham ainda, naturalmente, a atitude da desgraça e do sofrimento, mas já não os sentiam.

Albert Camus

A Peste, 1947

É possível um trabalho que leve em consideração o contexto familiar? Rosa (2011) aponta que a participação das famílias nas instituições da rede de Saúde Mental é periférica; elas são chamadas somente em algumas ocasiões, nas quais são ofertadas orientações diretivas sobre os cuidados a serem ministrados. As famílias, por sua vez, demonstram reação negativa aos serviços de saúde. A autora explica que tal reação se deve à prática implementada pelo serviço que “oferta”, implicitamente, a cura e, ao mesmo tempo, propõe à família esperar passivamente por tal.

Essa relação se inicia, muitas vezes, com o encaminhamento da família à instituição de Saúde Mental. Segundo Kamers (2013), quando a situação envolve a criança ou o adolescente, a família é comumente chamada pela escola para resolver algum problema comportamental, haja vista que, nesse momento, a escola entende que a problemática se deve às falhas familiares, sobretudo na esfera disciplinar. Passado algum tempo, sem alteração do comportamento do aluno, e, entendendo-se por parte da escola a insuficiência familiar em

lidar com o problema, é indicado à família algum serviço de atenção em saúde mental - com o pressuposto de que a ajuda profissional pode suprir as “falhas” na educação da criança ou do adolescente.

Após a apresentação da família a algum serviço, público ou particular, é realizado o diagnóstico que por vezes sinaliza algum sintoma a ser medicado ou tratado; então, a criança é inserida no universo psiquiátrico. Silva (2000) postula que o diagnóstico da criança, aquele que produz um rótulo de anormalidade para o infante, carrega um aspecto mortífero sobre a família. Nesse sentido, tem sobre ela, a família, o efeito de despedaçamento, demandando novo período de gestação para o processamento do sentimento de luto e perda, gestação que se assemelha à gravidez, na qual todos da família, a seu modo, tentam representar a condição que se apresenta, vivida como angústia, com intensa força sobre o seio familiar.

Em relação à adolescência, Costa (2006) aponta que as vivências de tal período da vida confundem tanto a família como a equipe de saúde acerca do diagnóstico a ser evidenciado. As turbulências inerentes à adolescência obscurecem possíveis sintomas de uma primeira crise psicótica, alarmando famílias que procuram vários serviços de saúde em busca de respostas.

Segundo Cavalcante (2001), em algumas famílias, o diagnóstico do filho perturba a rotina do casal, há a perda de familiaridade. O cotidiano alterado deixa um “rastro de estranhamento” (p. 131), os familiares já não se reconhecem, tomando diferentes ações diante da “surpresa”.

Rosa (2011) aponta que a família, ao se deparar com o ambiente psiquiátrico, fica aterrorizada com a impressão tecida sobre as instalações e os usuários. Num primeiro momento a família resiste em aceitar que seu parente partilhe da mesma condição dos outros usuários. Ainda 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.

Porém, ainda segundo Rosa (2011), 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 situação. 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. Nesse sentido, é comum a família demandar às equipes de saúde mais exames, mesmo quando o psiquiatra relata a desnecessidade dos mesmos. De acordo com Mannoni (1999), 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 familiar.

Navarini e Hirdes (2008) apontam que “a culpa revela-se como uma das marcas mais visíveis na vida dessas pessoas” (p. 685). Segundo as autoras, o sentimento de culpa se deve em parte pela forma como as teorias psicológicas foram lidas e utilizadas pelos profissionais de saúde, posicionando a família como culpada pelo transtorno do familiar. O grupo-família, então, passa a buscar em seu passado os possíveis erros e explicações que culminaram no adoecimento de seu parente.

Ainda segundo Navarini e Hirdes (2008), o suporte e a atualização de informações sobre o diagnóstico e tratamento fornecidos pelo serviço de saúde à família pode amenizar o sentimento de culpa vivido por ela, revelando o entendimento da família sobre a importância de sua coparticipação no tratamento e reabilitação do familiar. Oliveira (1996) entende que é necessário um trabalho para converter a culpabilização imaginária em responsabilização simbólica (p. 46). Assim, os pais podem se apropriar daquilo que os afeta, se livrando da prisão que a culpa os coloca.

Voltando ao diagnóstico biologicista, requisitado pelas famílias e proposto por vários profissionais, Kamers (2013) postula que, atualmente, 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 problema. A medida comum e ritualizada tomada aqui é a da medicalização, receitando “ritalina, concerta e risperidona” (p. 154) a fim de combater os sintomas, os quais são descritos minuciosamente no DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).

É importante salientar a diferença entre medicar e medicalizar. Segundo Gaudenzi e Ortega (2012), o termo *medicalização* (p. 22) surgiu no final da década de 1960, para se referir à apropriação de vários setores da vida cotidiana pela medicina. Nesse sentido, a cultura de medicalizar toma a sociedade com seu poder político e social, culminando na diminuição do domínio do homem sobre sua própria vida, dando lugar ao poder que o saber médico passa a ter sobre a educação e corpo dos sujeitos. Assim o hábito de medicar algo que está como mau funcionamento é ultrapassado pelo hábito de se aplicar a qualquer problema a norma médica.

Silva (2007) relata que o uso de remédios pode servir a outros interesses, além do “controle da agressividade e dos comportamentos inadequados do usuário para com a família ou com ele próprio” (p. 66). Segundo a autora, a família, por vezes, utiliza o medicamento quando o psicótico discorda de alguma decisão; em outros momentos, medica-se o familiar para diminuir a carga de trabalho em relação aos cuidados providos ao parente.

Rosa (2011) aponta outras tentativas, por parte das famílias, de “normalizar” (p. 243) os sintomas do transtorno mental, tentando integralizá-los à rotina vivida antes da deflagração da condição psiquiátrica. Dessa forma, os esforços mobilizados se concentram no controle comportamental, no sentido de 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 a fim de amenizar o problema, produzindo, eles próprios, sentidos e explicações que não afetam em sobremaneira a família.

Essas medidas se devem, em grande parte, ao medo da família em relação à exclusão social que tange a loucura. Para Maalouf e Wajntal (1997), a exclusão e o estigma social em relação aos transtornos mentais não afetam somente o psicótico, mas também a sua família. Por sua vez, temendo situações vexatórias, a família se fecha em seu círculo. Os autores propõem que as instituições envolvidas no tratamento de crianças e adolescentes criem oportunidades para que se vivencie o espaço cotidiano dessas famílias, partilhando de atividades juntamente com a família e a criança. Essa iniciativa auxilia na vida das famílias em situações difíceis de serem experienciadas.

Entretanto, como apontam Pimenta e Romagnoli (2008), as famílias dos usuários do serviço de Saúde Mental não se veem integrantes do atendimento, relegando à equipe do serviço a responsabilidade pela melhora do paciente. Isso se deve também, ao formato das instituições que disponibilizam às famílias um espaço periférico. As autoras sublinham que, para diversas famílias, o acesso aos serviços de saúde acontece de forma humilhante (p. 81), pois suas dúvidas e incertezas são desmerecidas pelo corpo técnico da instituição. Assim, as famílias preferem se distanciar e deixar que as equipes façam o trabalho, construindo, a seu modo, as formas de cuidado e convivência com o sujeito psicótico.

Entretanto, torna-se relevante salientar a importância de não posicionar o grupo familiar 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. No terceiro capítulo discutir-se-á mais detidamente acerca da implicação

da família na produção psicótica, e, no próximo tópico, as possibilidades clínico-terapêuticas que vislumbram família na posição de um sujeito.

Retomando a reflexão sobre os caminhos traçados pela família, Navarini e Hirdes (2008) relatam que a família busca, a seu modo, lidar com a imprevisibilidade do comportamento do parente psicótico, estando sempre de sobressalto para o que pode acontecer. Essa forma de viver decorre em sobrecarga física e emocional, debilitando também as expectativas sociais da família.

De acordo com Rosa (2011), os sentimentos dos familiares em relação ao psicótico divergem com o passar do tempo. Num primeiro momento, o sentimento que predomina é o de superproteção (p. 251) e surge como desdobramento do sentimento de culpa. Tal sentimento se transforma com a alteração do quadro psicopatológico, transformando-se, posteriormente, em medo da agressividade do familiar, o que ocasiona uma reconfiguração do ambiente da casa – alteração no horário de dormir e colocação de trancas nas portas dos quartos, a fim de amenizar os perigos de sua agressividade. Em outras ocasiões, entendem o familiar psicótico como manipulador, percebendo-o utilizar de sua situação para não precisar se imbricar nos trabalhos domésticos – significado atribuído, na maioria das vezes, aos familiares depressivos. Por fim, em algumas oportunidades, percebem-no como fonte de renda, segurados da previdência ou da assistência social, funcionando como estratégia perversa; pois, apesar dos danos subjetivos, é inserido nas estratégias de sobrevivência da família.

Ainda segundo Rosa (2011), nas famílias pobres, os problemas decorridos do transtorno mental se misturam às condições periclitantes vividas pelas famílias. O analfabetismo, a violência doméstica, o alcoolismo, o desemprego, entre outras dificuldades, antecedem, em muitos casos, as enfermidades, tornando a questão de Saúde Mental uma questão complexa,

multifacetada, que demanda a atenção e o cuidado à família por parte de diferentes disciplinas e saberes.

Silva (2007) aponta que a falta de tempo também é um enfrentamento dos cuidadores, tanto de famílias pobres como de classe média. Segundo a autora, uma das tarefas cotidianas que mais preocupam os familiares é a condução dos usuários aos serviços de saúde. Temendo que o parente psicótico se perca e passe dias ou semanas perdido, a tarefa de conduzi-lo ao CAPS ganha espaço central em relação aos cuidados. A dificuldade dessa atribuição se refere ao longo tempo de deslocamento e ao fato de que o cuidador, tendo em vista a praticidade, deve esperar a rotina da instituição na própria instituição. Essa dificuldade é agravada pela razão de que a rotina ocorre em horário comercial, criando empecilhos para o exercício de atividade remunerada. Nas famílias de classe média, apesar da falta de tempo vivida por elas, tal situação é amenizada pela possibilidade de pagamento a alguém que exerça a tarefa.

Rosa (2011) circunscreve que a atenção à individualidade do cuidador fica comprometida quando os encargos são exclusivos a uma única pessoa, o que acontece com relativa frequência. Para a autora, o cuidador prioriza a atenção ao familiar psicótico, dispondo sua própria saúde física e mental em segundo plano. Assim, é possível encontrar vários cuidadores com quadros depressivos e com outros problemas de saúde que só são diagnosticados quando agravados.

Ainda segundo Rosa (2011), há uma tendência histórica em feminizar o encargo de assistir o sujeito psicótico. Para a autora, devido às condições sociais que foram se arquitetando, às mulheres foram relegados os trabalhos domésticos e os cuidados dos parentes que eram acometidos por diferentes doenças. Nesse sentido, na situação de transtorno mental, recai nas mulheres o papel de cuidar de qualquer que seja o parente – pai (a), avô (a), irmão (a), filho (a), e tal papel é cumprido ao longo de vários anos. Somente quando não há alguma mulher a quem possa ser indicada a função, é que algum homem, o qual não possua função

remunerada, fica incumbido de prestar os cuidados até um segundo momento. Para Rosa, essas circunstâncias são refletidas nos serviços de saúde, nos quais a grande maioria dos acompanhantes dos usuários são mulheres. Sobre a mãe recai, predominantemente, “o peso emocional e o ônus de prestar cuidados” (p. 286), pois é “potencializadora de mediações” (p. 286).

A mãe, por sua vez, significa o comportamento do filho como fracasso pessoal, assumindo a responsabilidade pelos problemas vividos e/ou causados pelo filho. Neste contexto, Félix (2014) aponta que o sentimento de culpa aparece menos nas mães que trabalham fora e, nesses casos, a maternagem é vivida no intuito de querer superar as limitações impostas. A autora também sinaliza que quando há problemas na aceitação do quadro psicopatológico pelo pai, tais problemas acabam por refletir na relação conjugal, com o pai se afastando da relação familiar.

2.2 A escuta da família

Maalouf e Wajntal (1997) discorrem sobre a necessidade de a equipe estar atenta ao ambiente familiar. Para os autores, em geral, no início do atendimento a percepção do quadro sintomático se apresenta de forma ampla, quando o sujeito atendido é também considerado em suas relações sociais e familiares, concebido como *sujeito relacional* (p. 146). Posteriormente, com o decorrer do tratamento, a família deve ser envolvida no tratamento, a fim de que se produza cortes e intervenções que interfiram nas relações cristalizadas da família. Para tal, é necessário que a equipe ofereça serviços tanto no sentido clínico como no sentido social e cultural.

Sob outra vertente, Oliveira (1996) entende que o trabalho com os pais no tratamento de crianças e adolescentes já se inicia nas primeiras entrevistas, quando o terapeuta toma em

consideração a forma como os pais problematizam as questões de seus filhos. Segundo a autora, a escuta desses pais fornece elementos para saber qual a posição da criança na estrutura familiar.

Mielke, Kohlrausch, Olschowsky e Schneider (2010) apontam o acolhimento como importante estratégia nos serviços institucionais de saúde. Um bom acolhimento proporcionaria o estabelecimento de confiança entre os usuários, família e equipe, criando também horizontalidade na relação entre equipe e população atendida. Feito o acolhimento, seria possível analisar a demanda observando as diferentes posições dos indivíduos em relação à trama que se desenrola.

Ainda sobre o acolhimento, Mielke *et. al.* (2010) argumentam que, nesse momento é relevante não estar atento somente ao que é falado, mas também aos “murmúrios” de quem demanda o serviço. Para os autores, a escuta já se traduz, nesse sentido, em cuidado, pois se atenta às preocupações e angústias de quem está, na maioria das vezes, desorientado.

De acordo com Aubry (1991 citado por Oliveira, 1996), pais e crianças estão enlaçados discursivamente e estas representam em si a verdade do desejo parental; ou ainda, ressoa o fantasma materno. Por sua vez, a criança psicótica revela mais pesadamente o fantasma materno, estando aberta a todas as capturas fantasmáticas. Nesse sentido, abster-se de escutar os pais implicaria numa perda circunstancial no diagnóstico e tratamento das crianças, deixando de lado vários elementos que poderiam ser pensados em prol do cuidado de todos.

Para Mannoni (1999), a escuta dos pais não deve conduzir a uma conclusão simplista de que são eles os sujeitos a serem tratados. A escuta de ambos e o envolvimento da família devem prezar sempre pelo tratamento da criança, ajudando-a a assumir o tratamento em seu nome. Se os pais serão tratados deve ser considerada uma questão completamente diferente da questão colocada pela criança e acolhida pelo analista: “Se a criança deve aprender a viver por

sua própria conta, o mesmo acontece com os pais, que têm que assumir a sua vida e a sua análise em seu próprio nome” (p. 86).

Ainda segundo Mannoni (1999), “para compreender o sentido dos sintomas da criança é nos pais que será preciso procurá-lo primeiro” (p.50), pois a criança psicótica tem a incumbência de representar tudo aquilo que nos pais não pôde advir. Para a autora, a condução do tratamento que leva em conta os fantasmas paternos pode auxiliar o pequeno sujeito a se desvencilhar do destino que lhe é traçado pelos pais e, nas queixas dos pais estão mascaradas as angústias das crianças. A criança utiliza dos discursos dos pais para falsear aquilo que rege as razões de seu adoecimento.

Gomes (2002) destaca que o sintoma dos filhos pode representar um conflito conjugal e/ou familiar que não pôde ser representado de outra maneira. A autora sugere uma ampliação do olhar clínico, estando aberto a outras formas de encaminhamento e intervenções que abordem e cuidem do sofrimento familiar.

Na abordagem familiar, Zanetti e Gomes (2009) afirmam que a clínica da família possibilita mudanças nas relações dos familiares, o que, por sua vez, age nos sintomas individuais e no papel de cada membro no seio familiar. A intervenção familiar fornece acesso às relações familiares difíceis de serem abordadas, tanto neuróticas, como psicóticas, atuando, por exemplo, em sintomas provenientes da simbiose mãe-filho.

Para Oliveira (1996), o trabalho institucional com crianças psicóticas se assemelha ao trabalho clínico com crianças neuróticas, porém, com algumas peculiaridades. Para a autora, observa-se na escuta desses pais a não separação discursiva, uma colagem nos discursos. Outra particularidade consiste na transferência dos pais com a instituição, atribuindo a ela vários poderes, como o de curar seus filhos e conduzir seus destinos. Uma terceira peculiaridade no trabalho institucional é a possibilidade de criação de grupos de pais, que podem auxiliar o serviço terapêutico abrindo espaço para discussões de interesses comuns.

Em contrapartida, a relação grupal ocasiona outras circunstâncias que devem ser abordadas. Por exemplo, como cita Oliveira (1996), as famílias na sala de espera criam ilusões de que seus problemas têm o mesmo fato gerador e que os quadros sintomáticos de seus filhos, semelhantes entre si, podem ser explicados pelas mesmas circunstâncias e devem ser tratados de forma padronizada. Para o autor, o trabalho em grupo com essas famílias pode fazê-las perceber a singularidade em suas situações familiares, observando a implicação de cada uma delas em seus cotidianos, e que os mesmos sintomas podem ter significações diferentes.

Maalouf e Wajntal (1997) pontuam que o trabalho com as famílias em instituições acontece, na maioria das vezes, através de atos. Para os autores, é no dia a dia da instituição que se deve intervir no contexto familiar, aproveitando oportunidades para que se interfira terapêuticamente nas situações que surgem espontaneamente. Por exemplo, uma mãe que “gruda” em seu filho (p. 148), é separada em alguns momentos num passeio realizado pela instituição, sendo tal intervenção pensada *a posteriori* pelo profissional e pela equipe.

Oliveira (1996) frisa que o trabalho com os pais abre a oportunidade para que eles falem de seus medos, de suas dúvidas, de suas interposições em relação ao tratamento, entre outros assuntos. Segundo a autora, não se trata de analisar ou tratar os pais, mas sim, de escutá-los e observar o que essa escuta produz no tratamento das crianças. Tal escuta propõe, no lugar da certeza dos pais, uma interrogação, relativizando a interpretação que eles têm de seus filhos. Tal trabalho é conseguido quando a tentativa de educar os pais é deixada de lado, ficando em aberto a possibilidade de advir o saber considerado e produzido por eles mesmos.

Para Mannoni (1999), recusar-se a um diálogo com os pais revela aspectos da contratransferência no tratamento da criança. A recusa pode significar conteúdos não suportados pelo analista e a desconsideração dos mesmos provoca o risco de ver tais conteúdos surgirem inesperadamente no tratamento. “É pela análise da contratransferência que o analista consegue... enfrentar o seu próprio questionamento” (p. 86). Além disso, se não

consideradas as angústias dos pais, eles podem retirar seus filhos do tratamento inesperadamente, ameaçados pelos progressos do atendimento.

Ainda segundo Mannoni (1999), outra questão relevante a ser pensada pelo profissional que trabalha com crianças é o que representa a cura. Para a autora, a questão da cura surge num sentido ambivalente para os pais, haja vista que a criança ocupa a função de remediar as dificuldades dos pais, “é preciso que adultos possam aceitar a cura daquela que, pela sua doença, veda a ferida dos pais” (p. 70).

Segundo Prado (2000), uma família que é fortalecida pelo trabalho terapêutico pode, cada um por si, ser capaz de superar as dificuldades que surgem devido à condição psiquiátrica, ao mesmo tempo em que se ajudam mutuamente a representar os aspectos que relutam em não advir no seio familiar.

Por fim, para se compreender de maneira ampla o universo familiar do qual os profissionais de infância e adolescência tratam, é necessário um estudo aprofundado do campo teórico que abarca a família. A intervenção prescinde que se conceba um campo teórico que abarque a família e a produção de subjetividade, a ordem psíquica e a dinâmica afetiva que organiza o campo familiar. Tal empreitada se articula no capítulo a seguir.

CAPÍTULO III – A FAMÍLIA COMO GRUPO PRIMÁRIO: MATRIZ DOS LAÇOS DE VIDA E MORTE

Todas as famílias felizes se parecem, cada família infeliz é infeliz à sua maneira.

Liev Tolstói

Anna Kariênina, 1877

A família, apreendida em sua complexidade e na dimensão de seu sofrimento psíquico, é importante personagem para se compreender a psicose e também para se conjecturar estratégias terapêuticas para crianças e adolescentes com quadros psicopatológicos que apontam para a psicose, autismo e neurose grave. Entende-se que abordar a família implica a revisão de parâmetros teóricos e o diálogo com teorias que versam sobre a dinâmica familiar. A partir daqui, então, abordar-se-á a família enquanto sujeito, segundo a *Psicanálise Vincular*.

Neves (2008) define a família como uma unidade dinâmica, um espaço fundamental ao desenvolvimento do sujeito. Segundo a autora, a família não comporta uma única definição, ao contrário, a família é designada pela contextualização entre os saberes produzidos por diversas disciplinas. Para Neves (p. 39, 2008), “familiar, familiarizado, em família, de família” são colocações que remetem a um lugar simbólico *constituente* do sujeito que acolhe histórias e romances trágicos, aventureiros, dramáticos, felizes, com atores que representam e fazem parte de arranjos e cenas compostas por diferentes versões.

Ainda segundo Neves (2008), os vínculos instituídos na família são elementares na constituição de sujeitos singulares em seus desejos; além disso, criam condições para que seus membros se formem como cidadãos com ideologias pertencentes a um grupo maior e a uma comunidade.

André Ruffiot, em 1981, propôs, a partir do conceito de *Aparelho psíquico grupal*, concebido primeiramente por René Kaës, a hipótese de *Aparelho psíquico familiar*, caracterizado por ser um aparelho psíquico grupal *primário*, matriz de todo aparelho grupal. No aparelho psíquico familiar, o sujeito, com seu psiquismo considerado “puro”, mal delimitado e mal individualizado, é capaz de se comunicar com um outro psiquismo, sendo tal capacidade o fundamento da comunicação familiar inconsciente, assim como de qualquer outro tipo de grupo. Essa primeira psique pode ser considerada tanto materna como da criança, não diferenciada e não singularizada. Segundo Ruffiot (1981), a possibilidade de um *aparelho psíquico puro* proporciona a cada indivíduo do grupo familiar dispor de algo em comum, sem que esse algo esteja ancorado no corpo singular, se tornando assim, um plano de fundo.

Com o conceito de *aparelho psíquico puro* de André Ruffiot, Alberto Eiguer, René Kaës, Françoise Aubertel, Albert Ciccone, entre outros autores, começaram a se atentar para o desenvolvimento de um aparato teórico exclusivo para o *grupo-família*, com a intenção de estabelecer a elaboração de um arcabouço independente do estudo do psiquismo da família. Começa assim o estudo da família pela Psicanálise Vincular, apresentando uma nova leitura para as relações familiares.

Eiguer (1995) diz que a teoria que se propõe a falar sobre família não pode ser cópia de uma psicologia individual, ou mesmo, estudar seu sujeito como se estuda a *intersubjetividade* de outras instituições, tais como escolas ou instituições religiosas. Além disso, o estudo da psique familiar deve estar em consonância com a metapsicologia individual enriquecendo-a, e não preocupada em contradizê-la.

3.1 Organizadores, fantasmas e vínculos

Freud, em *Introdução ao narcisismo* (1914/1996), aborda as designações que são feitas ao infante por parte dos pais, servindo de depositário para os desejos e fantasias paternas, passando assim, a compartilhar os conteúdos e ideais que lhe são transmitidos.

Melanie Klein (1946/1991) utiliza as premissas freudianas para introduzir o conceito de *identificação projetiva*, conceito que auxilia a compreensão das vivências constitucionais do bebê. O mecanismo de identificação projetiva consistiria na apropriação do mundo externo por parte do bebê, moldada por suas próprias vivências afetivas. O pequeno sujeito se lança ao mundo externo tendo como orientação suas impressões internas, sendo, nessa ocasião, de vasta importância o papel materno, pois a mãe está aí em um importante ponto estratégico nessa transição entre interior e exterior, seja pelo modo como ela própria representa as situações vividas, como pela forma pela qual ela transmite isso ao bebê. Dessa forma, o ego do bebê se constitui a partir dos objetos psíquicos primários, através da forma como ele lida com suas ansiedades e de seus processos defensivos, e ainda, do auxílio do outro cuidador.

A partir da concepção de identificação projetiva de Klein, Bion (1962) descreve a função de *reverie* materna, da qual o bebê depende para significar suas experiências afetivas e emocionais, atribuindo sentidos aos estados emocionais primitivos até que o bebê tenha capacidade de transformá-los em experiências emocionais. Segundo o autor, fazendo da mãe um *continente* emocional (no qual deposita sensações insuportáveis que ainda não conseguem ser pensadas), o bebê deve advir dessa relação com a capacidade de transformar elementos *beta* (objetos brutos primários) em elementos *alfa* (objetos parciais pensáveis), com o auxílio da função de *reverie*. Nesse sentido, a mãe (ou qualquer um que esteja situado na função materna) deve suportar a projeção de elementos não-digeríveis pelo bebê, transformando-os e

devolvendo-os através do mecanismo de identificação do bebê, fechando o circuito de identificação projetiva.

Winnicott (1990), por sua vez, modificou alguns aspectos da teoria psicanalítica tradicional, deixando de lado conceitos como “pulsão”, “libido”, “aparelho psíquico”, introduzindo novos arranjos e conceitos (Araújo, 2007). Porém, como outros autores, Winnicott também acentua a importância da relação mãe-bebê. Segundo o autor, tal relação permite ao recém-nascido o primeiro contato com o seu ambiente, intrapsíquico e externo, contato que estará na base da potencialidade do amadurecimento pessoal. Nesse sentido, a transmissão dada na família, partindo da relação mãe-bebê, capacita o indivíduo a lidar com seu amadurecimento pelo resto da vida. Segundo Winnicott, a família possibilita também a significação da “continuidade do tempo” (1990, p. 57).

Essa união entre duas gerações, mediadas pelo cuidado e pela *identificação projetiva*, situadas em um ambiente específico, permitiu ao ser humano transmitir de geração em geração a sua história, sustentando a transmissão das representações psíquicas de sujeito para sujeito, e também permitiu criar raízes no grupo primário chamado família.

Correa (2003) aponta o grupo familiar como um espaço psíquico intersubjetivo, comum a todos os seus membros, grupo que possibilita a transmissão psíquica através de diversas modalidades. Segundo a autora, a família delimita um envoltório constituído por sua essência genealógica que está em contínua evolução, permeável a novos acontecimentos externos e movimentada, também, por acontecimentos internos, tais como nascimentos, separações e mortes.

André-Fustier e Aubertel (1998) discutem sobre as funções do *aparelho psíquico familiar* como funções de continência, de ligação, de transformação e de transmissão. Para as autoras, uma das principais funções do aparelho psíquico familiar - tanto em um plano genético quanto em um plano estrutural - é “conter e metabolizar as angústias arcaicas de todo lactente e,

posteriormente, o mínimo de todo indivíduo para permitir-lhe a construção de um mundo interno sólido e coerente” (p. 133). De início, o aparelho se comporta como uma aparelhagem externa que irá propiciar ao bebê transformar suas experiências sensoriais em vivências psíquicas progressivamente articuladas entre si e, ainda, representáveis no ego em constante diferenciação.

A função de continência auxilia lidar com as angústias arcaicas, angústias de elementos simbióticos, e de sustentáculo das experiências brutas da criança. Já a função de transformação está relacionada ao esforço psíquico assegurado pelo habitat familiar da criança que acolhe as experiências sensoriais do bebê, e lhe restitui vivências psíquicas. A função de ligação propiciada pelo ambiente familiar, tanto intrapsíquica quanto intersubjetiva, corresponde à capacidade de estabelecer relações objetais no grupo familiar, de modo que o recém-nascido poderá utilizar essas vivências psíquicas para, progressivamente, autoconter-se e organizar sua própria psique (André-Fustier e Aubertel, 1998).

Kaës (1991) postula que a criação de todo vínculo parte do estabelecimento de *alianças inconscientes*. Dessa forma, toda e qualquer família é fundada sobre as relações de aliança que os sujeitos da filiação deverão considerar para construir sua própria identidade de sujeito individual e de sujeito do grupo. Tais alianças inconscientes obedecem, segundo Eiguer (1995), a organizadores familiares inconscientes. Eiguer (1985) baseia-se na ideia de organizador criada R. Spitz, que teorizava sobre a maturação do psiquismo. Em Spitz, o organizador psíquico polariza diferentes áreas do desenvolvimento, de modo que tal polarização proporcionaria a maturação de diferentes áreas de forma potencializada e, aos poucos, se equilibraria com as diferentes polarizações. Pois bem, no grupo-família, o organizador irá se definir como uma formação coletiva para a qual contribuem os psiquismos pessoais, “que concentra um jogo de representações psíquicas específicas do familiar e um denominador comum de emoções frequentemente exaltadoras” (Eiguer, 1985, p. 29).

Eiguer (1995) postula que o *organizador* mobiliza a maneira como o grupo familiar lida com os afetos e os papéis em seu cerne, assim como a relação da família com seu meio social. O organizador marca profundamente os intercâmbios das representações intragrupais: a atividade representacional e os afetos.

Para Eiguer (1985):

fator de maturação e apaziguamento, o organizador familiar implica um salto progressivo na consolidação dos vínculos recíprocos. Do ponto de vista econômico, o organizador familiar reativa antigos investimentos, redistribuindo suas cargas pulsionais. Do ponto de vista tópico, o organizador permite a aparição (frequentemente, a reaparição) das instâncias coletivas como, por exemplo, o objeto-grupo familiar. Em outras palavras, a família tornar-se-á, por causa do organizador, um grupo constituído por indivíduos que possuem uma representação inconsciente deste grupo, no interior de seu próprio aparelho psíquico, “uma ficção eficaz e transicional”. Mas o organizador implica trabalho e passagem por crises: este grupo que é a família deve sofrer inúmeras metamorfoses, para encontrar uma coesão, um entendimento e uma solidariedade que lhe sejam específicos (p. 29).

Eiguer (1985) ainda postula que os organizadores familiares estão presentes na família desde o princípio de sua formação. Para o autor, a instalação de uma relação amorosa acontece, no plano inconsciente, com a partilha de objetos entre os parceiros, objetos que constituirão o *mundo interior grupal* da família. Para tal, os parceiros dessa relação buscam em suas histórias familiares *objetos parentais interiorizados* dos Édipos vividos, os quais influenciam desde a escolha do parceiro até a forma como as alianças serão criadas e mantidas pelo par.

O organizador familiar também instaura um *Eu familiar*, composto pelo sentimento de *familiaridade*, pelo *Habitat interior* e pelos *Ideais de ego* estabelecidos pelo grupo-família. A

familiaridade trata do sentimento de pertença familiar, no qual os sujeitos compartilham de uma sensação de proximidade particular. Já o Habitat interior se refere à pele psíquica do grupo familiar, marcada pelos traços do passado, momentos intensos ou de imobilidade. Os Ideais de ego da família dizem respeito aos ideais futuros compartilhados pelos integrantes do grupo. Dessa forma, o Ideal de ego familiar seria “uma representação da perfectibilidade do grupo em relação a seu próprio destino: quer dizer, um projeto de progresso social, cultural, educacional ou ‘habitacional’ para a família” (Eiguer, 1985, p. 42).

Por último, ainda segundo Eiguer (1985), existe um outro organizador familiar, a saber, a *interfantasmática*. A atividade interfantasmática se refere ao ponto de encontro dos fantasmas individuais, fantasmas cujos conteúdos são próximos uns aos outros. Os jogos combinatórios e os desejos convergentes são mais do que uma simples adição, pois a interfantasmática inconsciente concebe “a criação de um espaço transicional de intercâmbios, de humor, de criatividade desabrochante, de relatos referentes à própria história de cada um e dos ancestrais” (p. 45).

Essas contribuições tornam possível a apreensão de uma *fantasia originária* organizadora da família. Tal fantasia é permeada por uma gama de funcionamentos, sentidos e elementos. A fantasia originária se torna elemento explicativo para o enigma pelo qual a criança vive se perguntando: o que fazem os pais no quarto trancado? Para o autor, a possibilidade de que a *castração simbólica* se inscreva no psiquismo do infante, interditando o acesso ao objeto sexual, permite que o campo sexual se inscreva no coração do psiquismo. A fantasia também é responsável pelas diferentes posições do sujeito em relação ao objeto, ora passivo, ora ativo-passivo, seduzido-sedutor, encontrando novos sentidos para suas vivências. Tal fantasia é de caráter universal e é vetor de sexualização da criança (Eiguer, 1995).

Trabalhando os efeitos da ideia do organizador e fantasia originária, podemos nos referir a Correa (2000), que elenca quatro funções fundamentais que evidenciam a importância do

grupo-família para a constituição do psiquismo e a lei primordial imposta à família: *designação de lugares e espaços* definidos pela dinâmica e redefinidos pela fantasmática intra e intersubjetiva; *cognição e representação* e abrangidos pelos processos de pensamento; *defesa e proteção* contra as angústias fundamentais; e *produção e reprodução da circulação fantasmática intra e intersubjetiva*. Essas quatro funções representam a base para a constituição do sujeito que advém de determinado grupo familiar; e, conforme forem exercidas essas funções, refletir-se-á nos sintomas singulares dos sujeitos.

André-Fustier e Aubertel (1998) dizem que o sintoma pode, em algumas situações, não surgir somente como resultante da formação de compromisso intrapsíquico; ele pode advir igualmente como repetição extraída de um enfraquecimento da mentalização de gerações precedentes, de um sofrimento familiar. Os autores, articulando o eixo geração e o eixo intragrupal, postulam que o que se experimenta na atualidade pode inscrever-se em uma cadeia de sentido tanto familiar quanto individual. Entretanto, também é possível produzir uma ruptura na cadeia de sentidos,

uma alteração nas capacidades de elaboração ligadas ao funcionamento do aparelho psíquico familiar: seja por uma impregnação muito grande de modalidades de transmissão transgeracional o que proíbem à criança (às últimas gerações) um trabalho de elaboração psíquica sobre um material mantido fora da mentalização, fora da psique; seja por um engavetamento entre “um acontecimento atual” (deficiência, acidente, morte...) e um acontecimento do passado, não posto no passado, com o qual entra em colisão, repetindo a ruptura das funções de para-excitação familiares, e impedindo um trabalho de elaboração tanto familiar quanto individual (p. 135).

Nesse sentido, André-Fustier e Aubertel (1998) chamam a atenção para a repetição que deve ser compreendida tendo em vista as histórias das gerações predecessoras. Para os autores, a compulsão à repetição está articulada às falhas de simbolização que advém desde as

gerações precedentes, levando o indivíduo a lidar com o retorno do que fundamenta o vínculo familiar do qual faz parte. Dessa forma, o caráter principal dessa compulsão estaria na tarefa de lidar com o traumatismo de uma situação vivida como aniquilamento, situações que condensam os traumatismos de uma sucessividade histórica que só pode ser compreendida em um segundo tempo.

Os fantasmas e os organizadores são transmitidos através das histórias familiares, isto é, a trama familiar se estrutura através da *transmissão geracional*. Assim, podemos pensar sobre o engendramento de uma *psicose* (tema que será discutido no tópico 3.3).

3.2 A transmissão psíquica geracional: a constituição dos laços a partir da herança psíquica

Wadell (1994) argumenta que na instituição família, as histórias e dinâmicas de duas famílias anteriores – famílias das quais vieram os cônjuges – são colocadas em interação, elaboradas, e servem como protótipos para o nascimento de um novo laço familiar. Com o nascimento de uma criança, são revividas fantasias e assim, o triângulo que se forma, reedita as relações familiares provenientes do passado de cada um dos pais. O bebê provoca em seus pais os mais diversos medos e afetos, marcando o vínculo familiar e suas particularidades.

Segundo Kaës (1998), o sujeito do grupo é concebido num espaço intersubjetivo localizado no *entre* existente no tempo da *geração* e no *entre* do espaço familiar, lugar que poderá constituir sua singularidade. Para o autor, desde o início da Psicanálise havia uma incipiência na discussão sobre a *transmissão* ocorrida nesse espaço intersticial. Para Kaës, a proposição freudiana perpassa a noção de *transmissão* em alguns pontos importantes de sua obra, porém, ocorre de modo especulativo e a partir da apreensão de suas observações empíricas. Seguindo os passos de Kaës, adentramos na obra freudiana.

Freud (1913/1996), no texto *Totem e tabu*, dissertou sobre a transmissão transgeracional através da transmissão do tabu, do crime e da culpa. Da invenção do mito da *horda primeva*, a partir da escuta clínica e do diálogo com os textos antropológicos, Freud conta a história do parricídio engendrado pelos filhos apartados dos privilégios exclusivos do pai, este último utilizando da força e do autoritarismo para tal. Aliados uns aos outros, os filhos assassinam o pai, o que decorre em uma luta de cada um por si para tomar o lugar paterno. A reedição do modelo parental revela ser impossível devido aos impasses gerados pelas constantes brigas. A saída encontrada é a constituição de pactos e a totemização do pai morto, formas de se *transmitir os interditos e alianças inconscientes*.

Em *Introdução ao narcisismo* (1914/1996), Freud postula que o bebê recebe como herança a missão de realizar aquilo que os pais não conseguiram, como também dar continuidade àquilo que eles começaram. Desse modo, o pequeno sujeito dará sentido a tais atribuições que serão constituintes de sua *psique*. Correia (2003) aponta que nessa obra Freud articula que a atribuição de lugares e significantes ao infante ocorre a partir daquilo que o bebê apropria como desejo, tomando como seu o desejo de seus predecessores. Freud diz ainda que a transmissão, tratada de maneira direta, não abarca tudo o que é transmitido na relação entre os pais e a criança, e, nesse sentido, a continuidade da vida psíquica vai além da transmissão de crenças e valores conscientes.

Em *Psicologia de Grupo e Análise do ego* (1921/1996), Freud aponta que a psicologia individual é antes de tudo uma psicologia social, já que aponta para vários aspectos do desenvolvimento individual mergulhados na intersubjetividade.

Eiguer (1998) acredita na potencialidade do conceito de transmissão psíquica entre gerações e aplica as pontuações metapsicológicas do conceito pelo viés *econômico, dinâmico e tópico*. Economicamente, o objeto de transmissão psíquica extrai a força da libido de um outro, muitas vezes, uma libido que transborda, como no caso de uma paixão. Do ponto de

vista dinâmico, o objeto é fruto de *fidelidades contraditórias*, e esta seria a base de distúrbios. Outra posição dinâmica é aquela em que o objeto ocupa um lugar de confrontação, na qual o ancestral e o indivíduo se enfrentam em seus desejos. Por último, sob o ponto de vista tópico, as clivagens e espaços vazios marcam o ego.

Para Kaes (1998), o que se transfere e se transmite no espaço psíquico intersubjetivo são as configurações de objetos psíquicos, objetos munidos de seus vínculos. De acordo com o autor,

o que se transmite, seria então, preferencialmente, aquilo que não se retém, aquilo de que não se lembra: a falta, a doença, a vergonha, a vergonha, o recalçamento, os objetos perdidos, e ainda enlutados. Tais são as configurações de objetos e de seus vínculos intersubjetivos transportados, projetados, depositados, difratados nos outros, em mais de um outro: eles formam a matéria e o processo da transmissão. O que se transmite não é só o negativo, é também aquilo que ampara e assegura as continuidades narcísicas, a manutenção dos *vínculos intersubjetivos*, a conservação das formas e dos processos de conservação e de complexidade de defesa, identificações, certezas, dúvidas. É por isso que as situações analíticas plurisubjetivas, como os grupos, são os ‘receptáculos’ disto e, em algumas condições, formas de transformação notáveis (p. 9).

Correa (2003) diz que o processo de transmissão psíquica evoca um trabalho contínuo do inconsciente, transformando e elaborando os conteúdos transmitidos. Há sempre uma exigência em realizar a transmissão, como há também uma grande exigência em interrompê-la.

Eiguer (1998) postula que a transmissão psíquica do objeto entre as gerações caracteriza-se pela peculiaridade do investimento pulsional em um objeto de um outro. Desse modo, o investimento transita ao psiquismo de outra pessoa. Se considerarmos dessa maneira, há uma

distorção na teoria econômica pulsional, pois a criança utiliza como sua a libido que advém da vida pulsional da mãe.

Kaës (1998) divide os diferentes tipos de transmissão psíquica entre gerações: *transmissão intergeracional* e *transmissão transgeracional*, cada uma carregando em si diferentes tipos de conteúdo que poderão ou não ser trabalhados pelo grupo-família. Na *transmissão intergeracional* transmite-se os ideais, mecanismos de defesa, identificações e defesas. Nesse tipo de transmissão psíquica, o conteúdo é transformado pelas diferentes gerações; desse modo, há um trabalho de elaboração que, em determinada medida, os membros da família conseguirão dar algum destino àquilo que surge.

Eiguer (1995) propõe a herança *intergeracional* como forma de se repassar identificações, imagos e representações de uma geração a outra, representada na história familiar, na qual o indivíduo se ancora, extraindo substâncias que ajudarão a fomentar suas fundações narcísicas. O bebê também auxilia a moldar a história familiar, ajuda a escrever tal história e transmite também aos pais fenômenos psíquicos. O bebê suscita fantasias e identificações que passam pelo investimento parental e, quando esse investimento é interditado, o bebê se fia num espaço de não representação, incompreendida em sua própria natureza, estando presentes elementos como a vergonha, culpa e luto.

Quanto à transmissão *transgeracional*, Kaës (1998) atribuirá a ela os conteúdos que atravessam as gerações sem que haja o trabalho elaborativo. Consiste, nesse sentido, na transmissão de conteúdos que não podem ser lembrados nem retidos, os quais causam o sujeito sem que ele dê conta do que realmente o afeta. Tais conteúdos podem carregar a falta, a vergonha, o recalamento e objetos perdidos que não foram enlutados.

Segundo Gomes e Zanetti (2009), a transmissão *transgeracional* envolve um material que está em “suspensão”, não metabolizado e sem possibilidades criativas para reconhecê-lo e elaborá-lo. Não há maneiras de se beneficiar do conteúdo transgeracional; tal conteúdo

provoca mal-entendidos e paralisia na vinculação familiar, perturbando também a noção de *pertencimento* ao grupo familiar. Segundo as autoras, na transmissão transgeracional o sujeito não se torna “proprietário de sua herança” (p.96).

Para Correa (2003), quando a transmissão geracional ocorre de maneira clivada e interfere na incorporação de objetos internos seguros e estruturantes, há a manifestação de sintomas de patologia e sofrimento psíquico, apontando as falhas nos apoios da vida pulsional. Para a autora, os objetos não integrados pelo sujeito ocasionam falhas nos processos de simbolização, podendo assim, acarretar o desenvolvimento de núcleos psicóticos nas crianças que advém no círculo familiar, ficando, dessa maneira, expostos à ameaça de morte psíquica.

É importante abarcar os aspectos da transmissão *transgeracional* acerca das singularidades da *família psicótica*. Desse modo, introduzidas as concepções de transmissão psíquica transgeracional, podemos agora nos atentar para essa transmissão no contexto familiar psicótico.

3.3 As singularidades da transmissão no grupo familiar psicótico

Segundo Benoit (1994 citado por Costa, 2001), para se entender a estrutura familiar e a inserção do psicótico neste lugar, é necessária a compreensão da *transgeracionalidade*, pois é a partir dela que se pode pensar como as estruturas e “os destinos” dos membros familiares vão sendo vinculados aos padrões das famílias precedentes. É imprescindível então, compreender como as histórias foram sendo contadas e por que algumas histórias tentam ser omitidas, e ainda, como as alianças são elaboradas através de lealdades, delegações, méritos, legados, segredos, mitos e projeções. Assim, a família tem na figura do psicótico, uma condensação de sua história, e o psicótico carrega em si o reflexo da história familiar.

Segundo Costa (2001), a estrutura psicótica, seja no nível relacional ou individual, tem sua subjetividade cingida ao jogo (inconsciente e relacional) familiar. O sujeito psicótico, enquanto “paciente identificado” ou “bode expiatório”, tem sua manifestação psíquica ligada ao funcionamento das partes e ao todo da família. Para o autor, “a contradição psicótica diz respeito à contradição familiar, em seus mais difusos aspectos (individual, conjugal, parental, filial, fraterno); assim, sua subjetividade é espelho deste espectro” (p. 131).

Fédida (1996) postula que o sujeito psicótico recebe como herança de sua família *objetos relíquia*, objetos constituídos por defesas ante a angústia de morte. Esses objetos funcionam de forma semelhante ao objeto-fetice proposto por Freud (1927), em sua relação à angústia de castração. Entretanto, no caso do objeto relíquia, a defesa funciona em relação aos afetos sem representação ligados à morte, criando um ideário de *onipotência de pensamento*, gerando o que Fédida chama de *sobre-realidade* (p. 250), um escape à dor da perda do objeto, transformando a realidade numa incapacidade de assinalar as angústias ligadas à morte.

Silva (2003) propõe o conceito “*self sem berço*” para se referir ao sujeito que serve de receptáculo para “excessivas projeções de aspectos inconscientes dos objetos parentais” (p. 29). O pequeno infante funciona como hospedeiro de uma história inconsciente de outras gerações, constituindo-se como corpo ausente de si, confuso e enlouquecido. Destituído do domínio sobre seu *self*, o sujeito não consegue se colocar em uma situação emocional, incapaz de qualquer criatividade. Ainda segundo Silva (2003), tais sujeitos demonstram estar sob o pacto de uma missão, imposta sem pedir licença. Tais aspectos se devem à transmissão transgeracional, herança psíquica transmitida ao sujeito pelas gerações precedentes, constituída de elementos brutos, atravessando o psiquismo sem apropriação possível. A autora também trabalha o conceito de *identificações mórbidas* para se referir aos aspectos da dinâmica familiar psicótica, responsáveis pela interdição de elementos da vida psíquica do bebê. Tais identificações são transmitidas transgeracionalmente de forma velada, através dos

desditos e silêncios, gerando adoecimento dos sujeitos das quais as identificações se apropriam. O sujeito em questão adoece por não conseguir se apropriar afetivamente – em seu *self* – de tais objetos, se tornando refém deles, ocasionando um *splitting* na personalidade, gerando núcleos persecutórios. O indivíduo se torna sujeito a essa transmissão, perpetuando-a sem se apropriar dela e de outros elementos transgeracionais.

Quando essas identificações habitam demasiadamente o *self* do sujeito, fica muito difícil desvencilhar o destino próprio da história do outro, sendo parasitado precocemente por um outro *self*, criando uma situação em que não é possível desvencilhar as representações e objetos singulares do sujeito aos objetos e representações do outro invasor, permitindo que surjam atividades mentais psicóticas (Silva, 2003).

Em outra vertente psicanalítica, Mannoni (1999) circunscreve a incapacidade dos pais em lidar com a castração; assim, os filhos representam para os pais tudo aquilo que não pôde ser significado e vivido. Lidar com isso, na vida cotidiana ou na terapia, representa diversos perigos aos pais, como por exemplo, lidar com a angústia da castração. Segundo a autora, tal angústia determina um fim precoce da análise e tratamento de crianças e adolescentes.

A anulação da castração produz no grupo familiar, a ilusão de onipotência e, conseqüentemente, a desnecessidade de uma lei paterna, desabilitando, por sua vez, a possibilidade de intermediação entre os membros familiares. Prado (1999), articulada às contribuições de Searles (1965), se refere aos *estados de entranhamento patológico* (p. 158) para designar as condições de padrões de relacionamento caracterizados pela onipotência de pensamento e identificações projetivas massivas, resultando numa dificuldade em individuar-se no grupo familiar. O estado de entranhamento se define como um quadro psicodinâmico resultante da manutenção total ou parcial da identificação primária com os objetos, devido à predominância de uma área psíquica em que o pensamento não pôde ser desenvolvido em sua forma mais evoluída. O autor acredita que, mesmo no chamado indivíduo “normal”, esse

entranhamento exista no processo primário, implicando em confusão e em uma organização defensiva específica. Há então dois tipos de entranhamento, um movido pela pulsão de vida, possibilitando investigação e conhecimento, e um outro, movido pela pulsão de morte, designado pela impossibilidade de ser e confusão.

Para Prado (1999), a circunstância familiar do sujeito psicótico caracteriza-se pela presença de mecanismos de defesas calcados na *identificação projetiva maciça* como articulador fundamental, implicando no esvaziamento da possibilidade de pensar e na dissolução da formação dos vínculos, internos e externos. Segundo o autor, famílias que vivem sob circunstâncias psicóticas perdem a capacidade relacionada à criação simbólica, isso reflete nos mitos familiares que se apresentam sem variantes e rígidos, tornando-se “mitos de morte” (em detrimento da possibilidade que os “mitos de vida” possuem para lidar com as frustrações e lutos).

O que o presente texto tenta sublinhar é que a geração dos conflitos e da psicose não tem como único sujeito aquele que porta a “doença mental”, mas sim, trata-se de uma construção familiar, encontrando seus alicerces na transgeracionalidade. Sendo assim, sobre o atendimento do sujeito psicótico, é pertinente considerar a complexidade dos vínculos familiares que movimentam a produção de subjetividade e cada sujeito no enodamento do grupo-família.

CAPÍTULO IV – INDO A CAMPO: AFETOS E DESCOBERTAS NA PESQUISA

Neste capítulo discorro sobre afetações e descobertas no campo de pesquisa. Para conseguir realizar as observações na instituição CAPSi, se passaram cerca de cinco meses para lidar com procedimentos burocráticos da prefeitura da cidade e mais três meses aguardando a autorização do Comitê de Ética da universidade. Depois das aprovações, por quase dois meses, frequentei a instituição em dias e horários alternados, a fim de observar/capturar/apreender as práticas e rotinas institucionais e conhecer mais diversificadamente o público atendido. Foram realizadas 15 observações, cada uma delas com duração média cerca de seis horas.

Adentrando o campo de pesquisa e sendo implicado por ele, estabeleceu-se o campo transferencial, indispensável para a produção da prática. Segundo Elia (1999), “só se pode fazer pesquisa em psicanálise *sob transferência*” (p. 777). 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.

Figueiredo e Minerbo (2006) destacam que, sob os aspectos transferenciais estão as marcas singulares do que se *descobre*, do que se *inventa* e do que se *cria* (p. 261). A pesquisa psicanalítica transforma, à medida que descobre, o campo e seu pesquisador, como não poderia ser diferente, também é transformado.

Em minhas observações, sentado junto às famílias, conversei e conheci suas histórias, investiguei sobre quais atividades elas estavam implicadas na instituição e o que elas esperavam do CAPSi. Ouvindo-as, pude apreender um pouco da realidade vivenciada por elas em relação aos quadros clínicos de seus filhos e netos, e também em relação à espera relatada pelas famílias na instituição. Nas rotinas institucionais, participei das atividades com as

crianças e os adolescentes, brincando e jogando com os usuários, naqueles contextos me aproximava e podia conhecê-los e também para ser conhecido e reconhecido por eles. As brincadeiras e os jogos se tornaram uma oportunidade singular para me aproximar das histórias que ajudam a construir essa pesquisa.

Tive acesso aos prontuários e aos relatórios dos pacientes, e também às atividades que envolviam os familiares, como o grupo de familiares e a entrevista de acolhimento. Enfim, tomando em consideração as histórias vividas, o que ocorreu de mais significativo para a pesquisa, foram os acontecimentos que me surpreenderam, o inusitado na rotina, os fatos e elementos que pareciam escapar e, por vezes, sucumbir, e ainda, os familiares e seus relatos me colocavam/descolavam da cena e me instigavam a movimentar afetos ainda em gestação.

Diariamente, após as observações, lancei mão dos diários de campo, registrando os diálogos que permaneciam, lembranças e afetações despertadas na vivência. Criado primeiramente na pesquisa etnográfica, tendo como pioneiro Bronislaw Malinowski, o diário de campo é utilizado na pesquisa como instrumento de registro das observações, no qual dever-se-á acumular os diferentes eventos observados, os discursos e práticas do campo de pesquisa, para posteriormente considerá-los análise dos achados. O diário de campo não deve ser tomado tão somente como instrumento de descrição, mas sim, como aparato para a compreensão dos lugares afetivos observados, assim como a reação do pesquisador diante deles (Weber, 2009).

Segundo Pinho e Molon (2011), o diário de campo propicia ao pesquisador que, ao escrever as observações, comece o trabalho de elaboração e reflexão sobre suas vivências. Um excelente exemplo de como a escrita auxilia na pesquisa é Freud, que segundo Mezan (2001), pensava por escrito. No final de cada consulta, Freud registrava os principais pontos e, ao final do dia, tecia suas considerações sobre o caso que lhe estava tomando mais atenção. Isso

foi de suma importância para a construção da teoria psicanalítica, sobretudo, para os casos publicados.

Assim, fui compondo o diário de campo, que se configurou como dispositivo fundamental, pois reunia os principais registros, onde constavam alguns diálogos – transcritos às vezes em literalidade – e os detalhes de histórias peculiares. As expressões que aparecem entre aspas na análise dos achados são provenientes dos registros do diário de campo, anotadas no dia da observação e ouvidas/sentidas literalmente como constam no texto. Os nomes dados às pessoas que aparecem na análise serão fictícios, escolhidos aleatoriamente, sem nenhum vínculo com a história do usuário ou do familiar. Além disso, alguns dados foram alterados, a fim de resguardar o anonimato dos participantes da pesquisa.

No tempo em que estive na instituição, me senti entusiasmado, perdido, desamparado, sufocado... Aos poucos, com a ajuda da supervisão, pude dar sentido ao que às vezes me afetava de forma desorganizadora, e assim, dialogar a prática com as minhas leituras.

Mais uma vez, recorri ao que a Psicanálise me dava alento. Tomando as vivências dentro das considerações transferências que fui tecendo, pude, além de elaborar e organizar as experiências, considerá-las em relação àquilo que a pesquisa revelava às minhas perguntas. Nesse sentido, a escolha dos personagens e episódios analisados neste texto, dialogam tanto com as questões da pesquisa, como também com a produção inconsciente da relação transferencial que se estabeleceu, a qual, após cada dia de observação e posteriormente à prática, foi tomada em consideração.

4.1 A instituição CAPSi: funcionamento técnico e as “boas vindas”

A pesquisa teve como campo de investigação uma instituição CAPSi que atende crianças e adolescentes de segunda à sexta-feira das 08:00 às 18:00 horas. A instituição está situada num bairro de classe média alta, cercada por várias casas de padrão elevado e construções de

prédios residenciais. Na esquina da quadra da instituição há um hotel-escola colorido e aparentando ter boa estrutura. Bem localizada na cidade, a instituição tem fácil acesso.

O CAPSi funciona nessa casa há mais de quatro anos, tendo em sua existência alguns outros diferentes lugares como endereço. Há alguns anos houve uma mudança institucional que parece ter deixado várias ressonâncias, conforme pude perceber nos relatos dos funcionários mais antigos. Também percebi a herança dessa mudança na fala dos funcionários mais jovens. Tal mudança ocorreu com a inclusão do atendimento aos adolescentes com problemas envolvendo o uso de álcool e outras drogas, e também adolescentes em situação de risco social. Essa mudança provocou discussões na rede de Saúde Mental da cidade, tendo sido uma decisão bastante polêmica. Ouvi alguns relatos que relacionavam essa mudança à saída de vários funcionários da instituição. De fato, o quadro de funcionários foi bastante modificado nos últimos seis anos. Ouvi opiniões a favor e contra esse novo modo de realizar o serviço. Pude perceber, em vários relatos, as dificuldades e um certo desgaste e cansaço que a equipe associa a tal configuração de atendimento.

As rotinas de acompanhamento ocorrem das 08:00 às 10:00 horas da manhã, e à tarde, das 13:00 às 15:00 horas. Após a rotina, o tempo é utilizado para o preenchimento dos relatórios do dia, como também para conversas com algum familiar e, às quartas feiras, após as 10:00 horas, são agendadas as consultas com o psiquiatra. O CAPSi atende usuários de 3 a 18 anos; porém, abre-se espaço, em alguns casos, para o acompanhamento até os 21 anos. No programa institucional existem as buscas ativas, alguns atendimentos domiciliares e os atendimentos no território, como os atendimentos de Acompanhamento Terapêutico que parecem estar ganhando força na instituição. Existem também mini-fóruns com a rede de apoio, para a discussão de algum caso.

A equipe é formada por psicólogos, enfermeiros, assistente social, psiquiatra, clínico geral, técnico-administrativo, ajudantes de limpeza e porteiro/segurança. Todos parecem

compartilhar a função que almeja ser terapêutica. Há uma equipe de apoio da prefeitura que consiste em motoristas, conselheiros, entre outros cargos de funções que auxiliam a articulação com os lugares extramuros.

Em suma, percebo que a equipe, iniciante na profissão em sua maioria, tenta adaptar-se ao funcionamento e às condições de serviço da instituição. A maioria dos profissionais são contratados e outros, concursados. Alguns profissionais parecem estar de passagem, principiando na vida profissional a fim de um serviço melhor remunerado. A equipe tenta cingir o seu modo de trabalho, ao mesmo tempo em que é tomada pelas forças já constituídas. Os profissionais, em sua maioria, estão de acordo com o horário e as diretrizes de atendimento. Adaptam-se às novidades tendo como plano de fundo o funcionamento já existente.

Os encaminhamentos à instituição são provenientes da rede de atenção primária, Conselhos Tutelares, Hospital da UFU, entre outras instituições que atendem crianças e adolescentes. Quando se chega à instituição pela primeira vez, passa-se pelo acolhimento com o psicólogo, consistindo em uma entrevista e preenchimento de ficha de inscrição elaborada pela instituição. Após tal entrevista, a criança ou o adolescente passa por um período de avaliação em meio à rotina, para analisar se é caso para o acompanhamento do CAPSi ou para algum tipo de encaminhamento. As formas de chegada e saída da instituição são diluídas pelas ocorrências do cotidiano; usuários vão sendo incluídos na rotina institucional e outros somem sem muito alarde. Nesse âmbito, muita coisa parece se esmaecer diante da grande demanda que a instituição recebe de toda cidade, e, nesse sentido, vários usuários atravessam a instituição sem “atentar” e serem “atentados” mais do que superficialmente.

No muro, ao lado da porta da instituição, há uma inscrição a lápis. Tal inscrição diz: “Bem-vindos ao inferno”. Dentro da casa há alguns desenhos de cenas de sexo, xingamentos, entre outras imagens obscenas; contudo, não observei, durante o tempo em que estive na

instituição, comentários ou a atenção da equipe sobre tais expressões. Nesse sentido, inferi que tais expressões nas paredes foram naturalizadas pelo cotidiano institucional, tornando essas cenas e desenhos parte integrante da paisagem. Parece que as imagens e os dizeres expõem uma linguagem oculta que circula a instituição, ao mesmo tempo em que retêm algo que, de tão mobilizador, precisa ser exposto nas paredes e muros.

Segundo Nise da Silveira (1981),

se “as imagens tomam a alma da pessoa” entende-se a necessidade de destacá-las tanto quanto possível do roldão invasor. Pintar seria agir. Seria um método de ação adequado para defesa contra a inundação pelos conteúdos do inconsciente (p. 13).

Com o passar do tempo, pude perceber que esse “inferno” pode ganhar diferentes sentidos. Nos primeiros dias me perguntei sobre o porquê da inscrição - “Bem-vindos ao inferno” - não ter sido lavada. Imaginei a impressão que tal inscrição daria para a família na chegada à instituição pela primeira vez. Imaginei tanto um adolescente achando graça em tal anúncio, como também uma criança que, aprendendo a ler, se depara com a frase que, de uma forma ou de outra, pode perturbar. Imaginei pais e mães se questionando se aquele seria mesmo o lugar...

Fornari (1989) diz que uma instituição pode encontrar diferentes formas para lidar com os sofrimentos que ela produz em seu funcionamento. Em sua vida inconsciente, a instituição trespassa a todos que dela faz parte, conteúdos e representações que tangenciam a vivência institucional e a vida de cada um. Serve como pano de fundo para o estabelecimento de alianças que irão reger, inconscientemente, os propósitos da instituição. Segundo o autor, a função das alianças é “*por um curativo na ferida narcísica, evitar a angústia do caos, justificar e manter os custos identificatórios, preservar as funções dos ideais e dos ídolos*” (p. 21).

Porém, como aponta Kaës (2003), os estratagemas utilizados para cobrir as feridas narcísicas apontam para a negatividade que, por sua vez, produz vínculos mortíferos para os

que ali estão. Assim, pode-se pensar em relação ao CAPSi, que a inscrição “bem-vindos ao inferno”, intenta expressar, entre outros significados, vínculos e afetos vividos na instituição como morte, sofrimento e anulação. Sofrer dos pecados que levaram o indivíduo para aquele lugar.

Apesar disso, nota-se com facilidade o esforço da equipe do CAPSi em proporcionar atendimentos significativos à população. Engajados no trabalho, programam atividades que buscam a integração da rede de Saúde Mental da cidade para o melhor entendimento dos casos e também proporciona aos usuários suporte para além da instituição.

Essa pequena análise do corpo institucional do CAPSi não teve como pretensão compor uma análise institucional propriamente dita, mas sim, tem o intuito de contextualizar o leitor, a partir da transferência estabelecida entre pesquisador e CAPSi, acerca do espaço/lugar/território em que essa pesquisa se constituiu.

4.2 Família: figurante ou protagonista?

A partir daqui, personagens e episódios serão apresentados e ajudarão arevelar as descobertas do campo transferencial estabelecido na presente pesquisa: histórias e trajetórias afetivas acolhidas e analisadas para que, de alguma forma, sinalizassem aos objetivos suscitados na investigação de pesquisa. Cada um dos quatro subitens criados estabelece um vértice da questão, ao mesmo tempo em que acompanha os (des)caminhos da família e seus sintomas no cotidiano institucional, além dos manejos da família no âmbito da posição subjetiva e, ainda, os campos de tensão estabelecidos entre família e instituição.

4.2.1 “Varanda de esperas”: fronteira entre esperança e marasmo

Numa certa manhã ensolarada, antes de começar a rotina de atividades da instituição, olho para o campo de futebol e lá está Thales com uma mangueira, tentando molhar sua bisavó e a sua mãe. Com muita dificuldade, as duas mulheres conseguiram tirar a mangueira de Thales, e então, elas foram aguardar o desenrolar das atividades na varanda. Thales é um menino de 9 anos, obeso e baixo. Muitas crianças tentavam importuná-lo, colocando apelidos e fazendo piadas sobre sua fala presa, e Thales sempre tentava revidar batendo nos colegas. Vi Thales, em diversos momentos, envolvido com seu *tablet*, às vezes por quase uma hora ininterrupta, totalmente atento ao jogo do seu aparelho.

Naquela manhã conheci Thales e sua família. A cena engraçada e bizarra que se desenhou quando as senhoras corriam atrás do menino para pegar a mangueira e este correndo tentando molhá-las despertou minha atenção. Suas fisionomias caricatas, rostos rechonchudos e andar lento, sinalizaram, ressoando na minha afetividade, que aqueles personagens diziam algo importante. Movido pela curiosidade de saber mais sobre a história familiar, procurei a bisavó e a mãe do garoto.

Fui até a varanda na qual os familiares esperam pela realização da rotina institucional que acontecia no interior da casa. Para o funcionamento da instituição neste endereço, foi utilizada a estrutura de uma antiga casa residencial. Assim, o local apresenta aspectos de uma residência, com cozinha, quarto, varanda, piscina, etc. Quando se atravessa o portão da instituição, encontra-se a varanda da casa, que chamei de “Varanda de esperas”. Quando o fiz, nomeei assim, sem perceber, “esperas” no plural. Essa varanda serve para os familiares dos usuários esperarem por atendimentos, a realização da rotina da instituição e o atendimento com o psiquiatra. Por vezes, os familiares esperam, uma, duas ou até três horas. No local também acontece a realização semanal do chamado Grupo de familiares.

As várias esperas que ocorrem 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” (Rezende & Bianchet, 2013). Nesse âmbito, espera-se que algo que ocorre ali dentro, melhore a situação dos filhos (as) e netos (as) atendidos. De todo modo, é importante salientar que esses 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.

Nessa varanda, encontrei as duas senhoras sentadas, mãe e bisavó de Thales, bem próximas uma da outra. Apresentei-me e perguntei se poderíamos conversar um pouco. Uma delas era a mãe de Thales, Maria, uma mulher baixa e gorda. Sua cabeça meio achatada e grudada ao corpo, sem um pescoço aparente, chamava a atenção. A bisavó materna de Thales, Vânia, era uma idosa vesga e de feições cansadas. As senhoras estavam comendo rosca, e quando cheguei, assisti a mãe de Thales chupar de seu dedo um açúcar branco e gorduroso, sobra das roscas. Nesse momento senti nojo da cena que inicialmente perturbou a minha concentração na escuta das falas; porém, posteriormente, analisando o episódio, tal fato pôde ser relacionado a outros afetos despertados e que serão trabalhados mais adiante, ainda nesse tópico.

Maria contou que seu filho frequentava o CAPSi há alguns anos, quando a instituição ainda se localizava em outro endereço. Disseram que após certa melhora de Thales pararam de levá-lo à instituição. Nesse meio tempo, Thales havia ficado muito agressivo, enfrentando problemas de comportamento e aprendizagem na escola, criando a necessidade, segundo elas, de procurar novamente o atendimento no CAPSi. Isso havia ocorrido há cerca de três meses, e desde então, o garoto comparecia semanalmente à instituição. Vânia e Maria deram ênfase à

agressividade do garoto. Disseram que ele não suportava ouvir “não” e também, quando repreendido, encontrava argumentos para tudo e que, para alguns desses argumentos elas não conseguiam dar respostas.

Na história mais recente dessa família, Maria contou que houve resistência do pai de Thales em assumir a paternidade. Ela relatou que somente após o exame de DNA, realizado meses após o nascimento do garoto, comprovou-se a paternidade; porém, pouco tempo depois, o pai do menino se mudou para outro estado, cujo nome é desconhecido para elas. Ela explicou que na gravidez, devido à apneia da qual ela padece, o filho ficou “vários momentos sem oxigênio”, o que gerou problemas na gestação. Thales nasceu no sétimo mês, permanecendo alguns meses internado.

Thales morava com a mãe, a bisavó e o bisavô. O garoto, sendo diabético e obeso ia à nutricionista e à fonoaudióloga para “tratar sua língua presa”. Ele cursava o terceiro ano mas, segundo elas, a professora disse que se ele não melhorasse iria voltar para o primeiro ano. Vânia contou que eram muitos os problemas de saúde enfrentados pela família. Maria tinha diabetes, pressão alta, hipertireoidismo. O avô de Thales era alcoólatra e, diariamente, oferecia ao garoto vários alimentos que o pequeno não podia comer. Thales era encontrado muitas vezes comendo às escondidas. A mãe de Maria, avó de Thales, apesar de não morar na mesma casa, era vizinha deles. O pai de Maria também era desconhecido. Nessa mesma rua moravam vários outros parentes. Naquele momento da conversa, foi ficando difícil discernir sobre quem estariam falando, pois pulavam de um personagem a outro sem diferenciação.

Foi relatado que Thales brigava muito na escola, respondia grosseiramente aos professores e tinha problemas significativos de aprendizagem, não tendo sido alfabetizado. Apesar disso, Thales, aos nove anos, se virava muito bem em outros aspectos de sua vida. Segundo Vânia, o garoto possuía certa autonomia, ia ao mercado sem ajuda e possuía bom domínio ao manipular seu *tablet*. As mulheres disseram que o menino tentava ensiná-las a manusear o

tablet, mas elas não conseguiam entender. Contaram que tinham esperança que, ao crescer, Thales pudesse melhorar seu comportamento, e reforçaram essa esperança repetindo isso algumas vezes. Mais uma vez, esperar torna-se a única via acessível em relação ao desenvolvimento de Thales, espera que abrange estagnação e esperança.

Analisando a posição da família de Thales frente aos sintomas da criança e o seu lugar diante do tratamento, é possível perceber a importante movimentação do grupo familiar. A espera, nesse caso, é traduzida como marasmo e qualquer mudança parece distante de ser pleiteada. Mesmo vivendo cotidianamente sob sofrimento, a família parece, ao mesmo tempo, incomodada/acomodada. Nesse sentido, o tratamento empreendido pela instituição acaba por se tornar parte integrante do sintoma familiar, a saber, a paralisação e anulação de qualquer alteridade ou mudança. Assim, ambos, instituição e família, refletindo a verdade alheia, incomodam-se, e ao incomodar, preferem manter uma fronteira, com a difícil convivência. A convivência, tão próxima em alguns aspectos e tão distanciada em outros, é perturbada quando os familiares surgem à porta ou atuam frente à equipe. Quando isso ocorre, cria-se formas para manter a família ainda sob espera, não admitindo o pedido de escuta como uma demanda mais complexa, mas sim, como algo pontual a ser resolvido.

Quando me sentei para conversar com as duas senhoras na varanda, encontrei-as chupando seus dedos. A sensação de nojo e o sentimento de que estava atrapalhando-as a terminar seu lanche dificultou o início da conversa. Isso foi corroborado tanto pela imagem que acabara de ver numa das paredes, a cena de sexo oral, como também a impressão que viera à minha cabeça, de um garoto com uma *mangueria* querendo molhar as mulheres que se aproximavam, inclusive molhando sua bisavó e mãe. A fantasia sexual, a aparência humilde e a fealdade das senhoras, misturadas à fantasia que tive de relance, me fizeram num primeiro momento não querer prosseguir com a iniciativa de entrevista.

Pude perceber certa resistência em me aproximar e relacionar com tais familiares. Devaneando, ao me colocar imaginariamente no lugar da equipe, presumindo a sua possível resistência, refleti sobre circunstâncias, como por exemplo, o investimento afetivo e laborioso, que se exige trabalhar com tais famílias, e o receio de que tal investimento possa não gerar grande produção e retorno. Como se nota no cotidiano institucional, o quase exclusivo olhar sobre o usuário, criança e adolescente, reproduz uma paralisia na evolução de quadros, como acontece com Thales. Os três meses que as senhoras esperavam na varanda, de que algo melhorasse o comportamento de Thales no lado de dentro da casa, resulta em paralisia por parte delas que, esperando passivamente, sem se apropriar do que lhes afetavam, reproduziam, sem perturbação, seus sintomas criados em conjunto.

Na instituição, Thales contava com o acompanhamento do psiquiatra que receitara dois diferentes “calmantes” ao garoto. Elas disseram que ficavam receosas ao dar os remédios, pois um deles fazia com que Thales comesse mais, deixando o garoto mais gordo; e o outro remédio, Thales pedia para não tomar, pois não queria dormir.

Um importante aspecto anunciado pela família de Thales e que parece traduzir uma característica encontrada no campo de pesquisa é a desinformação em relação aos medicamentos. O saber verticalizado, provindo do psiquiatra e chegando aos usuários e seus familiares, impossibilitam um maior esclarecimento sobre os efeitos dos remédios e de alternativas para tais medicações. Ao que se pode pensar que, nesses casos, a aparência humilde dos familiares reflete, imaginariamente, a falta de capacidade de abstrair os complexos efeitos das medicações, ou mesmo, de entender a situação por completo, e assim, a possibilidade de ter um domínio sobre ela.

Por outro lado, a família, ao apreender de seu modo as prescrições do psiquiatra quanto aos remédios, ministra-os de acordo com a sua experiência e significação do problema. Nesse

sentido, o uso dos remédios se torna mais um dos sintomas da família, que definem e redefinem o uso e desuso do medicamento.

Ainda nessa discussão, como aponta Kamers (2013), a medicalização de crianças e adolescentes não leva em conta a escuta das angústias das famílias, nem a condição social e cultural da família. Ao priorizar a leitura dos DSM's, abre-se mão da leitura de um contexto amplo que se apresenta no consultório.

Edington (2012) pontua que, atualmente, o olhar para a criança em relação à sua família, no contexto da medicalização, acontece sob a perspectiva orgânica, hereditária. O papel parental nesse caso se resume ao preenchimento de questionários, além do preenchimento destes por parte de professores e diretores da escola da criança. Para a autora, não se trata de dispensar o saber médico, mas sim, “merece uma interlocução crítica que favoreça novas construções e reflexões” (p. 86).

Assim, perde-se o contexto de cada caso, desistindo também de observar as dúvidas e ansiedades que essas medicações revelam na família, além de atribuir um lugar passivo a ela. Mãe e bisavó contaram que desde que chegaram à instituição, ninguém da equipe conversou com elas, seja para esclarecer algum aspecto ou para “receitar um outro tipo de remédio”. Vânia e Maria disseram não saber o que Thales fazia no interior do CAPSi, pois não podiam entrar para vê-lo e ficavam todo o tempo do lado de “fora da instituição”.

Silva (2007) sublinha que, em vários casos, a função da família em relação ao serviço de Saúde Mental é o de apenas levar o usuário e, nesse sentido, nada é planejado como atividade para o acompanhante. O familiar, por sua vez, leva para o CAPS atividades que são feitas cotidianamente a fim de passar o tempo, como, por exemplo, tarefas escolares, artesanatos. Essa visão do serviço institui uma relação de distanciamento na qual, o familiar, cansado pelo cotidiano e desejando delegar responsabilidade a outrem, acaba por ceder ao desejo de se abster de se envolver com o caso.

Ao conhecer a família de Thales, logo após a minha chegada à instituição, pude apreender alguns aspectos familiares que se repetiam nas histórias de outros personagens frequentadores da instituição. Deste modo, fui entendendo que a confusão e a dificuldade de discernir os papéis/funções familiares, a falta de informações sobre o atendimento, o desconhecimento dos efeitos dos remédios e o isolamento dessas três pessoas (Thales, Maria e Vânia) na instituição, pareciam apontar para alguns achados importantes.

O tema da simbiose familiar surge na família de Thales com intensa notoriedade e, nesse caso, os vários sujeitos apresentavam suas subjetividades solapadas. Prado (1999), utilizando as contribuições de Searles (1965), assinala que a família psicótica se caracteriza pelos *estados de entranhamento* (p.158). Esses estados, quando estão marcados pela predominante presença da pulsão de morte, aufere aos papéis familiares confusão e desnorteamento, provocando, além do fusionamento das subjetividades, a não-separação dos papéis familiares a sujeitos específicos e, conseqüentemente, a dificuldade para estabelecer em relação ao filho uma autoridade parental. Thales, que passa bastante tempo no *tablet*, Maria e Vânia, sentadas bem próximas uma da outra, meses a fio, parecem se constituir como “ilhas”, isolados dos outros pacientes e da equipe, misturam-se entre si, transformando-se em figuras muito próximas, difíceis de distinguir.

Faz-se necessário, para a intervenção nos sintomas de Thales, pensar como a família vai implicando o pequeno sujeito em sua posição. Segundo André-Futier e Aubertel (1998), quando o bebê nasce, a mãe se apresenta como *porta-voz do grupo familiar* (p. 138), mediando um lugar ao bebê que chega. Este, por sua vez, vai tomando o lugar psíquico a ele relegado, buscando o seu lugar nas alianças familiares. A criança, então, recebe como legado, enunciados organizadores do modo de agir, prescrições sobre o que é proibido e o que deve ser mantido em segredo. O pequeno sujeito se aliena, como condição para se tornar sujeito, na história familiar que o precede.

Certo dia Thales gritava que havia visto um “escolbião”. Entendi na hora que poderia ser um escorpião. Vi que ninguém deu atenção ao garoto e após um tempo pedi para que ele me mostrasse o tal “escolbião”. Ele me levou até sua bisavó e sua mãe que o esperavam no portão. Elas disseram que não era nada, que o escorpião já havia caído no esgoto... Fiquei algum tempo no portão, vendo-os, a passos bem lentos, tomarem distância da instituição, caminhando quase colados um do outro.

Esse escorpião, que não pôde ser visto por ninguém além de Thales e família, parece enunciar a história deles. Mesmo que presentes repetidas vezes, faziam-se não escutar. A família de Thales não conseguia ser ouvida em seus sintomas, sentavam e esperavam que algo acontecesse dentro da casa ou que a distância entre casa e varanda fosse dirimida. Sentia que não parecia haver meios para intermediar a família e o ambiente externo. Por vezes, Thales toma o papel de quem decide sobre a família, enquanto seu bisavô embriagado e as duas senhoras fragilizadas não ocupam para Thales um papel ou função que possa garantir lei ou segurança. A bagunça dos papéis, a ausência de um vetor legislativo, entre outras circunstâncias, parecia afastar os possíveis investimentos da equipe em relação à família.

4.2.2 Dos pactos denegativos entre família e instituição

A estratégia do dispositivo de *acolhimento* como porta de entrada, ao se levar em conta a configuração observada dos serviços do CAPSi, é uma oportunidade para a instituição conhecer o funcionamento da família e, dessa maneira, saber mais consistentemente sobre o posicionamento do sintoma da criança ou do adolescente em relação à sua história e ao seu grupo primário. Porém, parece haver um descompasso entre a demanda que chega e o serviço oferecido.

O acolhimento ocorre quando uma família chega à instituição encaminhada por outros serviços, ou mesmo, por iniciativa própria. Uma entrevista é realizada e tal escuta, como pude acompanhar, é mobilizada com a finalidade do preenchimento da ficha de acolhimento - um protocolo padrão da instituição. Segundo Mielke *et. al.* (2010), o acolhimento proporciona para os dispositivos da Reforma Psiquiátrica a oportunidade de conhecer a família e de gerar uma relação de confiança entre ela e o serviço. O acolhimento possibilita também conhecer mais profundamente as demandas do usuário, a fim de estabelecer um plano terapêutico que tenha em vista sua singularidade.

No primeiro acolhimento que pude acompanhar, uma mãe, Cátia, e seu filho, Gustavo, adolescente de doze anos, contavam a história que girava em torno de um pai que até recentemente era desconhecido. Esse homem foi contatado após a manifestação do desejo do garoto de conhecê-lo; porém, depois do primeiro contato, o pai não ligou mais para o menino. Isso intensificou as tentativas de fuga do garoto, e ainda, seus comportamentos considerados delituosos, como fumar na escola e responder grosseiramente às professoras. A mãe acusava o filho de ter mau comportamento e ele, por sua vez, tentava fugir das perguntas e das implicações daquelas acusações.

Em determinado momento, a psicóloga saiu da sala para pegar uma ficha e disse que eu poderia perguntar o que quisesse a Gustavo e Cátia. Perguntei ao garoto sobre o que ele achava da situação de seu pai não ter ligado para ele posteriormente. Gustavo respondeu que não achava nada, pois sabia que seu pai não queria mais vê-lo, já que havia devolvido algumas roupas que o garoto deixou na casa dele. Perguntei então a Cátia sobre o que ela achava disso. Ela titubeou, disse pensar que Gustavo falava a verdade, mas que o garoto não falava muito com ela sobre aquilo. Gustavo respondeu dizendo: “Falar como, se a senhora e seu marido bebem e não tem jeito de conversar?”. A técnica voltou e terminou o preenchimento da ficha.

Perguntou-se endereço, telefone e mais algumas informações básicas. As perguntas eram direcionadas para o preenchimento do protocolo e, dessa forma, eram diretas e descontextualizadas do que a mãe e filho iam relatando. Não havia associação entre uma história e outra, e sim, de uma pergunta do questionário para outra. Encaminhou-se o garoto para a rotina da instituição, devendo comparecer uma vez por semana. A técnica que conduziu a entrevista disse que havia sido rápido porque ainda tinha “muita coisa a fazer” naquele dia.

No segundo acolhimento, uma jovem, Caroline, de aproximadamente quatorze anos e sua mãe, Luana, chegaram para o acolhimento encaminhadas pelo Hospital de Clínicas da universidade. Tal encaminhamento se deu após a jovem ter tentado o auto-extermínio. A mãe foi responsável pelo relato e disse que Caroline, há alguns meses, começara a delirar, dizendo que sua comida estava infectada com produtos tóxicos e advinda de lugares sujos e cheios de baratas. Outro motivo de preocupação da mãe foi a perda de interesse pela escola, assim como o desinteresse por outras atividades cotidianas. Por último, Luana disse que a jovem havia escondido uma faca debaixo da cama e esse foi o principal motivo para levá-la ao hospital.

A adolescente nada disse enquanto esteve ali sentada. A cada pergunta feita, Caroline se encolhia mais na cadeira. No decorrer do acolhimento a jovem começou a olhar pela janela e, às vezes, podia se perceber a face contraída após algum dizer de sua mãe. No final do acolhimento, quando a técnica perguntou algo a Caroline, essa não quis falar, parecia estar envergonhada pelo relato da mãe e querer ir embora o mais rápido possível.

O encaminhamento dado à Caroline foi a inserção da jovem na rotina institucional às terças e quintas à tarde. A profissional justificou o encaminhamento com base nos escritos do médico que atendeu Caroline no hospital. No final do preenchimento do protocolo, a adolescente disse à mãe que não iria mais comparecer à instituição e a mãe disse que tentaria trazê-la. No restante do tempo em que estive na instituição, não vi mais a garota.

A mudez de Caroline, o rápido acolhimento e a superficialidade do mesmo mobilizaram em mim vários afetos que aos poucos foram discernidos. A rápida recepção dos familiares apontava para um certo desconforto em estar junto às famílias. Os sintomas aflorados e expressos pela família pareciam perturbar a mim e aos profissionais da instituição. A família, por sua vez, parecia estar confusa e querer ir embora, para não mais serem questionados sobre as forças regentes do âmbito familiar.

Segundo Rosa (2011), a primeira impressão da família acerca do ambiente psiquiátrico é de horror; ela não admite que seu parente partilhe da mesma condição dos outros usuários do serviço. A família, então, desiste, em algumas oportunidades, de aderir ao serviço num primeiro momento, buscando alternativas e explicações para a perturbação de seu parente. Porém, quando posteriormente o quadro se agrava, a família recorre novamente ao serviço, aceitando, de outro modo, a condição psiquiátrica de seu membro.

De acordo com Mielke *et. al.* (2010),

a importância da utilização do acolhimento e da escuta como estratégias de inclusão da família no tratamento e reabilitação psicossocial consiste no fortalecimento de ações que produzam saúde, criando espaços de interação, apoio e suporte... O acolhimento é uma prática de saúde cujo retorno é visível, pois as famílias criam vínculos e laços afetivos importantes com as equipes dos serviços, tendo-os como referência para o cuidado (p. 764).

Em ambos os acolhimentos a escuta das pessoas atendidas teve como função o preenchimento do protocolo. O “uso” dos protocolos, o manejo dos acolhimentos de determinado dia ser passado de um profissional para outro e a escuta rápida e desinvestida parecem sinalizar a postura defensiva frente ao que poderia advir dos sujeitos que se aproximavam. Perguntei-me sobre o porquê daqueles acolhimentos e encaminhamentos tão ligeiros. A “grande quantidade de coisas a fazer” era a justificativa usual e superficial.

Os acolhimentos pareciam revelar cenas do cotidiano familiar. Nesse sentido é relevante perguntar sobre o que não poderia “escapar livremente pela instituição”. Por que ora se rivaliza com a família e ora a retém na varanda? Por outro lado, pergunta-se por que a família, em vários momentos, assume lugar passivo, distante, e em outras oportunidades, ataca veementemente a instituição.

Como propõe Oliveira (1997), na chegada da família à instituição, o endereçamento estabelecido acontece primeiramente entre família e instituição. A família endereça à instituição sua demanda, seus pedidos, assim como reproduz os afetos vividos no seio familiar dentro da instituição.

André-Fustier e Aubertel (1998) postulam que a família, além de transmitir suas representações, seu objetivo é também perpetuá-las, “conservar idêntica a si mesma” (p. 136), estabelecendo equilíbrio em seu funcionamento, mesmo que isso signifique sofrimento. Os traumatismos vividos pelo grupo familiar são representados como atualidade quando alguma mudança é abordada, nesse caso, a intervenção da instituição nos sintomas da criança ou adolescente.

Na identificação projetiva familiar trabalhada por Ciccone (1998), a família transmite e projeta no outro o sofrimento vivido em seu grupo, fazendo retornar sobre si mesmo os objetos transmitidos. No caso da transmissão em famílias psicóticas, esta se constitui maciçamente, sem a elaboração dos conteúdos. Dessa forma, na transferência e contratransferência entre família e terapeuta, os conteúdos são projetados de forma intensa e o terapeuta, por sua vez, se não for capaz de lidar com sua própria familiaridade, pode viver juntamente com a família, sem a produção de efeitos terapêuticos, os conteúdos projetados. O terapeuta deve então tentar lidar com tal projeção, almejando fornecer ferramentas para que a família elabore os seus conteúdos vividos de forma velada, executados no cotidiano sem a apreensão dos mesmos.

Eiguer (1995) diz que a família bombardeia o terapeuta com projeções maciças e os afetos depositados interferem de diferentes formas no decurso do tratamento: influencia, por um lado, na resistência do paciente à melhora de seu quadro e, por outro, os atos e interpretações do terapeuta. De acordo com o autor, famílias psicóticas provocam em quem as acolhe sensações enlouquecedoras que passam a intervir fortemente no tratamento e na atuação do analista. Provocam inibições tanto na família como no terapeuta.

Segundo Melo, Magalhães e Féres-Carneiro (2014), não estar atento à contratransferência provocada pela família, facilita o estabelecimento de “alianças inconscientes, pactos denegativos e atuações, excluindo do atendimento aquilo que lhe é essencial” (p. 164). A incidência dos segredos e alianças familiares sobre a equipe no decurso do tratamento pode fazê-la sentir-se cansada, desvitalizada, constrangida.

Kaës (2003) postula que o *pacto denegativo* (p. 22), citado no parágrafo acima, se dá pelo estabelecimento de uma aliança marcada pela obrigatoriedade em negar, recusar, suprimir algo que é insuportável para ambas as partes, a fim de sustentar uma maior organização psíquica individual. A aliança estabelecida no pacto denegativo conduz ações de cada aliado a fim de que através delas possa ser escamoteado o que deve ser negado, é a “denegação do desejo” (p. 23).

O lugar demarcado pela família na instituição e, em contraposição, a contribuição da instituição para a manutenção desse lugar, criando um silêncio vigente - o que é também observado em relação a outras famílias de usuários - pode ser visto como o estabelecimento de um pacto denegativo entre ambos. A relação distanciada, a família que silencia enquanto espera por meses, a instituição que pouco consegue/quer saber dessa família e que exclui do olhar terapêutico a construção conjunta do sintoma de Thales, são marcas da *obrigatoriedade* (p.23) do Negativo.

Melo *et. al.* (2014) propõem que o bom uso da contratransferência estabelecida possibilita interpretar a demanda familiar que ressoa diante do atendimento, permitindo a escuta daquilo que não pode ser dito verbalmente. Nesse sentido, percebe que a família das crianças e adolescentes atendidos direcionam ao CAPSi projeções dos afetos vividos, enlouquecidos e enlouquecedores. Reeditam na transferência com instituição e equipe as dificuldades e impossibilidades de viver e representar determinados conteúdos. Na outra ponta dessa relação, a instituição se afasta e tenta dirimir a participação da família no atendimento, isolando-a dos atendimentos realizados às crianças e pedindo para que aguardem pacientemente pelo trabalho realizado no interior da casa. No entanto, tal pedido ecoa em abandonos de atendimentos (como visto no caso dos acolhimentos) e a perpetuação dos quadros sintomáticos, como será discutido no próximo tópico.

4.2.3 Da rotina penosa à vida familiar exaustiva

Marcel, um adolescente negro, 15 anos, alto e forte, parecia representar em si o ciclo de acontecimentos e vivências ocorridas na instituição, mobilizava toda a equipe. Por vezes ele apresentava discurso delirante, desconexo e difícil de entender. Em vários momentos demonstrou agressividade para com a equipe e outros usuários. Sempre que algum técnico chegava perto, Marcel queria abraçar, passar o braço sobre o pescoço ou encostar de forma mais próxima, sendo que nesses casos a equipe já havia estabelecido um código para tentar interromper essas ações: “nada de digitais”.

Por duas ou três semanas observei que Marcel demonstrou muita agressividade, se envolveu em várias brigas e tal comportamento era justificado pela equipe que dizia que o adolescente “não estava tomando as medicações devidamente”, pois sua mãe, Andressa, estava negligenciando tal tarefa. Conforme fui informado por uma profissional do CAPSi,

houve uma consulta de Marcel e sua mãe com o psiquiatra, que deu uma “bronca” em Andressa por ela não estar dando a medicação ao seu filho. Nas duas semanas seguintes, Marcel apresentou bastante sonolência, babando em diversos momentos, mas bem mais calmo.

Andressa é uma personagem aversiva à equipe. Ela é acusada pela instituição de negligenciar o garoto, atribuindo ao CAPSi excessiva responsabilidade pelo adolescente, como por exemplo, deixando-o na instituição mais tempo do que o combinado. É também acusada de usar o dinheiro dos benefícios designados ao adolescente para outros fins. Ela é uma senhora gorda, com idade entre 40 e 50 anos, aparência humilde, dentes tortos e ar cansado. Tem duas filhas e dois filhos, sendo Marcel o terceiro mais velho. Segundo ela, Marcel é o único que “tem problemas” e para confirmar isso, relatou vários episódios, dentre eles, contou que sua filha mais velha estava grávida e Marcel, após chutar em diversos momentos a cabeça de sua irmã, acabou ocasionando-lhe uma convulsão.

Desde o início da conversa Andressa transmitiu o desejo de querer se livrar “desse problema” e, se pudesse, internava Marcel por longo período de tempo, conforme contou algumas vezes e como já havia sido feito; porém, naquele momento, o “Setor de Psiquiatria da universidade não permitia”.

Marcel e sua família atravessam uma penosa trajetória de vivências e histórias. O sofrimento que essa família relata viver pode causar em quem ouve, assim como causou em mim, um desejo de querer se afastar, de não suportar a sobrecarga árdua e comovente. Quando se lida com Marcel diariamente, como ocorre na instituição, e se percebe a paralisação e a aparente ausência de sinais de melhora, a sobrecarga laboral pode produzir expressões como a que ouvi nos dias em que estive na instituição: “nada de digitais”. A escassez de possibilidade e a péssima perspectiva do futuro dessas pessoas, Andressa e família, e o desejo de se livrar a qualquer custo dos acontecimentos presentes, revela as

circunstâncias do desejo de internação de Marcel por parte de Andressa. Por outro lado, de maneira “torta”, Andressa se faz ouvir na instituição, com suas entradas que reeditam os afetos vividos em sua família. A instituição as interpreta como ataque, porém, a minha interpretação transferencial faz pensar em pedidos de ajuda, ou melhor, o escancaramento dos poucos recursos afetivos, sociais e financeiros de Andressa e família. Quando me deparei com Marcel medicado, quase todo o tempo dormindo, não deixando “digitais” em ninguém; e quando estava acordado, sentado em algum lugar babando, deixando outra marca, porém, menos “problemática”.

Penso que tanto para mim, como é para a instituição, nunca é fácil ouvir uma mãe dizer que quer se livrar de um filho, atacando a possibilidade de vida. Segundo Rosa (2011), após anos de cuidado familiar ao sujeito psicótico, as relações familiares se tornam enrijecidas e cristalizadas. Em consequência disso, a família deseja passar à instituição o exclusivismo do cuidado. Contudo, o surgimento de sentimentos ambivalentes em relação ao parente, confere maior complexidade ao drama familiar, ao contrário de apenas abandoná-lo à sua própria sorte. Os fatores de pobreza social intensificam o estresse familiar, pois adicionado ao cuidado e vigilância dos comportamentos do sujeito psicótico, fatores como desemprego, falta de recursos, violência doméstica, submoradia, entre outros, dificultam ainda mais a vida cotidiana do grupo familiar.

Voltando ao relato, Andressa contou que é separada do pai de Marcel e que este quase nunca o vê, dizendo não querer qualquer responsabilidade sobre o filho. O pai do garoto, que também é pai de seus três irmãos, não tem seu nome citado em nenhuma das conversas, aparecendo somente como “ele”, “meu pai”... Depois da separação, Andressa revela que seu ex-marido não procurou pelo garoto e reluta em se responsabilizar por qualquer ato do adolescente, assim como a paternidade. Financeira e afetivamente, o pai de Marcel está completamente ausente de sua vida. Marcel repete em vários momentos: “meu pai quer me

ver no caixão... eu vou acabar dando isso pra ele”. Nesse sentido, mais um personagem dessa história expressa: “nada de digitais”, tentando, novamente, delegar a responsabilidade sobre o garoto a outrem.

Tal recusa parece retornar sobre Marcel como violência, reproduzindo-a em seu círculo de repetição familiar. Andressa diz que o adolescente já tentou matá-la e que, nesse episódio, após chamar a polícia, Marcel foi preso e passou seis meses hospitalizado, um grande alívio para a mãe, segundo ela própria. Nas visitas domiciliares realizadas pela equipe, fui informado por uma psicóloga do CAPSi que a casa de Marcel é uma casa de poucos cômodos, sem muros ou cercas. Naquela época, o clima de rivalidade entre a mãe de Marcel e a equipe era intenso, e esta última culpabilizava a mãe de Marcel pelo estado do adolescente.

Marcel surge no seio familiar como aquele que denuncia a violência parental, vivida por toda a família. Eiguer (1985) argumenta que na família psicótica, a psicose ocorrida na adolescência representa a falta de recursos familiares para o enfrentamento da crise. A imaturidade, então, delineia a vivência familiar em problemas de violência e ruptura. Segundo o autor, tal família é incapaz de lidar com as fantasias e angústias advindas das famílias precedentes, e assim, atribui a alguém a função de “imitador o fantasma ancestral” (p. 85); nesse sentido, o sujeito “que recebe o peso dos confrontos fantasmáticos... apresenta os problemas mais visíveis” (p. 90).

Eiguer (1985) ainda assinala que a adolescência produz eventos nos quais são confrontadas as verdades do seio familiar. Com o ressurgimento das questões pulsionais, os adolescentes, com suas ações e desafios, confrontam nos pais suas próprias incertezas, revelando um jogo geracional de forças. Nessa perspectiva, a adolescência provoca, em determinada medida, a crise de identidade familiar, na qual a autoridade parental será colocada em xeque e os filhos sairão de uma atitude conformista para a busca de uma nova identidade psicosssexual. De acordo com o autor, é necessário que os pais possam estar

habilitados para vivenciar a elaboração dos lutos dessa mudança, caso contrário, a experiência pode contribuir para o adoecimento do vínculo familiar, e, conseqüentemente, de seus membros.

Marcel se apresenta como o sujeito que mais demanda mobilização institucional, um adolescente que desgasta, cansa e produz diariamente conflitos. As estratégias tomadas pela equipe não produzem efeito em Marcel e a medicalização aparece como um bálsamo para a família e os diferentes atores institucionais. A acusação entre a equipe e família passa a ser o principal mote, com a instituição dizendo que Andressa não medica Marcel, e Andressa dizendo que o psiquiatra quem não disponibiliza o remédio de forma gratuita, e o preço muito caro do medicamento impossibilita a compra.

Ambos, profissionais e Andressa, assim como vários outros familiares que conheci na instituição, parecem querer carregar a verdade dos pequenos sujeitos. Pode-se pensar que tanto a família como a instituição postulam, em relação à criança e ao adolescente, a certeza de possuir aquilo que suprirá a falta, negando a ele a possibilidade de desejar. A postura enrijecida se traduz então, como a estagnação do quadro sintomático desses pequenos sujeitos.

Isso se repete no discurso da nova rede de Saúde Mental, pois, segundo Dunker e Kyrillos Neto (2015), a proposta da Reforma Psiquiátrica estabelece como efeito, uma *Retórica da Exclusão* (p. 117). Por sua vez, através da tentativa a todo custo de negar que o usuário do serviço seja excluído socialmente, acaba por instituir uma nova exclusão, agora da própria individualidade do usuário. Ou seja, ao frisar a importância, a todo custo, de se incluir o psicótico no serviço, na sociedade, nas atividades; o tratamento terapêutico, nesse sentido, parte da certeza da exclusão como ponto principal, deixando de lado a questão singular de cada sujeito.

A similaridade entre as posições da família de Marcel e a instituição parece anunciar que a posição que a família ocupa para a criança ou adolescente é semelhante à posição que a instituição tenta ocupar: a de quem sabe – provavelmente - sobre a criança/usuário, provocando uma relação perigosa, subjugando o saber do outro. Ambos, família e instituição, ameaçam-se de forma espelhada e atacam aquilo que não conseguem suportar em si, projetando no outro.

4.2.4 O grupo de familiares: dificuldades e avanços

Às segundas-feiras de manhã, na Varanda de Esperas, ocorre o Grupo de familiares com os acompanhantes dos usuários daquele dia. Havia grupos de familiares que ocorriam em diferentes dias da semana, mas “não eram bem estruturados”, ou seja, não ocorriam semanalmente e dependiam da disponibilidade horária dos profissionais, o que era difícil de ocorrer, conforme foi dito por eles mesmos.

O Grupo de familiares das segundas-feiras teve início quando se percebeu que vários pais estavam indo à janela que separa a varanda do interior da casa para questionarem sobre os mais diversos assuntos, o que, então, demandou a criação dos grupos. Segundo a assistente social, por mais que as perguntas fossem recorrentes e pudessem parecer simples para a equipe, aos pais pareciam enigmáticas. Ao ouvir tal relato, pensei que a demanda da criação dos grupos versava sobre a necessidade de fortalecer a linha que separava a varanda do interior de casa, já que a ida dos pais até a janela estava colocando em xeque a divisão estabelecida. Assim, num primeiro momento, para a equipe, o pedido dos familiares não foi apreendido enquanto uma solicitação de escuta mais elaborada.

Em algumas das segundas feiras nas quais acompanhei a realização do Grupo de familiares, a assistente social foi a responsável pela coordenação. As mães eram as principais

participantes, comparecendo, em raras oportunidades, avós e pais. Os grupos se iniciaram sempre por volta das 08h30min, terminando às 10 h, juntamente com o término da rotina do interior da casa. Compareceram, em média, dez familiares. Em vários momentos não era possível discernir entre o assunto que conversavam e o barulho de dentro da instituição. As vozes dos pais e os barulhos das brincadeiras infantis criavam um zumbido que dificultava discernir o que era dito no grupo. A assistente social tentava fazer com que o barulho fosse atenuado pedindo às crianças que apareciam na janela para que fosse para outros lugares. Algumas crianças também surgiam em meio ao grupo, correndo para os colos de seus pais. Na maioria das vezes, uma psicóloga surgia para buscar a criança, porém pouco tempo depois era possível ver a situação se repetir.

Percebia, nos momentos em que as crianças “invadiam” o Grupo de familiares, que algo de desconfortável tomava conta do lugar. A presença das crianças era entendida como perturbação, atrapalhava o andamento do grupo, algo estranho ao grupo. Apressavam-se em voltar com as crianças para dentro da casa, sem se apreender o sentido das idas e vindas dos pequenos sujeitos. Notei isso também quanto às insistentes “batidas na janela”, feitas pelos familiares, que insistiam em “des-velar” algo à equipe, que ouviu tal demanda de modo restrito, montando um grupo semanal para se discutir as questões dos familiares e assim, estabelecer o panorama de atendimentos empreendidos. Peculiarmente, quando os grupos ocorriam, as crianças iam até a janela, ficavam observando e fazendo barulho para que fossem vistas.

Segundo Herrmann (2004), para ampliar-se como escuta frente ao outro, não só é necessário atentar-se conscientemente diante do que é dito ou feito, mas também, *tomar em consideração* os elementos mais periféricos do que é apresentado; apreender aquilo que, num primeiro momento parece ser irrelevante, mas que com o tempo insiste e faz dizer as forças desejantes de determinado campo.

Em determinados dias, algum profissional era convidado a dar suporte para as famílias no dia-a-dia, ajudando a esclarecer perguntas sobre temas mais específicos, fossem nutricionista, psicóloga, enfermeira, etc. Anteriormente, indubitavelmente, segundo a assistente social, os grupos se iniciavam com tema pré-estabelecido, mas isso foi sendo modificado e atualmente o grupo acontece a partir das questões dos familiares. Tal mudança denota um avanço quanto à inclusão das famílias no fomento das atividades, considerando-as como autoras participativas.

Num desses grupos, uma residente do curso de Nutrição ensinou a melhor forma de alimentar as crianças e falou sobre os melhores alimentos. Nesse episódio percebi um grande envolvimento dos pais na discussão, mas o conhecimento parecia “transmitido” de forma unidirecional, sendo que em alguns momentos não havia implicação das vivências dos pais na discussão. Durante a realização do grupo, fiquei com a sensação de que o mesmo se assemelhava e copiava o modelo de um programa de uma emissora de TV, *Encontro da Fátima Bernardes*⁶ e no final desse encontro, um pai disse à assistente social a mesma coisa, a elogiando por isso.

Após analisar a apreensão de que a dinâmica do grupo se assemelhava ao programa de TV, entendi a lógica informativa e educativa que o grupo tomou para si, apesar de que em alguns aspectos tal formato pode proporcionar auxílio às experiências cotidianas. Algumas respostas eram ofertadas de forma imediata, sem aprofundamento do assunto ou análise sobre o caso específico, mas ainda assim pareci bastar aos familiares. Em outros momentos, respostas absolutas silenciavam as famílias.

Segundo Donzelot (1980), a psiquiatria se esmerou em transmitir aspectos educativos em seu exercício. Reforçar bons hábitos e premiar a realização das instruções médicas é uma das

⁶O programa de TV citado é marcado por um saber sedimentado por comerciais de fraldas de bebês, produtos de culinária, entre outros interesses da família média. O ideal de família muitas vezes é propagado e enfatizam-se opiniões consideradas politicamente corretas sobre vários assuntos, não deixando espaços para uma discussão alternativa, mais implicada.

formas encontradas para a adesão das famílias às propostas elitistas. Os bons hábitos morais e físicos adotados pelo saber psiquiátrico são sinônimos de felicidade familiar.

Segundo Gondra (2000), as propostas da medicina higiênica redimensionaram os valores da família brasileira, transformando os hábitos para que cada vez mais se assemelhassem aos hábitos europeus importados, numa tentativa de uniformização e controle dos valores e práticas familiares. Segundo Costa (1983), na tentativa de seguir à risca as prescrições médicas, a família adoeceu-se, por tentar adaptar-se às condições estranhas à sua cultura.

Dito isso, a educação das famílias nas instituições de saúde, vista também no CAPSi, demanda problematização e questionamento das suas intenções. Adaptar as famílias aos preceitos da família “politicamente correta”, de modo a ensinar um bem-viver pré-estabelecido pode provocar a repetição de parâmetros de controle tão questionados ao longo dos tempos.

Por outro lado, em determinados dias, o grupo de familiares funcionou de modo terapêutico, possibilitando *catarse*. Familiares desabafavam sobre situações específicas, em outros momentos compartilhavam informações sobre remédios, quadros sintomáticos de seus filhos, troca de experiências e perguntas sobre o tratamento e atendimento do CAPSi. Em determinados momentos, as famílias produziam demandas singulares, mas nestes casos, não recebiam acolhimento de quem coordenava. Por exemplo, em determinado episódio, a discussão versou sobre as dificuldades na educação dos filhos, sendo apontado principalmente sobre “bater ou não bater” na criança. Vários pais resgataram vivências pessoais que mobilizaram neles e nos outros vários afetos que foram, aparentemente, desconsiderados no grupo.

De acordo com Oliveira (1996), os grupos de pais na instituição podem auxiliar no desfazimento de fantasias sobre a criação de seus filhos, fazendo-os observar a singularidade de cada relação e, desse modo, ajudá-los a perceber a diferença de cada sintoma e de cada

situação. Nesse sentido, a equipe pode fazer com que os pais falem de seus medos e ansiedades em relação aos seus filhos, notando a diferença de cada relação, e a diferença entre eles e seus filhos. Outro fruto dessa escuta é a confiança estabelecida entre os pais e a equipe, o que ajuda a desfazer as resistências criadas pelas famílias.

Entretanto, alguns dos grupos tiveram o fechamento turbulento, pois, conforme se aproximava do término e, conseqüentemente, do final da rotina no interior da casa, as crianças e os adolescentes iam aparecendo na varanda, acarretando muito barulho e confusão, impossibilitando a escuta dos pais. Novamente, quando crianças, adolescentes, familiares e equipe estavam juntos, instalava-se outra ordem, uma dinâmica de caos, desorganização que impossibilitava a coordenação de atividades.

A reunião de familiares, crianças, adolescentes e equipe num mesmo local aglutina várias circunstâncias que embasam o distanciamento entre instituição e família. Nos grupos, a família reedita o campo familiar, deflagra afetos mortíferos e perturbadores, revela seu sintoma à instituição, vínculos e demandas representadas nos porta-vozes, as crianças e os adolescentes. A instituição, por sua vez, desestabiliza-se, tenta contornar, fazendo com que as crianças voltem para o interior da casa ou que se desloquem para fora, indo embora com seus pais ao término da rotina. Nesse sentido, é possível entender que a família deflagra também os aspectos do Negativo institucional e sua íntima relação com a psicose.

Por outro lado, o Grupo de familiares parecia se desenvolver a partir da “boa vontade” de ouvir os familiares como se fosse uma iniciativa que não se alinhava com o restante da rotina da instituição, algo que se desenvolvia para a benfeitoria dos pais e não como aspecto indissociável ao tratamento terapêutico. Embora o grupo de familiares parecesse ainda distante de uma prática que tomasse em consideração a implicação familiar no sintoma do usuário do CAPSi, o grupo parecia ensaiar um movimento de escuta às famílias, pois principiava diálogos e preocupações com o cotidiano das pessoas que chegavam à instituição

e, a seu modo, proporcionava oportunidade para as famílias dizerem da sobrecarga dos cuidados do dia-a-dia, e ainda, a troca de experiências.

Pude perceber que nos grupos alguns pais falavam bastante, enquanto outros, quase nada. Pais de crianças recém-chegadas à instituição participavam falando mais nos grupos. Algumas mães somente escutavam, enquanto trabalhavam em seus crochês. Outros pais se entretinham em conversas paralelas, parecendo ficar na “borda” do grupo. Em determinado grupo, me atentei a um desses pais e dias depois falei com ele separadamente.

Conversei com Alberto enquanto ele esperava, com seu filho Mário, a consulta com o psiquiatra. Tal consulta ocorria em moldes ambulatoriais. Às quartas-feiras de manhã, na varanda, aproximadamente dez famílias esperavam pela consulta. Enquanto trocavam conversas, seus filhos e netos corriam e brincavam em volta deles.

Alberto disse que Mário estava em tratamento na instituição há cerca de dez anos. Ele relatou grande insatisfação com o serviço, dizendo que nos últimos meses estava levando seu filho somente para as consultas com o psiquiatra. Mário, 16 anos, era bastante alto e apresentava alguns trejeitos infantis. Alberto explicou que seu filho foi diagnosticado com autismo ainda criança e, desde então, ocorria o tratamento na instituição CAPSi. As reclamações de Alberto eram muitas e ásperas. Falava alto e não se preocupava se alguém da instituição o ouvia. Porém, em nenhum dos grupos de familiares nos quais Alberto participou ouvi este pai fazendo qualquer pedido ou reclamação, produzindo assim um paradoxo que revelava o descompasso entre a demanda e o desejo.

Percebo que os não-ditos atravessam os lugares ocupados pela família na instituição. Alberto, que conversava paralelamente no grupo de familiares, parecia estar a contragosto no grupo, compondo o “coro dos descontentes mudos”. Na ocasião em que eu o ouvi, ele estava disposto a dizer tudo que criticava na instituição. Quando alguém da equipe passava, Alberto

aumentava o tom de voz, querendo se fazer ouvir. Disse repetidas vezes que ia somente por causa do psiquiatra e não acreditava no tratamento oferecido pelo resto da equipe.

Uma das justificativas para as famílias se interessarem sobremaneira pela consulta com o psiquiatra pode ser a busca por explicações a causas orgânicas para os quadros de seus filhos, explicações fornecidas pela maioria dos psiquiatras (Rosa, 2011). Essa busca, segundo a autora, se deve à tentativa de amenizar o sentimento de culpa vivido pelas famílias, pois a explicação hereditária e biologicista diminuiria a implicação familiar no caso.

Quanto a Alberto, no manejo de acompanhamento do filho, algo de peculiar se instalou na relação entre ele e a equipe. Alberto ataca a instituição e esta não o considera. Tal relação se repete com outras famílias denotando o modelo de atenção. O conflito, que ainda não é reconhecido como tal, entre familiares e instituição, não é abordado no Grupo de familiares, e não encontra outras estratégias para se fazer expressar, fomentando a repetição.

CAPÍTULO V - DISCUSSÃO

Para tecer as discussões desta pesquisa é fundamental retomar a perspectiva histórica acerca da relação entre Estado (leis e instituições) e família e como esta foi mediada pelo saber médico e atendeu a fins ideológicos e políticos. As instituições financiadas pelo Estado entenderam, por mais de um século, que a separação do sujeito perturbado – lócus de problema mental e social – e sua família, era a forma mais viável de tratamento. Porém, as transformações sociais e ideológicas do século XX culminaram na necessidade de mudança requisitada pela Reforma Psiquiátrica e na conquista dos pacientes do direito de retornar para casa e para suas famílias. Essa nova situação, permeada pela tentativa de instituir um incipiente modelo de assistência em Saúde Mental, traz como particularidade a relação próxima entre a família e serviços de Saúde Mental, relação que tem como denominador comum o atendimento dos sujeitos psicóticos. Essa “novidade” possibilitaria à família maior acesso à participação ativa nos atendimentos, novidade essa expressa na nova legislação e entendida teoricamente como importante elemento para o desenrolar do tratamento.

Essas circunstâncias que alteraram a posição da família em relação ao atendimento de seu parente nas instituições de Saúde Mental, e tal posição tem diferentes implicações. Primeiramente, é pertinente apreender o conceito de posição subjetiva. Segundo Kaës (1991), a família, com sua transmissão geracional, inicia e possibilita a construção da subjetividade de cada indivíduo nascente em seu círculo. A transmissão e o cuidado ofertados permitem que ele se constitua e se posicione em relação a um outro, a uma história que o precede, ao mesmo tempo em que alteram e ajudam a construir essa história. Nesse sentido, os membros de um grupo familiar portam e exercitam em seu íntimo diversas funções e papéis frente à alteridade, principiando e abrangendo as suas experiências para uma realidade maior.

Eiguer (1985) postula que a família, como um sujeito, tece uma espécie de pele que a faz comportar como um ser coeso diante do ambiente social, constituindo uma posição subjetiva frente a outros grupos e instituições. Assim, ampliando a discussão, é pertinente considerar que o grupo-família se apresenta ao CAPSi com funcionamento próprio e singular, o que influenciará em sua entrada e permanência na instituição, assim como na trajetória da criança e do adolescente. Permitir dar acesso e acessar a família que chega possibilita entrar em contato com conteúdos que agirão sobre os destinos dos atendimentos, assim como podem acarretar na ruptura dos vínculos entre criança/adolescente e instituição. Em suma, acentua-se que a posição subjetiva dos sujeitos frente à família originária e da família diante da instituição implica, direta e indiretamente, nas diretrizes e continuidade dos atendimentos.

Sob outro vértice de análise, no presente estudo, a posição da família primordialmente ancora-se como acompanhante das crianças e adolescentes, ainda apartadas da atuação nos atendimentos. Por exemplo, a sala de espera – “Varanda de esperas” –, na qual os familiares sentam-se por horas, quase todo o tempo sem nenhuma atividade significativa, sinaliza os resquícios do entendimento da família como mera expectadora. 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 por diversos momentos, contribui para o funcionamento hermético,

tentando distanciar e imobilizar os “estrangeiros”⁷ que movimentam afetos que provocam angústia. Porém, tal pacto retorna com violência e 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. Instaura-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, a unidirecionalidade.

Na instituição CAPSi observada, o chamado jogo de forças também se repete, e nesse sentido, a família acata o lugar reservado a ela. Alguns exemplos demonstram a passividade/alienação da família diante da força institucional, como a longa permanência na “Varanda de esperas” e 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, dentre outras formas. Porém, deve-se questionar se tais atos buscam alterar tal jogo de forças, ou se adaptam às circunstâncias e são absorvidos pela realidade vivida pela família e instituição.

Parece, então, que as mobilizações da família e da instituição são mediadas pelos pactos denegativos (Kaës, 2003) estabelecidos. Ou seja, tais pactos escamoteiam aquilo que tenta ser negado, porém insiste em ser trazido à tona – e, no presente caso, esses conteúdos são espelhados entre família e instituição. Alude-se, a exemplo, a tentativa de ocupar em relação à criança uma posição de quem detém o saber, ou também, de quem sabe o que é melhor para ela.

Assim, as trajetórias familiares vão se assemelhando em alguns aspectos. Algumas famílias conduzem suas crianças e adolescentes por vários profissionais, procuram os melhores remédios e tratamentos, estagnam-se diante da recusa de seus filhos a responderem

⁷ Freud, no texto “O estranho” (1919), questiona a produção dos afetos despertados por aquilo que num primeiro momento é tratado como estranho ou estrangeiro, porém, analisando detidamente, tal confrontação desperta aspectos íntimos aos conteúdos inconscientes do sujeito.

às medidas tomadas. Outras vezes, tentam culpabilizar alguém pelo problema ou relegar à instituição a responsabilidade pela criança, outras vezes, buscam apenas e incessantemente os benefícios governamentais prometidos ou ainda, fazem passagem, passam, são passageiros na jornada, alheios às medidas tomadas.

O conceito de organizador familiar, proposto por Eiguier (1985), auxilia a pensar sobre como as trajetórias familiares vão ganhando determinados contornos. Segundo o autor, os organizadores estabelecem uma espécie de identidade à família, assim como interfere no estabelecimento de seus rumos quando cria seus Ideais de Ego (p. 42). Pode-se perceber que as trajetórias das famílias na instituição, assim como a posição que elas estabelecem diante da abordagem institucional, refletem os fantasmas e os organizadores partilhados pelo grupo-família.

Ciccone (1998) postula que as famílias, ao se apresentarem a um serviço, reeditam e revivem seus sintomas internos. Os vínculos estabelecidos no grupo familiar são reatualizados assim que entram em contato com outro sujeito, e acionam, transferencialmente, em que os recebem, os mesmos afetos vividos no círculo familiar. No caso da família que vivencia a psicose, essa transmissão se processa, segundo a autora, de maneira maciça, conduzindo à experienciar a violência e a psicose da família, provocando, contratransferencialmente, o desejo de querer se afastar.

Ademais, analisando mais detidamente as trajetórias familiares no CAPSi, estas denunciam, cada uma por si, o sintoma que levou a família buscar o atendimento de seus filhos, sobrinhos ou netos, tendo no sintoma infantil um representante do organizador familiar. Entretanto, no acolhimento e em grande parte da estadia das famílias na instituição, não se considera a complexidade das relações familiares, e nesse sentido, superficialmente, as famílias são tomadas como culpadas, rivais, coitadas, petulantes... À medida que as famílias confrontam com as normas institucionais são vistas como famílias difíceis, desestruturadas,

culpadas pelo sofrimento da criança. Outras vezes, quando acatam prontamente o saber institucional, aguardam sem perturbar o término do atendimento, a consulta com o psiquiatra, e assim se conservam por meses e anos, ocupando posição menos incômoda aos olhos institucionais.

Outra importante questão a ser considerada é a medicalização. Segundo Guarido (2007), com a sistematização dos DSM's ao longo do século XX, o sofrimento psíquico, sobretudo na infância e adolescência, passou a ser tratado medicamentosamente e, a cada versão do DSM, novos transtornos assinalados pelo manual necessitavam de novos medicamentos. O processo de medicalização – utilização exacerbada de remédios para o tratamento de qualquer possível sintoma – ganhou enorme força, e os medicamentos passaram a ser, em vários casos, a ferramenta exclusiva no cuidado a crianças e adolescentes; excesso que gerou vários outros efeitos, como por exemplo, o silêncio dos conflitos (p. 160), ou seja, a subjetividade da criança é silenciada em prol de se ocultar o que elas denunciam com seus sintomas.

No exemplo de Marcel, a medicação é utilizada como forma de “remediar” uma situação mais ampla, quando várias outras tentativas falharam. Nesse sentido, pode-se dizer que a medicação adveio da falência das relações terapêuticas. A discussão sobre a medicação direcionou o foco da complexa problemática entre família e instituição, tornando-se a necessidade mais urgente. Assim, os remédios tornam-se um dispositivo fundamental diante das dificuldades do cotidiano familiar e institucional.

A majoritária participação de mulheres como acompanhantes dos usuários denota um importante elemento. Assim como sinalizado no estudo de Rosa (2005), foi observado que as mulheres apresentam-se como principal cuidadora e acompanhante dos usuários, aparecendo também como mediadora da família na instituição. A autora discute sobre a histórica feminilização do cuidado, ou seja, historicamente as mulheres são responsabilizadas por tarefas domiciliares, de cuidado de doentes, e, como no presente caso, das crianças e

adolescentes que frequentam o CAPSi. Além disso, essa feminilização é corroborada pela ausência paterna denunciada por várias famílias, conforme observado na pesquisa. Vários pais estão ausentes do círculo familiar, negam sua responsabilidade e não se implicam nos cuidados demandados pelas crianças e adolescentes. Tal característica é marcante nos quadros de psicose observados neste estudo.

Em outra dimensão apreciada, é possível apontar ensaios de tentativas de acolhimento da demanda familiar, como por exemplo, o caso do Grupo de familiares. Tal tentativa, apesar de corresponder ainda ao consentimento de que a família deve ser concebida na espera, inicia, por sua vez, alguma movimentação. Por vezes, o grupo funcionou de modo catártico, auxiliando os familiares em questões cruciais do seu dia-a-dia; em outros momentos, esbarrou em concepções superficiais sobre a família, partindo de concepções construídas de forma alheia e impessoal, distante das vivências cotidianas das famílias. Ainda assim, o Grupo de familiares parece constituir-se na “porta” mais próxima e aberta aos familiares na instituição.

Em alguns momentos da pesquisa, questionei se a ausência de uma concepção de atendimento terapêutico mais detalhado não era deliberadamente uma proposta do CAPSi, mas algum tempo depois, compreendi, com auxílio de autores como Dunker e Kyrillos Neto (2015), que o novo modelo de Saúde Mental peca em deixar de estabelecer ou admitir a necessidade de se pensar, singularmente, a produção sintomática de cada sujeito e, no presente caso, de cada família. O CAPSi observado insere-se no contexto de dispositivos jovens, os quais ainda principiam mudanças na clausura estabelecida por séculos àqueles considerados loucos e errantes. É necessário que se coloque em pauta o movimento de Reforma e que suas políticas sejam sempre revistas, pois, dessa forma, poder-se-á fazer frente à herança manicomial que ainda ressoa nas práticas institucionais diversas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A invenção, deve-se admitir humildemente, não consiste criar alguma coisa

do nada, mas sim do caos.

Mary Shelley

Frankenstein, 1818

Na minha passagem pela instituição CAPSi, ao propor uma postura interrogante e interpretante no campo de pesquisa, vivenciei situações que mobilizaram afetos e questionamentos e que, além de ajudarem a desenvolver a incipiente condição de pesquisador, auxiliaram a desvelar os entrelaces vividos entre família e instituição. Os personagens representados nesta pesquisa significam, cada qual a seu modo, a tentativa de entender e expressar essa questão, assim como os episódios dissertados apontam para o sintoma do cotidiano maior e mais complexo vivido ali. No desdobramento de episódios e personagens, uma análise mais detida foi possível e, a partir dela, coube tracejar os diferentes trajetos percorridos pelas famílias na dinâmica da organização familiar e na instituição.

Vivenciar o campo de pesquisa – ora atormentado por uma miscelânea afetiva que mesclava rivalidade, rejeição e angústia, ora engendrando passivamente os acontecimentos e, por vezes, desejando manter distância dos afetos concebidos na relação transferencial – permitiu revelar como a instituição me afetava e me permitia acessar a condição de rival, passageiro, estrangeiro. Tais mobilizações me possibilitaram a apreensão do campo observado e, arduamente, as vivências foram revisitadas e tomadas em consideração de análise.

Desse modo, as tentativas de estabelecer um campo de pesquisa que questione a posição da família enquanto sujeito, as tensões com a instituição, bem como os dispositivos pós-Reforma, constituem-se em mobilização necessária para que dificuldades enfrentadas pela

recente rede de Saúde Mental possam ser postas em circulação, e, nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica possa estabelecer-se como um movimento distante das agruras dos manicômios de outrora.

Devo ressaltar que a pesquisa não buscou apontar culpados ou apenas evidenciar as dificuldades da nova rede. A lida com as famílias que buscam o serviço é uma tarefa árdua e paulatina. Ademais, é também importante não analisar tal questão sob o ponto de vista de um antagonismo, buscando apresentar personagens polarizados, bons e ingênuos, contrapondo-os com personagens maus e indispostos a oferecer um serviço relevante; mas buscou-se apreender a complexidade presente no sofrimento da família que, enredada na psicose, se defronta com a complexidade da construção de um serviço que possa concebê-los e apreendê-los como fundamentais à compreensão e análise da trama/dinâmica afetiva.

É pertinente concluir que a família parece constituir-se como uma importante protagonista a ser considerada nos processos terapêuticos e políticos atuais, com inédita proximidade da relação entre dispositivos de Saúde Mental e família. Porém, como pudemos observar ao longo da presente pesquisa e também tomando em consideração o questionamento motriz e inicial – é “acompanhante ou “usuária”? –, à família ainda é relegada a posição de espera e, alheia aos movimentos e esforços institucionais, delega-se a posição de acompanhante. As teorias e os trabalhos que mudam esse modo de ver a família ainda são recentes, sendo, nesse sentido, necessário refletir e questionar sobre as variáveis estabelecidas nessa situação. Tomando por base a Psicanálise Vincular, é fundamental acolher os vínculos construídos por essas 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 ainda embrionário a ser ajustado entre os saberes atuantes nos dispositivos pós-Reforma. Porém, analisando os achados dessa pesquisa,

fica em relevo a necessidade de aprender a auxiliá-las a atravessarem suas fantasias e fantasmas, como também a lidar com a sobrecarga dos cuidados cotidianos.

REFERÊNCIAS

- André-Fustier, F. & Aubertel, F. (1998). A transmissão psíquica familiar pelo sofrimento. In: Eiguer, A, (Org.) *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica* (pp. 129-180). São Paulo: Unimarco.
- Amarante, P. (2001). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Araújo, C. A. S. de (2007). *Uma abordagem teórica e clínica do ambiente a partir de Winnicott*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial.
- Ayres, L. S. M. (2002). Naturalizando-se a perda do vínculo familiar. Em Nascimento, M. L. (Org.) *Pivetes: a produção de infâncias desiguais* (pp. 110-127). Rio de Janeiro: Oficina do Autor.
- Berlinck, M. T.; Magtaz, A. C., & Teixeira, M. (2008). A Reforma Psiquiátrica Brasileira: perspectivas e problemas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11(1), 21-27. Recuperado em 27 abril, 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233016513003>.
- Bielemann, V. de L. M., Kantorski, L. P; Borges, L. R., Chiavagatti, F. G., Willrich, J. Q., Souza, A. S., & Heck, R. M. (2009). A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. *Texto Contexto Enfermagem*, 18(1), 131-139. Recuperado em 13 abril, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>.
- Bion, W. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago. (Texto originalmente publicado em 1962).

- Borba, L. de O., Paes, M. R., Guimarães, A. N.; Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista Escola de Enfermagem*, 45(2), 442-449. Recuperado em 13 abril, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>.
- Borges, C. F., & Baptista, T. W. de F. (2008). O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), 456-468. Recuperado em 13 abril, 2015, de <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n2/24.pdf>.
- Brasil (2004). *Residências terapêuticas: o que são, para que servem*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 28 outubro, 2015, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha%20de%20residenciais.pdf>.
- Bulcão, I. (2002). A produção de infâncias desiguais: uma viagem na gênese dos conceitos “criança” e “menor”. In: Nascimento, M. L. (Org.) *Pivetes: a produção de infâncias desiguais*. (pp. 61-73). Niterói: Intertexto.
- Camatta, M. W., & Schneider, J. F. (2009). O trabalho da equipe de um Centro de Atenção Psicossocial na perspectiva da família. *Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 393-400. Recuperado em 13 abril, 2015, de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69678/000703588.pdf?sequence=1>.
- Camus, A. (2013). *A peste* (22a Ed.). Rio de Janeiro: Record, 22ª. Edição. (Texto originalmente publicado em 1947)
- Cavalcante, F. (2001). Família, subjetividade e linguagem: gramáticas de uma criança “anormal”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1), 125-137. Recuperado em 27, outubro, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7031.pdf>.
- Centa, M. de L., & Elsen, I. (1999). Reflexões sobre a evolução histórica da família. *Revista Família, Saúde e Desenvolvimento*, 1(1/2), 15-20. Recuperado em 11 maio, 2015, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4878/3728>.

Chevalier, J., & Gheerbrant, A. (1997). *Dicionário dos símbolos: mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números*. Lisboa: Círculo de Leitores.

Ciccone, A. (1998). A superposição imagóica e a fantasia de transmissão. In: Eiguer, A, (Org.) *A transmissão do psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica* (pp. 181-222). São Paulo: Unimarco.

Colleti, M., Martins, C. B., Tanios, B. S., & Rocha, T. H. R. (2014). A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 123-135. Recuperado em 10 abril, 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702014000100010&lng=pt&tlng=pt.

Colvero, L. A. de; Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 197-205. Recuperado em 13 abril, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>.

Correa, O. B. R. (2000). *O legado familiar: a tecelagem grupal da transmissão psíquica*. São Paulo: Contra-capas.

_____. (2003). Transmissão psíquica entre as gerações. *Psicologia USP*, 14(3), p. 35-45. Recuperado em 13 abril, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n3/v14n3a04.pdf>.

Costa, I. I. da (2001). Mal-estar, subjetividade e psicose: reflexões a partir do sistema familiar. *Mal-estar e subjetividade*, 1(1), 124-137. Recuperado em 13 abril, 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27110108>.

_____. (2006). Adolescência e primeira crise psicótica: Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. *II Congresso internacional de Psicopatologia Fundamental*. Recuperado em 27 outubro, 2015, de http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/ii_congresso_internacional/mesas_redondas/ii_con._adolescencia_e_primeira_crise_psicotica.pdf.

Costa, J. F. (1999). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal.

Cruz, L. Hillesheim, B., & Guareschi, N. (2005). Infâncias e políticas públicas: um olhar sobre as práticas psi. *Psicologia e Sociedade*, 17(3), 42-49. Recuperado em 7 maio, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a06v17n3.pdf>.

Donzelot, J. (1980). *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Dunker, C. & Kyrillos Neto, F. (2004). Sobre a Retórica da Exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivo de cuidado a psicóticos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(1), p. 116-125. Recuperado em 25, novembro, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n1/v24n1a13.pdf>.

_____. (2015). *Psicanálise e Saúde Mental*. Porto Alegre: Criação Humana.

Edington, V. L. T. (2012). *A medicalização da infância: uma leitura psicanalítica*.

Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

Eiguer, A. (1985). *Um divã para a família*. Porto Alegre: Artes Médicas.

_____. (1995). *O parentesco fantasmático: transferência e contratransferência em terapia familiar psicanalítica*. Trad. Monique Aron Chiarella. São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (1998). A parte maldita da herança. In: Eiguer, A, (Org.) *A transmissão Psiquismo entre gerações: enfoque em terapia familiar psicanalítica*(pp. 21-84).São Paulo: Unimarco.

Elia, L. (1999). A transferência em Psicanálise: lugar ou excesso? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(3), p. 775-788. Recuperado em 25 novembro, 2015, em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18812315>.

_____. (2000). Psicanálise: clínica e pesquisa. In: Alberti, S. e Elia, L. (Org). *Clínica e pesquisa em psicanálise* (pp.19-35). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

Época (2009). *Dói ter de internar um filho. Às vezes não há outro jeito* (Capa). Ed. 576. São Paulo: Ed. Abril.

- Fédida, P. (1996). O ponto de fuga da origem. In: *O sítio do estrangeiro*. São Paulo: Escuta.
- Félix, L. B. (2014). *O cuidado à Saúde Mental na infância: entre práticas e representações sociais*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. Recuperado em 27 outubro, 2015, de: <http://repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/handle/123456789/10313>.
- Figueiredo, A. C. (2002). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público* (3aed.). Rio de Janeiro: Relumê-Dumará.
- Figueiredo, L. C., & Minerbo, M. (2006). Pesquisa em Psicanálise: algumas ideias e um exemplo. *Jornal de Psicanálise*, 39(70), p. 275-278. Recuperado em 25 novembro, 2015, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v39n70/v39n70a17.pdf>.
- Fornari, F. (1989). Por uma psicanálise das instituições. In: Kaës, R. (Org). *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos* (pp. 103-134). Trad. Joaquim Pereira Neto, São Paulo: Casa do psicólogo.
- Foucault, M. (1977) *Vigiar e Punir: nascimento da prisão* (1ª. ed). Petrópolis: Vozes.
- _____. (2001). *Os anormais* (2ª. ed). São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1975).
- Freud, S. (1996). *A Interpretação dos Sonhos*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 4). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1900)
- _____. (1996). *Totem e tabu*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 13, p. 96-192). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1913)
- _____. (1996). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 14, p. 9-37). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914)

_____. (1996). *O estranho*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. (Vol. 17, p. 235-271) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1919).

_____. (1996) *Psicologia das massas e análise do eu*. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. 18, p. 79-145) Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1921).

_____. (1996). *Dois verbetes de enciclopédia*. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. 18, p. 287-311). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1922).

_____. (1927) *Fetichismo*. In Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. 21, p. 151-162). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1927).

Fustier, P. (1991). A infra-estrutura imaginária das instituições. Sobre a infância desajustada. In: Kaës, R. (Org). *A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos*. Trad. Joaquim Pereira Neto, São Paulo: Casa do psicólogo.

Gaudenzi, P., & Ortega, F. (2012). O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface (Botucatu)*, 16(40), 21-34. Recuperado em 04 abril, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>.

Gomes, F. Z., & Adorno, R. de C. F. (1990). Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde: revisão histórica do conceito de criança. *Revista Saúde Pública*, 24(3), 204-211. Recuperado em 11 maio, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v24n3/06.pdf>.

Gomes, I. C. (2002). A avaliação psicológica infantil denunciado os conflitos do casal parental. *Anais do 5º. Encontro Mineiro de Avaliação Psicológica*, 25-28. São Paulo: Vetor. Recuperado em 27 outubro, 2015, de <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=511384&indexSearch=ID.

Gomes, I. C., & Zanetti, S. A. S. (2009). Transmissão psíquica transgeracional e construção de subjetividade: relato de uma psicoterapia psicanalítica vincular. *Psicologia USP*, 20(1), 93-108. Recuperado em 13, abril, 2015, em <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v20n1/v20n1a06.pdf>.

Gomes, I. C., & Levy, L. (2009). Psicanálise de família e casal: principais referenciais teóricos e perspectivas brasileiras. *Revista Aletheia*, 29, 151-160. Recuperado em 14, maio, 2015, em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a13.pdf>.

Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. de. (2001). A Reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55. Recuperado em 13 abril, 2015, de <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1551/1596>.

Gondra, J. G. (2000). A sementeira do porvir: higiene e infância no século XIX. *Revista da Faculdade de Educação da USP*, 26(1), 99-117. Recuperado em 28 outubro, 2015, de <http://www.revistas.usp.br/ep/article/view/27835/29607>.

Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, 33(1), 151-161. Recuperado em 25 fevereiro, 2016 de <http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1>.

Herrmann, F. (2004). *Introdução a teoria dos campos* (2a ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (2005). Clínica extensa. In: Barone, L. (Coord.). *A psicanálise e a clínica extensa* (pp. 17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Ágora: Estudos em teoria psicanalítica*, 6(1), 115-138. Recuperado em 13 abril, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151614982003000100007&script=sci_arttext&tlng=pt.

Kaës, R. (1991). Realidade Psíquica e o sofrimento nas Instituições. In: Kaës, R. (Org). *A Instituição e as Instituições: Estudos Psicanalíticos*. Trad. Joaquim Pereira Neto, São Paulo: Casa do Psicólogo.

_____. (1998). O dispositivo Psicanalítico e as incidências da geração. In: Eiguer, A. (Org). *A transmissão do psiquismo entre gerações* (pp. 5-20), São Paulo: Unimarco, 1998.

_____. (2003). A Negatividade: problemática geral. *Psicologia USP*, 14 (1), p. 21-36.

Recuperado em 25 novembro, 2015, em <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/42389/46060>.

_____. (2010). *Um singular plural: a Psicanálise à prova do grupo*. São Paulo: Loyola.

Kamers, M. (2013). A fabricação da loucura na infância: psiquiatrização do discurso e medicalização da criança. *Estilos da clínica*, 18(1), p. 153-165. Recuperado em 27 outubro, 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-71282013000100010&script=sci_arttext.

Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos, 1946-1963*. (Vol. 3, pp. 17-43), Rio de Janeiro: Imago (Texto originalmente publicado em 1946).

Lacan, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Texto publicado originalmente em 1965)

Lima, A. L. G. (2006). A “criança-problema” e o governo da família. *Estilos da clínica*, 11(21), 126-149. Recuperado em 04 abril, 2016, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v11n21/v11n21a09.pdf>.

Lima, C. R. (2010). A função da escuta. *Revista Tribunal Regional do Trabalho 3ª Região*, 51(81), 393-397. Recuperado em 13 abril, 2015, de http://www.trt3.jus.br/escola/download/revista/rev_81/ciclo_estudos/celso_renno_lima.pdf.

- Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A. O., & Carmino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(3), 433-447. Recuperado em 11 maio, 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a02.pdf>.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Carmino, L. F., & Melo, J. R. F. D. (2011). Representações sociais de familiares acerca da loucura e do hospital psiquiátrico. *Temas em Psicologia*, 19(1), 193-204. Recuperado em 27 outubro, 2015, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n1/v19n1a15.pdf>.
- Machineski, G. G. (2011). *O tipo vivido de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Malaaouf, J. F., & Wajntal, M. (1997). Família e hospital-dia: intervenções dentro e fora. *Estilos da Clínica*, 2(2), 145-152. Recuperado em 27 outubro, 2015, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v2n2/14.pdf>.
- Mannoni, M. (1999). *A criança retardada e a mãe* (5ª Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Marcilio, M. L. (1997) A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil (1726-1950). In: Freitas, M. C. de. (Org.) *História social da infância no Brasil*. São Paulo: Cortez/USF.
- Martins, C. F., & Brito, L. M. T. (2003). A inserção do psicólogo no sistema de atendimento ao adolescente em conflito com a lei no Brasil. In: Jacó-Vilela, A. M., Cerezzo, A. C., & Rodrigues, H. B. C. (Orgs.), *Clio-Psyché paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades* (pp.371-377). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Mello, R. (2005). A construção do cuidado à família e a consolidação da reforma psiquiátrica. *Revista de enfermagem UERJ*, 13(3), 390-395. Recuperado em 13, abril, 2015, de <http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a15.pdf>.

Melman, J. (2006). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares* (2aed.). São Paulo: Escrituras.

Melo, C. V., Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2014). Segredos de família: a contratransferência como recurso terapêutico. *Estilos da clínica*, 19(1), 163-182. Recuperado em 24 fevereiro, 2015, de <http://www.revistas.usp.br/estic/article/viewFile/81008/84654>.

Mezan, R. (2001). *Freud: a trama dos conceitos* (4ª ed.). São Paulo: Perspectiva.

Mielke, F. B.; Kohlrausch, E; Olschowsky, A., & Schneider, J. F. (2010). A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista eletrônica de enfermagem*, 12(4), 761-765. Recuperado em 27 outubro, 2015, de https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a23.htm.

Ministério da Saúde (2005). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresenta à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: Caracas, 15 anos depois*. OPAS: Brasília.

Ministério da Saúde (2013). *Portaria número 615, de 15 de abril de 2013*. Diário Oficial da União.

Miskolci, R. (2003). Reflexões sobre normalidade e desvio social. *Estudos de sociologia*, 13/14, 109-125. Recuperado em 04 abril, 2016, de <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/169>.

_____. (2005). Do desvio às diferenças. *Revista Teoria & Pesquisa*, 9, 9-41. Recuperado em 11 maio, 2015, de <http://www.teoriaepesquisa.ufscar.br/index.php/tp/article/viewFile/43/36>.

Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto-Contexto Enfermagem*, 17(4), 680-688. Recuperado em 23 fevereiro, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>.

Neves, A. S. (1999). O psicólogo e o paciente-instituição: considerações teóricas acerca da intervenção. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, 19(2), 44-49. Recuperado em 13 maio, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98931999000200006&script=sci_arttext.

_____. (2008). *Família no singular, histórias no plural: a violência física de pais e mães contra filhos*. Uberlândia: EDUFU.

Oliveira, L. G. M. de (1996). A transferência no trabalho com os pais na instituição. *Estilos da clínica*, 1(1), 34-45. Recuperado em 27 outubro, 2015, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/estic/v1n1/04.pdf>.

Pereira, M. A. O. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 71-82. Recuperado em 13 abril, 2015, de <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180114096006.pdf>.

Pimenta, E. de S., & Romagnoli, R. C. (2008). A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial. *Pesquisas e práticas psicossociais*, 3(1), 75-84. Recuperado em 13, abril, 2015, de www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/...n1/.../Pimenta_Romagnoli.doc.

Pinho, F. F. de, & Molon, S. I. (2011). Os bastidores do diário de campo: instrumento de pesquisa qualitativa. *X Seminário de Pesquisa Qualitativa: FURG, 13 a 15 de julho de 2011*.

Prado, A. M. P. (1988). *Narcisismo e estados de entranhamento*. Rio de Janeiro: Imago.

Prado, M. do C. C. de A. (2000). *Destino e mito familiar: Uma questão na Família Psicótica*. São Paulo: Vetor.

Rezende, A. M., & Bianchet, S. B. (2013). *Dicionário do latim essencial*. Rio de Janeiro: Autêntica.

Rizzini, I., Leite, A. D. da S., & Menezes, C. D. de. (2013). *Cuidado familiar e saúde mental: a atenção das famílias a seus filhos na infância e na adolescência*. Rio de Janeiro: PUC Rio.

Rosa, L. C. S. (2005). A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), p. 205-218. Recuperado em 10 abril, 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682005000200005&lng=pt&tlng=pt.

_____. (2011). *Transtorno mental e o cuidado na família* (3ª ed.). São Paulo: Cortez.

Ruffiot, A. (1981) Le Groupe-famille em Analyse. L'Appareil Psychique familial. In Ruffiot, A. e col. (Org). *La Thérapie Familiale Psychanalytique*, Paris: Dunod.

Samara, E. de M. (2002). O que mudou na família brasileira? (Da colônia à atualidade). *Psicologia USP*, 13(2), 27-48. Recuperado em 28 outubro, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000200004.

Santin, G., & Klafke, T. E. (2011). A família e o cuidado em saúde mental. *Barbarói*, (34), 146-160. Recuperado em 13 abril, 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S010465782011000100009&script=sci_arttext

Santos, G. L. G. (2008). Sobre discursos e práticas: a reabilitação psicossocial pelo “olhar” dos técnicos de referência de um CAPS da região metropolitana de Recife. *Dissertação de mestrado*, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Schrank, G., & Olschowsky, A. (2008). O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. *Escola de enfermagem USP*, 42(1), 127-134. Recuperado em 13 abril, 2015, de https://scholar.google.com.br/scholar?q=Schrank+2006+sa%C3%BAde+mental+&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5.

Schuch, P. (2010). Uma lei moderna x uma cultura tradicional: notas sobre reformulação do campo de atenção à infância e juventude no Brasil. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, 2(4), 73-84. Recuperado em 28 outubro, 2015, de <http://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/76/75>.

Sennett, R. (2001). *Autoridade*. Rio de Janeiro: Editora Record.

- Shelley, M. (2016). *Frankenstein: ou o Prometeu moderno*. São Paulo: Landmark. (Texto originalmente publicado em 1818).
- Silva, M. G. V. (2000). Acompanhamento familiar: uma proposta institucional. *I Mostra de Experiências de Sucesso: trabalho com famílias*. Prefeitura do Rio de Janeiro/SMDS.
- Silva, M. C. P. (2003). *A herança psíquica na clínica psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, M. S. (2007). *Família e o cuidado ao portador de psicose em um CAPS de Salvador*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil. Recuperado em 27 outubro, 2015, de <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10380/1/4444444444444.pdf>.
- Silveira, N. da (1981). *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Editorial Alhambra.
- Siqueira, A. C., & Dell'aglio, D. D. (2006). O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. *Psicologia e Sociedade*, 18 (1), 71-80. Recuperado em 7 maio, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n1/a10v18n1.pdf>.
- Souza, R. C., & Scatena, M. C. M. (2005). Produção de sentidos acerca da família convive com o doente mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 73-79. Recuperado em 13, abril, 2015 de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a07.pdf>.
- Tolstói, L. (2013). *Anna Kariênina*. São Paulo: Cozacaify. Texto originalmente publicado em 1877.
- Venâncio, R. P. (1999). *Família abandonadas: assistência à criança de camadas populares no Rio de Janeiro e em Salvador – séculos XVIII E XIX*. Campinas: Papirus.
- Wadell, M. A. (1994). A família e sua dinâmica. In: Box, S. (Org). *Psicoterapia com famílias: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Webber, F. (2009). A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou: por que censurar seu diário de campo? *Horizonte antropológico*, 15(32), 157-170. Recuperado em 25 novembro, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/ha/v15n32/v15n32a07.pdf>.
- Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago.