

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS – CAHL
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

CILMARA DOS SANTOS SILVA ALMEIDA

**REALIDADES IGNORADAS? Análise sobre o viver cotidiano com o paciente
psiquiátrico usuário dos serviços de assistência em saúde mental do município de
Conceição da Feira - BA.**

Cachoeira – BA

2014

CILMARA DOS SANTOS SILVA ALMEIDA

**REALIDADES IGNORADAS? Análise sobre o viver cotidiano com o paciente
psiquiátrico usuário dos serviços de assistência em saúde mental do município de
Conceição da Feira - BA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Colegiado do Curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,
como requisito para obtenção do Grau de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Sílvia Cristina Arantes
de Souza

Cachoeira – BA

2014

CILMARA DOS SANTOS SILVA ALMEIDA

REALIDADES IGNORADAS?

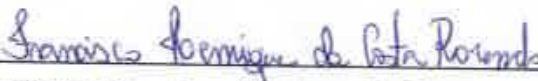
Análise sobre o viver cotidiano com o paciente psiquiátrico usuário dos serviços de assistência em saúde mental do município de Conceição da Feira - BA

Cachoeira – BA, aprovada em 11/04/2014.

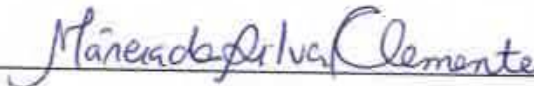
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Ms. Silvia Cristina Arantes de Souza
(Orientadora – UFRB)



Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
(Membro Interno – UFRB)



Prof.^a Ms. Márcia da Silva Clemente
(Membro Interno – UFRB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por ser presença viva e constante a me fortalecer em todos os momentos dessa jornada acadêmica.

Aos meus pais, pela dedicação enérgica em prol de minha educação, sempre me oferecendo a melhores oportunidades e me direcionando na trilha por melhores caminhos. Amo vocês!

A minha irmã e amiga Josimara, pela parceria e carinho em todos os momentos da minha vida.

Ao meu esposo João Paulo, pela força nos momentos de desânimo, pelo carinho e compreensão nas vezes em que tive de me ausentar.

Agradeço a minha supervisora de estágio, Denise de Oliveira Alem, que me possibilitou o primeiro contato com a prática profissional e uma troca de experiências maravilhosa. Não poderia deixar de mencionar Jeane Carvalho e Gilka Farah pelo incentivo durante essa trajetória. Agradeço de montão!

A todos os amigos que conquistei ao longo da vida acadêmica, especialmente Núbia Araújo e Mariana Lyra que foram minhas companheiras de jornada. Com vocês esses quatro anos se tonaram melhores.

Agradeço a todos os professores que contribuíram para minha formação acadêmica, em especial, Sílvia Cristina Arantes de Souza, minha orientadora, pela paciência, dedicação e empenho dispensados à minha pesquisa. Muito obrigada!

*Estou vivendo
No mundo do hospital
Tomando remédios
De psiquiatria mental*

*Estou vivendo
No mundo do hospital
Tomando remédios
De psiquiatria mental*

*Haldol, Diazepam
Rohypnol, Prometazina
Meu médico não sabe
Como me tornar
Um cara normal*

*Me amarram, me aplicam
Me sufocam
Num quarto trancado
Socorro
Sou um cara normal
Asfixiado*

*Minha mãe, meu irmão
Minha tia, minha tia
Me encheram de drogas
De levomepromazina*

*Ai, ai, ai
Que sufoco da vida
Sufoco louco
Tô cansado
De tanta
Levomepromazina*

*Ai, ai, ai
Que sufoco da vida
Sufoco louco
Tô cansado
De tanta
Levomepromazina*

Música: “Sufoco louco”

HARMONIA ENLOUQUECE¹

¹ Os integrantes desse grupo são técnicos e usuários do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ), serviço público de saúde mental da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro – SESDEC-RJ.

RESUMO

Entendendo que a convivência junto à pessoa com transtorno mental acarreta mudanças na rotina familiar e sobrecarga à figura responsável pelo cuidado, este estudo monográfico se propôs a analisar recortes do viver cotidiano familiar com o paciente psiquiátrico usuário dos serviços de assistência em saúde mental do município de Conceição da Feira – Ba. Para tal partiu-se de reflexões acerca dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e sua proposta de desinstitucionalização da modalidade manicomial. Realizou-se uma pesquisa de campo de cunho descritivo-qualitativa, com a aplicação de entrevistas semiestruturada com familiares responsáveis pelo cuidado de seu membro familiar com transtorno mental e com profissionais de referência no dispositivo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Ao longo do trabalho, são tecidas breves reflexões acerca da loucura bem como dos novos paradigmas introduzidos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica. Pontuaram-se também alguns pressupostos teóricos acerca da instituição família; considerações sobre família e doença mental e do lugar dessa instituição no processo de reabilitação e reinserção social da pessoa com transtorno mental, considerando-se que no contexto da Saúde Mental, nem sempre a família teve a oportunidade de conviver e ou participar do tratamento. E em última análise, são condensadas as experiências dos profissionais e familiares no tocante ao viver cotidiano com a pessoa que sofre mentalmente, experiências essas que devidamente refletidas contribuirão para o descortinar das questões erigidas sobre a temática.

Palavras-chaves: Transtornos Mentais, Desinstitucionalização, Família, Convivência.

ABSTRACT

Understanding that living with the person with mental disorder causes changes in family routine and overload the figure responsible for the care, this monographic study was to examine the clippings everyday family living with psychiatric patient user of mental health care services in the municipality of Conceição da Feira - Ba. To that broke reflections about the movements of the Psychiatric Reform and its proposed mode of deinstitutionalization of psychiatric ward. We conducted a field survey of descriptive and qualitative nature, with the application of semi-structured interviews with family caregivers of their family member with a mental disorder and Professional Reference Center for Psychosocial Care (CAPS) device. Throughout the work, are woven brief reflections on the folly as well as the new paradigms introduced by the movement of the Psychiatric Reform. Also scored, some theoretical assumptions about the family institution; considerations of family and mental illness and place of the institution in the rehabilitation and social reintegration of persons with mental disorder process, considering that in the context of mental health, not always the family had the opportunity to live and participate or treatment. And ultimately, are condensed the experiences of professionals and family members regarding the daily life with the person who suffers mentally, that properly reflected these experiences will help to uncover the issues erected on the subject.

Keywords: Mental Disorders, Deinstitutionalization, Family, Conviviality.

LISTA DE SIGLAS

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL

CAPS – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CAPS i – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

CAPS ad – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

CEBES – CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDO DE SAÚDE

CNSM – CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

MTSM – MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL

NAPS – NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

PVC – PROGRAMA DE VOLTA PRA CASA

PHR– PROGRAMA ANUAL DE REESTRUTURAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR PSIQUIÁTRICA NO SUS

PAD – PROGRAMA DE APOIO A DESOSPITALIZAÇÃO

PNASH/Psiquiatria – PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO SISTEMA HOSPITALAR/PSIQUIATRIA

RAPS – REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SRT – SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TOC – TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO, INFLUÊNCIAS E REFLEXOS NO CUIDAR DA LOUCURA	12
1.1 Breve reflexão sobre a história da loucura	13
1.2 Novos paradigmas: a Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização	14
1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um processo em construção	17
1.3.1 A Lei Federal de Saúde Mental: Lei 10.216/2001	23
1.3.2 Rede de Atenção Psicossocial: outros lugares de cuidado do ‘louco’	25
2 FAMÍLIA: LUGAR SOCIAL DE ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL	32
2.1 A instituição família: alguns pressupostos teóricos	32
2.2 Considerações sobre família e a doença mental	35
2.3 O lugar da família no contexto da Reforma Psiquiátrica: implicações no cuidado e tratamento	37
3 O VIVER COTIDIANO COM O PACIENTE PSIQUIÁTRICO	42
3.1 O percurso metodológico	42
3.2 A Assistência em Saúde Mental no município de Conceição da Feira – BA	45
3.3 Recortes do viver cotidiano com o paciente psiquiátrico: a experiência dos familiares	47
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Há tempos o mundo convive com o fenômeno da loucura e o louco sempre habitou o imaginário social como indivíduo perigoso e incapaz. Devido a essas representações, a loucura foi tratada através do isolamento desses indivíduos em asilos que mantinham tratamentos arcaicos, violentos que punham a patologia como centro e não o sujeito, isto é, a loucura era entendida como um problema médico em que a patologia sobressaía-se em relação ao indivíduo doente. Além disso, o enclausuramento era a palavra de ordem e se justificava pelo fato de que a sociedade e os familiares do louco poderiam estar sujeitos á contaminação com a loucura; ou ainda, que os familiares poderiam ser os agentes patogênicos da alienação.

Todavia, na década de 1970 do século XX emerge a Reforma Psiquiátrica como um movimento fruto da insatisfação popular frente ao modelo hospitalocêntrico que primava pelo enclausuramento da loucura, mercantilização do sofrimento mental e tratamentos baseados na tortura e atos desumanos. De certo, a Reforma Psiquiátrica é um processo político e social de horizonte democrático e participativo que visa à construção de um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais: o convívio familiar e comunitário no lugar do isolamento.

Por esta análise, a crítica ao modelo hospitalocêntrico e a desconstrução dos espaços asilares – pilares da Reforma - buscam revelar a falência das instituições totais e construir outro lugar social para a loucura; ao tempo em que questiona os saberes e práticas que campeiam o cenário psiquiátrico. Por esta lógica, a Reforma rompe com o paradigma patologia/cura passando a abranger outras dimensões da vida social, colocando a doença entre parênteses, o que nos remonta a ideia de suspensão da heterogeneidade de Neto e Falcão (1987, p. 68), os quais salientam que nessa suspensão “o indivíduo se instaura como particularidade, espaço de mediação entre o singular e o universal, e comporta-se como inteiramente homem”. Neste viés, o sujeito passa a ser o centro do atendimento. Acrescenta-se que as implicações da Reforma incidem diretamente sobre a família, haja vista que a desospitalização do doente mental o devolveu para o seio familiar.

Nessa perspectiva, o presente trabalho é fruto de inquietações que surgiram em minha experiência de trabalho no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do município de Conceição da Feira - BA, através do convívio com uma colega que apresenta no seio familiar um usuário dos serviços de saúde mental. Chamava atenção suas reclamações

acerca da convivência com seu irmão acometido por transtorno mental, este que tem limitações e expõe comportamentos atípicos, como a heteroagressão² se contrariado.

A reflexão proposta neste trabalho de conclusão de curso, objetiva analisar como as famílias percebem o viver cotidiano com a pessoa com transtorno mental. A necessidade de problematizar teoricamente esta temática mostrou-se relevante devido ao despreparo que muitos familiares enfrentam no lidar cotidiano com a pessoa com transtorno mental. Acrescesse a esse fato, a implantação do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS I no município de Conceição da Feira há cinco anos, pois após este acontecimento descobriu-se um público-alvo amplo no que concerne à saúde mental, ou seja, pessoas que apresentam desde transtornos mentais leves à graves.

Nesses termos, ao longo do primeiro capítulo serão tecidas breves reflexões acerca da loucura bem como dos novos paradigmas introduzidos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica, a consolidação da Lei Federal de Saúde Mental e a construção da rede de atenção psicossocial, esta firmada em dispositivos comunitários e abertos.

No segundo capítulo, serão discutidos alguns pressupostos teóricos acerca da instituição família, elencar-se-ão considerações sobre família e o adoecer psíquico e também do lugar creditado à família no processo de reabilitação e reinserção social da pessoa com transtorno mental, tendo em vista que, nem sempre a família teve a oportunidade de conviver e ou participar do tratamento.

No terceiro capítulo, serão apresentadas experiências dos profissionais e familiares no viver cotidiano com a pessoa com transtorno mental, considerando-se que as reflexões sobre essas experiências contribuirão para o descortinar das questões erigidas sobre a temática.

Diante dos dados analisados, inferiu-se que o viver cotidiano com o paciente psiquiátrico em alguns casos, considerando-se aqui as particularidades comportamentais de cada transtorno mental, é prenhe de tensões, sobrecargas, dificuldades, especialmente para o familiar responsável pelo cuidado, haja vista que alguns pacientes psiquiátricos são imprevisíveis e muitas vezes resistentes ao tratamento. Além do mais, percebeu-se também que embora o movimento da Reforma Psiquiátrica tenha proporcionado pontos positivos com a inclusão da família na abordagem terapêutica, os dados obtidos pela pesquisa realizada, revelaram claramente a existência de fragilidades na relação/parceria construída entre os serviços de assistência em saúde mental e a família.

² Praticar agressão contra outro indivíduo.

1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL: CONTEXTUALIZAÇÃO, INFLUÊNCIAS E REFLEXOS NO CUIDAR DA LOUCURA

A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social de horizonte democrático e participativo que visa à construção de um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais, que surge em meados do século XX na Europa. Acrescenta-se a isso, o fato de que é um projeto que coloca as instituições que intervêm no fenômeno da loucura em debate, no sentido de uma nova avaliação e crítica. Sendo assim, traz uma enérgica condenação “a alienação a que o louco é submetido pelas instituições” (Bisneto, 2011, p.32).

De certo, é um movimento que prima por mudanças no campo psiquiátrico, sugerindo que as dimensões social e política do fenômeno da loucura sejam observadas e analisadas criticamente. Assim, “a loucura passa a ter como referência a base social e cultural, e não apenas a base biológica” (Bisneto, 2011, p.174).

Bisneto (2011) ao citar Vasconcelos (1992) evidencia que no processo de desinstitucionalização psiquiátrica alguns marcos, ideias e teorias corroboraram para a condução do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, esta que perdura até hoje. Por esta linha de raciocínio, tem-se o Movimento Institucionalista³, a Antipsiquiatria⁴, a Psiquiatria Democrática Italiana⁵ idealizada por Franco Basaglia. Igualmente importante foi a publicação de dois livros, em 1961: História da Loucura, de Michel Foucault e Manicômio, Prisões e Conventos, de Erving Goffman. O primeiro, História da Loucura, deslinda o caráter histórico da doença mental através da abordagem do fenômeno da loucura desde o Renascimento até ao seu total estabelecimento na sociedade. Além disso, enfatiza que as formas de tratar e encarar a loucura sofreram transformações ao longo dos séculos. Já Manicômio, Prisões e Conventos traz uma crítica ao estilo totalitário das instituições psiquiátricas. Ao criticar as instituições totais, estas ponderadas como aquelas que ‘controlam’

³Aqui Bisneto (2011, p.31) refere-se “a todas as matrizes teóricas que, ao ressaltar a relevância das instituições para a análise social, colocam-nas em crítica e demonstram a importância de transformá-las para o avanço da democracia na sociedade”.

⁴Movimento que tem como característica principal a “negação do hospital psiquiátrico e do saber da psiquiatria como positivos de abordagem e pretensão de cura da doença mental” (Pereira, 1999, p.241-242). Os antipsiquiatras entendiam que a doença mental era uma forma de o indivíduo polemizar e ou contestar a sociedade capitalista.

⁵A Psiquiatria Democrática Italiana “sugere uma nova perspectiva para o tratamento do portador de sofrimento psíquico, bem como a desinstitucionalização da psiquiatria. A PDI teve como grande difusor o psiquiatra italiano Franco Basaglia” (Caetano et al, 2011). Retomar-se-á esse tema em outros momentos no trabalho.

a vida das pessoas a ela submetidas, Goffman salienta que o adjetivo total é representado pela barreira à relação social com o mundo externo, ou seja, faz um levantamento crítico da vida submetida ao enclausuramento durante um período de tempo e a partir dessa análise, expõe como a segregação atua sobre a vida do indivíduo: mortifica o eu de cada um. Dessa forma, as pessoas que tem suas vidas organizadas institucionalmente acabam por ter suas subjetividades massacradas, destruídas; um “asilamento compulsório só faz reproduzir a alienação, contribuindo para a iatronização⁶ do portador de sofrimento mental” (Bisneto, 2011, p. 181).

No bojo dessas constatações, cabe ressaltar que a Reforma Psiquiátrica é um movimento histórico calcado nos vieses político, social e econômico que sugere a existência de uma inter-relação entre sofrimento mental e o social com ênfase para a transformação das práticas institucionais que tratam dos transtornos psíquicos a fim de construir outro lugar social para a loucura que não o isolamento e a alienação.

1.1 Breve reflexão sobre a história da loucura

Há tempos o mundo convive com indivíduos que sofrem com transtornos mentais, ou, os “loucos” como eram conhecidos. Durante um longo registro na história da humanidade, a loucura foi considerada como um modo diferente de viver e a depender do contexto ou sociedade em que se manifestava poderia ser aceita ou combatida. Neste último enfoque, a solução para excluir os loucos da sociedade foi, por muito tempo, pautada na condenação que estes indivíduos vagassem pelas cidades, já que eram vistos como perigosos (Brasil, 2005).

Com a chegada da Idade Média a assistência ao doente mental passou a significar internação em instituições asilares as quais acolhiam além dos loucos, inválidos, mendigos, libertinos e outros. Nessas organizações, o tratamento era baseado na violência: aqueles que se encontravam mais agressivos eram acorrentados (Brasil, 2005).

A partir do século XVIII, a loucura foi apropriada pelo discurso médico transitando de anormalidade a patologia, ou seja, a loucura que até então era visualizada como fenômeno anormal passou a significar doença. (Bisneto, 2011). Essa apropriação ocasionou a proposta de um novo modelo que viesse a assistir esses loucos. Tal modelo fora elaborado por Phillippe

⁶ Iatrogenia é uma palavra que deriva do grego e pode ser entendida como qualquer atitude do médico. Todavia, o conceito mais aceito é o de que consiste num resultado negativo da prática médica. Noutras palavras, é um problema da prática assistencial em que os serviços de saúde mental seriam os responsáveis pela conservação do indivíduo na patologia (TAVARES, 2007).

Pinel⁷, considerado o pai da psiquiatria, que consistia em transferir os doentes mentais das instituições asilares (os asilos eram utilizados para internar aqueles que perturbavam a ordem social) para os manicômios destinados somente aos doentes mentais, onde seriam reeducados tendo em vista o respeito às normas da sociedade, já que apresentavam condutas e hábitos inconvenientes; dessa forma, a psiquiatria buscava proteger a população dos excessos da loucura (Brasil, 2005).

Pontua-se que no Brasil, a psiquiatria emerge com a vinda da família real no ano de 1808. Neste período, os primeiros asilos foram construídos como alternativa para remover da sociedade aqueles que ameaçavam a ordem e a moral. Noutras palavras, depreende-se que a psiquiatria nasce com o intuito de proteger a sociedade dos chamados loucos e não com a finalidade de cura (Rocha, 1989 apud Mesquita, 2010). Além do mais, um marco na assistência psiquiátrica foi o Hospício D. Pedro II que a partir do ano de 1852, passou a internar os doentes mentais, retirando-os do convívio social. O tratamento, portanto, implementado por esta instituição era baseado no isolamento do ‘louco’; este visualizado como perigoso e incapaz. Os asilos objetivavam suprimir aquilo que havia de estranho no indivíduo. Acioly (2009, p.3) ao citar Goffman (2001) pondera que estas instituições (asilos, manicômios) se apresentam como “estufas para mudar pessoas”, deixando evidente a ideia de extinguir o conflito como uma forma de tratar a loucura, bem como a intenção de moldá-la e discipliná-la.

Com o passar do tempo, o modelo de Pinel foi sofrendo alterações, no entanto, as ideias de correção comportamental e dos hábitos ainda se faziam presentes. Após o episódio da Segunda Guerra Mundial (1939-1945), a loucura passou a ser discutida, questionada; nesse sentido, algumas indagações foram campeando o cenário psiquiátrico: Seria a loucura uma doença? Uma diferença? Um sofrimento mental? Um comportamento diferente? (Bisneto, 2011) Todavia, mesmo com todos os questionamentos, a loucura permaneceu submissa ao modelo manicomial até o final do primeiro meado do século XX.

1.2 Novos paradigmas: a Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização

⁷ Médico Francês que iniciou o tratamento moral para com os alienados e desacorrentou os loucos em Paris. Em 1801, publicou um tratado médico-filosófico que tratava sobre a alienação ou a mania, e em 1847, descreveu uma nova especialidade médica que viria a se chamar Psiquiatria. Disponível no site: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/pinel.html>>.

Na segunda metade do século XX, houve um momento de intensa crítica e transformação dos saberes e tratamentos relativos ao campo psiquiátrico. Primeiramente, surge na Itália, com Franco Basaglia⁸, mas espalha-se pelo mundo e o Brasil absorve muito desse movimento. Basaglia tinha uma atitude crítica em relação à psiquiatria clássica e hospitalar, por esta firmar-se no isolamento do sujeito acometido pela loucura. Defendia que o louco ou doente mental voltasse a viver com seus familiares, negando assim a psiquiatria clássica (Mesquita, 2010). Além do mais, Basaglia considerava a loucura um processo complexo e que a psiquiatria sozinha não era capaz de dar conta desse fenômeno, já que o sujeito acometido por transtorno mental possui outras necessidades.⁹

Dessa forma, surge uma luta contra a assistência balizada no manicômio, em defesa dos direitos humanos dos que sofrem com o transtorno mental, bem como para a consolidação de uma cidadania possível. Nesse panorama de questionamentos, emerge a Reforma Psiquiátrica em meio ao Movimento Sanitário¹⁰, com o intuito de denunciar as instituições até então existentes que tratavam os pacientes psiquiátricos por meio de atos violentos, sugerindo também um novo modelo de atenção centrado em ações comunitárias em detrimento do hospital especializado. Essa ideia só começa a adentrar nos ares brasileiros, a partir do final da década de 1970, no contexto de abertura política do país, ou melhor, da redemocratização¹¹ (Brasil, 2005).

A Reforma Psiquiátrica abarca um conjunto de ações de caráter político e social, tratando-se de um complexo processo que pretende ampliar, democratizar e tornar mais participativo o campo da política pública que se direciona a saúde mental. Assim sendo, prima pela participação dos trabalhadores em saúde, e principalmente dos usuários dos serviços e familiares. Logo, as consequências da Reforma Psiquiátrica incidem diretamente sobre a família do doente mental, haja vista o processo de desinstitucionalização (Gonçalves, 2001).

Por este prisma, o princípio de desinstitucionalização concretiza-se na desconstrução dos manicômios, desconstrução essa que não deve ser entendida apenas como fechamento do

⁸ Franco Basaglia era médico e psiquiatra. Foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiana conhecido como Psiquiatria Democrática. Nasceu em 1924, em Veneza, Itália e faleceu em 1980.

⁹ Quem foi Franco Basaglia. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/e-psico/etica/temas_atuais/luta-antimanicomial-franco.html> Acesso em: 17/01/14 às 21h35min.

¹⁰ O movimento sanitário designa variadas tentativas/experiências de reformular o campo da assistência em saúde dos cidadãos. Aconteceu em vários países: Itália, Espanha, Portugal, Brasil, mas, foi a experiência italiana que mais influenciou a Reforma Sanitária no Brasil. Seu início no Brasil é datado em meados da década de 1970 e surge motivada pela falta de uma rede sanitária que abrangesse toda a população, ou melhor, de um sistema de saúde, pois, grande parte da população estava desassistida do direito à saúde e vulnerável a variadas doenças.

¹¹ É conhecido como redemocratização o período em que há a abertura política do país, isto é, a desestabilização da estrutura do Regime Militar, recuperando as instituições democráticas que foram abolidas pelo regime ditatorial.

hospital psiquiátrico, como desospitalização. A desinstitucionalização pressupõe questionamentos acerca de saberes e práticas que perpassam o cenário psiquiátrico centralizado no manicômio, bem como do caráter histórico e renitente que reduz o louco a doente mental (Acioly, 2009). Noutros termos, supõe meditar e interpelar as práticas que não consideram o sujeito em suas múltiplas dimensões; práticas que tomam a doença como ponto de partida para o tratamento, e não o sujeito. Nesse ponto, desinstitucionalizar significa cuidar da pessoa com transtorno mental considerando a sua integralidade enquanto pessoa.

Ainda assim, é importante esclarecer que doença mental ou seu eufemismo transtorno mental difere de sofrimento mental, à medida que a primeira refere-se a alterações mórbidas¹² do modo de pensar, do humor ou comportamento; estas podem ser congênicas quando se originam no período fetal, podendo ser hereditárias (autismo, esquizofrenia) ou adquiridas (atraso ou deficiência intelectual por exposição a agentes químicos ou físicos – álcool, cigarro, medicamentos, radiação, dentre outros) capazes de alterar a formação natural do embrião ou feto. Já os adquiridos são agravos mentais resultantes de comportamentos de risco ou acidentes, ocorridos após o nascimento do indivíduo. Transtornos mentais crônicos são aqueles que não evoluem normalmente para a cura, mas são passíveis de controle (...). Os transtornos mentais agudos são agravos que normalmente evoluem para a cura ou, em casos extremos, para o óbito (Musse, 2008, p.46). Já o sofrimento (mental) não é doença, haja vista que as formas mais diversas de expressão desse sofrimento, não podem ser categorizadas como doenças. Para iluminar essa afirmação, o Ministério da Saúde (2013, p.91) cita Goldberg (2005), este salienta que quem trabalha ou estuda o sofrimento mental sabe que as queixas mais comuns são tristeza, desânimo, irritabilidade, ansiedade, medo, alterações no sono e etc. De certo modo, são sintomas que se apresentam como queixas clínicas sem explicação médica, logo, é pertinente defender que as expressões mais comuns do sofrimento mental estão apoiadas em três grupos de sintomas: tristeza/desânimo, ansiedade e sintomas físicos também conhecidos como somatização. Assim, percebe-se que muitos sofrem sem estar doentes.

Ainda nesse enfoque, a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos se refere à elaboração de uma política de saúde mental baseada no pressuposto de que a liberdade pode se constituir em instrumento terapêutico e que o cuidado pode ser um elemento capaz de transformar os modos de viver e sentir o sofrimento mental (Mello, 2005).

Dessa forma, a proposta de desospitalizar, de criar outro lugar social para a loucura firma-se em uma mudança radical na assistência e na definição de uma rede de cuidados em

¹²Que causam doenças, enfermidades (Ximenes, 2001).

saúde mental, considerando que o hospital psiquiátrico tradicional é antiterapêutico. Bisneto (2011, p.181) considera

(...) a psiquiatria e o hospício como elo final da consolidação da alienação total dos usuários de serviços psiquiátricos: a alienação social pela exclusão, a alienação mental pela rotulação de “doente” e a alienação corporal pelo controle do espaço físico limitado, pela sedação por drogas etc.

O manicômio de certa forma silencia a loucura e a trata com punições encerrando a possibilidade de o ‘louco’ existir enquanto sujeito de direitos (Machado, 2008). Logo, essa maneira de tratar a loucura carrega em si a estigmatização e invalidação social.

E não é apenas o louco manicomializado que tem destino miserável. A categoria “louco”, “doido”, “maluco” é negativamente estigmatizada e, nesse processo, a psiquiatria tem muita responsabilidade. Ao definir o estatuto jurídico da doença mental (os loucos de todo gênero), ela legitima a condição de não cidadão, de não sujeito do doente. Internado ou não em um manicômio, o louco é despossuído de seus direitos, não apenas sociais, civis e políticos, mas de ser uma pessoa, de ter seus desejos e projetos (Amarante, 1996, p.113-114 apud Machado, 2008, p.116).

De forma sintética, no tratamento mental as instituições da psiquiatria e do manicômio são encaradas também como instituições da violência e contribuem para a exclusão e alienação de sujeitos (Bisneto, 2011). Assim, o paradigma da desinstitucionalização centra-se na substituição do hospital, manicômio e asilo por serviços comunitários e abertos que sejam “capazes de assistir o usuário desde a crise aguda e as demandas de cuidado psicológico até as necessidades mais amplas de caráter social” (Vasconcelos, 2010, p.39) sem que estes sejam retirados do convívio familiar.

1.3 A Reforma Psiquiátrica no Brasil: um processo em construção

Ao se considerar que o Movimento da Reforma Psiquiátrica se constitui em um processo com ênfase no questionamento das práticas profissionais e também do conhecimento da área Saúde Mental, cabe asseverar que este processo implica movimento, dinamicidade e permanente construção. Nessa perspectiva, a análise que se propõe a seguir elenca elementos importantes que permitiram a consolidação deste projeto no Brasil e que perdura até os dias atuais, o qual tem como premissa a desinstitucionalização e a reinserção social dos sujeitos acometidos por transtornos mentais.

No Brasil, o início da luta antimanicomial é datado do final da década de 1970 e se conformou a partir de determinações do movimento da Reforma Sanitária, esta que defende o acesso de todos à saúde.

Acrescenta-se que o ano de 1978 marca o início efetivo do movimento social comprometido com a defesa dos direitos dos indivíduos acometidos por transtorno mental. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)¹³ formado por sindicalistas, participantes do movimento sanitário, familiares e pessoas com um passado de internações psiquiátricas, que surge no ano de 1978, independente do Estado e passa a reinventar práticas e denunciar os atos violentos que se faziam presentes no âmbito dos manicômios e a criticar a assistência privada. Além do mais, defendia um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais que não o modelo hospitalocêntrico¹⁴ (Brasil, 2005).

Nesse rol de reivindicações, a Política de Saúde na década de 1980, passou a ser alvo da participação de novos sujeitos sociais no tocante às condições de vida da população brasileira. Dentre esses novos participantes pode-se citar: os profissionais de saúde, o movimento sanitário que tinha suas ideias acerca da saúde e democracia divulgadas pelo Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES), os movimentos sociais, etc. Com efeito, reivindicava a universalização do acesso à saúde em detrimento da rede privada, a materialização da saúde enquanto direito social e dever do Estado, a descentralização do poder de decisão para os estados e municípios e a proposta de um Sistema Único de Saúde (Bravo, 2009).

Por conseguinte, a questão saúde passou a referir-se à sociedade como um todo. A partir de então, na perspectiva da saúde mental surgem novas opções que objetivavam quebrar a lógica manicomial. Assim, percebem-se alguns avanços: no ano de 1987 acontece a I

¹³ O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é um coletivo de trabalhadores que tem tomado para si a incumbência da gestão da agenda da Reforma Psiquiátrica (Devera e Costa-Rosa, 2007). Seu principal objetivo é discutir e encaminhar alternativas/propostas que transformem e humanizem os serviços de assistência psiquiátrica.

¹⁴ Modelo em que o hospital tem supremacia na atenção em saúde.

Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM) no Rio de Janeiro e o surgimento, no mesmo ano, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo. No final deste mesmo ano, é realizado o II Congresso Nacional do MTSM em São Paulo, na cidade de Bauru, no qual o Movimento de Luta Antimanicomial é concretizado¹⁵ e o lema “Por uma sociedade sem manicômios” é construído (Mesquita et al, 2010). Ademais, em 1989 foram implantados no município de Santos, cooperativas, residências e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)¹⁶ (Brasil, 2005).

É interessante considerar que a promulgação da Constituição federal em 1988 representou um marco no que tange ao processo de afirmação e extensão dos direitos sociais (entre eles a saúde). A partir da Constituição Federal de 1988, o conceito de Seguridade Social¹⁷ expresso no artigo 194, é ampliado ganhando mais visibilidade e novas atitudes foram desenvolvidas no sentido de reparar as injustiças que campeavam a ótica dos direitos sociais. Assim sendo, a proteção social desvincula-se parcialmente do caráter contributivo, ou seja, deixa de cobrir somente os indivíduos que estão vinculados à lógica contributiva (que contribuem com a previdência); engloba o eixo saúde como política universal e a assistência social dos segurados e não segurados (Pereira, 1998).

Por este ângulo, ressalta-se que a narrativa constitucional, com relação à Saúde, pautou-se em algumas propostas que foram defendidas pelo movimento sanitário, a saber, que grande parte das reivindicações do mesmo foi atendida, dentre essas, destaca-se: O direito universal à saúde e o dever do Estado. Com essa proposta, acabam-se as discriminações entre segurado e não segurado, rural e urbano¹⁸ na esfera da saúde. No entanto, Bravo (2009)

¹⁵A primeira CNSM, realizada em 1987, teve como lastro a realização do Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (Bauru, 1987), marco histórico que se desdobrou na criação do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. Na ocasião, foram priorizadas a sustentação da condição cidadã dos usuários e a reorganização da assistência em saúde mental, marcando o impasse frente ao modelo centrado no hospital psiquiátrico (CFESS, 2010).

¹⁶A Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) iniciou um processo de intervenção em um hospital psiquiátrico denominado Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Essa prática teve repercussão nacional e demonstrou a possibilidade real de construção de uma rede de cuidados substitutivos ao hospital psiquiátrico (Brasil, 2005).

¹⁷Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Disponível no site: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm Acesso em: 12.02.14 às 15h13min.

¹⁸ Até a Constituição Federal de 1988, ao trabalhador rural só era concedida a aposentadoria por velhice aos 65 anos, por invalidez, pensão por morte e auxílio-funeral. No entanto, o valor pago era menor – metade do salário – para aposentados e trinta por cento (30%) para pensões. Com a Constituição, importantes avanços passaram a ser registrados e um deles é que a partir da carta magna nenhum benefício seria inferior ao salário. Ademais, várias leis avançaram no sentido de uma cobertura social maior aos trabalhadores rurais, aproximando-os, em termos relativos aos direitos sociais, dos trabalhadores urbanos. Para saber mais, ler: CUNHA, Tania Maria Rocha Cassiano. Inclusão do trabalhador rural na previdência social. Disponível no site: <http://www.ieprev.com.br/conteudo/id/12430/t/inclusao-do-trabalhador-rural-na-previdencia-social>. No tocante à discriminação entre segurado e não segurado, a inclusão da assistência social no tripé da Seguridade social, fato

salienta que o atendimento de todas as demandas apresentadas pelo movimento sanitário não foi possível, pois, algumas iam de encontro a interesses empresariais ou do próprio governo da época; sendo assim, questões atinentes ao financiamento do SUS e fiscalização da produção dos medicamentos não ficaram delineadas.

Em 1989 ocorre o lançamento do Projeto de Lei Paulo Delgado que propõe a extinção dos manicômios (Vasconcelos, 2010), projeto este que só será aprovado após 12 anos de tramitação.

A partir do ano de 1992 significativas mudanças começaram a marcar o campo das Políticas de Saúde Mental no Brasil. Neste momento ocorre a implantação da estratégia de desinstitucionalização e por que não dizer, amadurecimento da Luta Antimanicomial. A Política do Ministério da Saúde, no eixo da saúde mental começa a estruturar-se realmente. Os movimentos sociais, agora também participantes ativos da proposta de Política de Saúde devido ao processo de descentralização fomentado pela hegemonia neoliberal, tendo em vista a redução de custos, conseguem aprovar as primeiras leis em diversos Estados, que regulamentam a substituição dos leitos psiquiátricos por um conjunto integrado de atenção à saúde mental (Brasil, 2005).

Devido ao compromisso firmado pelo Brasil, em 1990, na assinatura da Declaração de Caracas¹⁹ que defendia a reestruturação da assistência psiquiátrica e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental²⁰, esta considerada um marco na história da psiquiatria, são escritas as primeiras normas e portarias ministeriais, de caráter federal que estabelecem normas para os novos serviços de saúde mental balizados na assistência diária, além de instituir financiamento para tais, haja vista que o financiamento era restrito aos hospitais psiquiátricos (Vasconcelos, 2010).

Entretanto, nesse período a expansão do CAPS se deu de forma desigual, pois o Ministério da Saúde com suas novas normatizações não direcionava um financiamento específico para estas organizações sociais, logo, grande parte dos recursos ainda era destinada

posterior à Constituição de 1988, foi um ponto positivo, pois, todo brasileiro (a), excetuando o trabalhador ativo e formal que está amparado pela Previdência, passou a estar sob a proteção da assistência social, mesmo não fazendo parte do mercado formal. Assim, cabe a Previdência Social atender os segurados (contribuintes) e à Assistência aos não segurados (Sartori, 2012).

¹⁹ Documento aprovado em 1990 que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Condena o manicômio por isolar o doente do meio social, considerando-o incapaz e violando seus direitos humanos. Para ler na íntegra, acessar http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/declaracao_caracas.pdf.

²⁰ A segunda Conferência, pautada na perspectiva dos Direitos fundamentais e no respeito à Dignidade da Pessoa Humana, aconteceu em 1992 já nos marcos da Constituição Federal de 1988 e na vigência da Lei 8.080/90, que instituiu o SUS. Constou em seu relatório final proposições que visavam discutir os direitos civis e trabalhistas das pessoas consideradas incapacitadas, desenvolver estudos que permitissem a atenuação dos dispositivos de interdição civil, bem como estabelecer a obrigatoriedade de sua revisão obrigatória para todos os casos (CFESS, 2010).

aos hospitais psiquiátricos (Brasil, 2005). Outro ponto a se considerar é que em virtude dessas mudanças, ocorreu o processo de “desospitalização saneadora”, isto é, redução do número de leitos em hospitais privados e públicos que não dispunham das mínimas condições de assistência (Vasconcelos, 2010).

Concomitante a este processo, é importante assinalar a abertura em todo país de mais de dois mil leitos psiquiátricos em hospitais gerais e cerca de duzentos serviços de atenção psicossocial (CAPS, NAPS), chamando atenção o fato de que outros profissionais da saúde e da área social foram solicitados a integrar as equipes desses serviços (idem). Vislumbra-se aí que a psiquiatria abriu suas portas a outros saberes psicológicos, sociais, antropológicos (Bisneto, 2011) uma vez que a loucura é um fenômeno complexo.

Com o avanço do conservadorismo e da política neoliberal do governo de Fernando Henrique Cardoso, assiste-se de certa forma a uma diminuição e ou bloqueio das tentativas de dar prosseguimento ao Movimento da Reforma Psiquiátrica. Clareando a assertiva, ressalta-se o esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental, no Ministério da Saúde e o Programa de Apoio a Desospitalização – PAD. Além disso, grandes cidades foram atingidas por enfermidades sociais, dentre as quais: miséria, estresse, desemprego, fobias e etc. determinantes diretos e indiretos para o aumento de demandas no eixo saúde mental. Outrossim, o Movimento da Luta Antimanicomial passou a contar com um maior número de adeptos (usuários e familiares), isto é, houve um aumento no número de organizações de usuários e familiares, estes que passaram a ter suas vozes consideradas no “processo de planejamento, execução e avaliação de serviços e políticas de saúde mental” (Vasconcelos, 2010, p. 28).

O ano de 2001 representa um marco para a assistência em saúde mental, pois nesse ano é sancionado pelo Congresso Nacional, o projeto de lei elaborado pelo deputado Paulo Delgado (PT/MG) em 1989, que solicitava a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção dos manicômios. Assim, após 12 anos de tramitação no Congresso, aprova-se a lei 10.216/01²¹ que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, primando-se por tratamentos que utilizem serviços de âmbito comunitário, além de dispor sobre a proteção e direitos das pessoas com transtornos mentais.

Outro aspecto a se considerar é que, a partir da lei 10.216/01, consolida-se a Política de Saúde Mental a qual visa garantir a livre circulação dos indivíduos com transtornos mentais pelos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, superando a ótica de internações pautada na exclusão do paciente do seio familiar e da sociedade. Ademais, a

²¹ Ver anexo.

Política de Saúde Mental busca reduzir o número de leitos psiquiátricos bem como a construção de dispositivos que assistam o doente mental em seu território e ações que permitam a reabilitação psicossocial desses indivíduos (Brasil, 2005).

Destaca-se também, a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental²² no período de 11 a 15 de dezembro de 2001, a qual teve como tema “Cuidar sim, Excluir não” que fortaleceu ainda mais a proposta da Reforma Psiquiátrica e afirmou que “a formação dos trabalhadores é um dos elementos decisivos para a construção e viabilização das práticas substitutivas ao Modelo Hospitalocêntrico” (Costa-Rosa e Devera, 2008, p. 71-72).

Por conseguinte, em 2004, os ganhos do processo de desinstitucionalização já passam a ser notados pelos cofres da União, haja vista que, os gastos com os hospitais psiquiátricos se reduziram progressivamente. Além disso, a desinstitucionalização foi reforçada com a prática de programas elaborados pelo Ministério da Saúde para contribuir diretamente com a redução dos leitos psiquiátricos (Gonçalves, 2010). Ressalta-se também, a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, convocada por meio de decreto presidencial em abril de 2010. A etapa nacional foi realizada em Brasília no período compreendido entre 27/06 à 01/07 de 2010. Assim sendo, a IV Conferência teve como tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios”, logo, permitiu a convocação não só dos setores diretamente envolvidos com as políticas públicas, mas também de todos aqueles que têm indagações e propostas a fazer sobre o vasto tema da saúde mental. A convocação da intersetorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores, e atendeu às exigências reais e concretas que a mudança do modelo de atenção trouxe para todos²³.

Segundo dados da Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, o movimento de desospitalização dos portadores de transtornos mentais continua em curso. Essa informação aclara-se quando se parte da análise de que: entre 2002 e 2012 houve uma queda no quantitativo de leitos psiquiátricos de 51.393 para 29.958 e uma redução do percentual de gastos com a rede hospitalar de 75,24% para 28,91%. Por outro lado, a quantidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) subiu de 424 para 1.981 e o

²²A 3ª CNSM, realizada em 2001, no contexto da aprovação da lei 10.216/2001(chamada Lei da Reforma Psiquiátrica), ressaltou os direitos de cidadania do portador de transtorno mental; a necessidade de políticas que fomentassem sua autonomia o lugar de iniciativas tutelares; apoio à reinserção social, com o desenvolvimento de projetos de geração de renda, práticas desportivas, atividades recreativas e de lazer; medidas de apoio e atenção a grupos específicos para a melhoria da qualidade de vida e combate à fome; e previsão de inclusão de recortes de raça, gênero e etnia na programação, implantação e execução das ações terapêuticas (CFESS, 2010).

²³Memória da loucura. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html>> Acesso em: 02.02.14 às 21h44min.

percentual de gastos extra-hospitalares aumentou de 24,76% para 71,09%. Em 2012 houve ainda importante investimento financeiro nos CAPS, que passou de 460 milhões no ano anterior, para 776 milhões, representando um aumento de 68% (idem).

Destarte, é notório que essa mudança no modelo assistencial em saúde mental, retomada a partir de 2004, já no governo Lula, permitiu a inversão das prioridades de financiamento, a qual promoveu um avanço nos investimentos destinados ao campo psiquiátrico, a saber, que “passaram de R\$ 619 milhões em 2002, para R\$ 1,8 bilhão em 2011” (idem).

1.3.1 A Lei Federal de Saúde Mental – Lei nº 10.216/2001

A lei de nº 10.216 aprovada em abril de 2001 dispõe sobre a proteção e direitos de pessoas que sofrem mentalmente e dá um novo sentido e ou direção ao modelo de atenção em Saúde Mental. Todavia, esta lei que visa a uma reforma da assistência psiquiátrica no Brasil teve um percurso de tramitação demorado e sua base calcada no projeto original do deputado Paulo Delgado de 1989, a saber, que sua versão final aprovada 12 anos depois foi um substituto a lei original (Costa-Rosa e Devera, 2008).

Em seu artigo 1º, a lei 10.216 enfatiza que:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra (Brasil, 2005).

Costa-Rosa e Devera (2008) ao realizarem uma análise dos marcos históricos da Reforma Psiquiátrica citam Luzio (2003) e ponderam que a aprovação desta lei apresenta-se como um dispositivo/instrumento de fundamental importância no campo da Reforma

Psiquiátrica, uma vez que a única legislação jurídica existente até aquele período era o Decreto 24.559/34²⁴ assinado por Getúlio Vargas.

De certo, a promulgação da lei dá novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica ao tempo que enumera, no âmbito da saúde mental, os direitos da pessoa com transtorno mental, a saber:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2005).

Além disso, em seu artigo III salienta que o Estado é o responsável por desenvolver a política de saúde mental, bem como a assistência e a promoção de atividades de saúde direcionadas às pessoas em sofrimento mental e como suporte para tal responsabilidade, contará com a participação da sociedade e da família. Ressalta de maneira enérgica que a internação da pessoa com transtorno mental só acontecerá quando todos os recursos alternativos e extra-hospitalares (dispositivos de atenção psicossocial abertos e comunitários) forem insuficientes. No que concerne ao tratamento, este será voltado para a reinserção social do usuário em seu ambiente/meio.

No que se refere à internação, define os tipos: voluntária, involuntária e compulsória. Esta só será realizada via laudo médico caracterizando os motivos para tal. Ademais, proíbe o internamento de pessoas com transtornos mentais em instituições asilares ou que não ofereçam assistência de modo integral.

²⁴ Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Para ver o decreto na íntegra, acessar: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=20366&norma=35529>>.

Dessa forma, a lei 10.216 visa à promoção de mudanças no modelo assistencial às pessoas em sofrimento mental e, para tanto prevê a extinção do tratamento manicomial propondo a humanização deste de forma que a internação só aconteça como último recurso e por determinado período de tempo.

Após a promulgação da lei, ações nas três esferas do governo são desenvolvidas no sentido de construir um modelo de atenção em saúde mental balizado na comunidade, práticas terapêuticas e na redução progressiva dos leitos psiquiátricos.

1.3.2 Rede de Atenção Psicossocial: outros lugares de cuidado do ‘louco’

Considerando que o objetivo primeiro da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização, ou seja, a construção de outro lugar social para a loucura, lócus aberto e comunitário em que a pessoa com transtorno mental não precise ser enclausurada para ser tratada, o Ministério da Saúde passa a implementar, em meados de 1992, instrumentos de gestão que acolham essa população e contribuam para a redução de leitos psiquiátricos e expansão dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Além disso, a rede de atenção à saúde mental brasileira integra o Sistema Único de Saúde (SUS), a qual deve ser uma rede organizada de serviços públicos de saúde e ações que priorizem o atendimento à pessoa com transtorno mental em sistema comunitário (Brasil, 2005).

Ademais, pondera-se também a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011²⁵ que defende o atendimento às pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades adquiridas pelo uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas. Nesse sentido, a RAPS busca garantir o cuidado integral a essa população com o intuito de promover a autonomia, o resgate e exercício da cidadania, com vistas à inclusão social. Nesse contexto de maior visibilidade e sustentação dos preceitos da Reforma Psiquiátrica percebe-se um avanço na implementação de serviços substitutivos tendo em vista a construção de um modelo de atenção comunitário para a saúde mental. Desse modo, o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo passado de internações ganha reforços por meio de programas e portarias ministeriais²⁶.

²⁵A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pode ser acessada através do endereço eletrônico: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>.

²⁶ Para a análise que será apresentada a seguir, foi utilizado o texto oficial do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) e Musse (2008).

Nessa perspectiva, tem-se:

- ✓ O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/ Psiquiatria (PNASH/ Psiquiatria) instituído em 2002 pela Portaria/GM nº251 e que permite aos gestores uma avaliação e ou diagnóstico da qualidade dos serviços oferecidos na atenção em saúde mental pelos hospitais psiquiátricos públicos ou conveniados. Além disso, esse programa descredencia aqueles hospitais cujos leitos encontram-se inadequados às exigências de qualidade na assistência e respeito aos direitos da população assistida. Essa avaliação é feita de maneira sistemática e anual.

 - ✓ Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) que são equipamentos de saúde que se configuram como casas implantadas na cidade com o objetivo de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos ou não, bem como auxiliá-las em seu processo de reabilitação e autonomia. Em se tratando de residências, cada moradia deve acolher oito moradores no máximo, estar referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ter um cuidador que auxilie os moradores e trabalhar junto à rede de atenção em saúde mental, sempre obedecendo a lógica do território. No Brasil, são 625 residências terapêuticas (Ministério da Saúde, 2013).

 - ✓ Programa de Volta para Casa (PVC) é um mecanismo criado pela lei federal 10.708/03 que assegura o direito ao auxílio reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental e com longo histórico de internações em hospitais psiquiátricos. Objetiva contribuir no processo de reintegração social das pessoas com sofrimento mental por meio do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$320,00 por um ano, podendo ser renovado caso haja necessidade; ressalta-se que, para receber o benefício, a pessoa tem que ser egressa de hospital psiquiátrico ou de custódia e tratamento psiquiátrico. É um programa que contribui de maneira efetiva para ampliar a rede de relações dos usuários, assim como estimula o exercício dos direitos possibilitando o resgate da cidadania. Além disso, é uma antiga reivindicação
-

da Reforma Psiquiátrica, logo, é considerado um dos principais mecanismos no âmbito da reabilitação psicossocial, já que seu efeito é imediato quando se parte da análise que esse instrumento favorece a emancipação e autonomia dos beneficiários. Atualmente, são 4.160 beneficiários (Ministério da Saúde, 2013).

- ✓ Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PHR) aprovado em 2004 pelo Ministério da Saúde é um instrumento de gestão do processo de redução de leitos psiquiátricos, objetiva promover a redução progressiva e pactuada desses leitos dos macros hospitais (acima de 600 leitos) e hospitais de grande porte (240 a 600). Todavia, esse processo de redução de leitos é feito de maneira cautelosa e planejada para que não ocorra a desassistência às pessoas com transtornos mentais, isto é, à medida que leitos são reduzidos, alternativas/mecanismos de atenção psicossocial comunitário são construídos incrementando a rede de atenção à saúde mental. Outro ponto a se considerar é que os recursos que deixarão de ser utilizados, devido à diminuição dos leitos, permanecem no âmbito da saúde mental: são redirecionados aos dispositivos da Reforma Psiquiátrica.

- ✓ Os centros de convivência e cultura são dispositivos públicos concebidos no âmbito da cultura que oferecem as pessoas em sofrimento mental momentos de sociabilidade através de espaços de convívio, produção cultural facilitando assim a construção de laços sociais e inclusão. O valor estratégico desse mecanismo está no fato de que não realizam atendimento médico ou terapêutico e sim propõem a articulação do dia-a-dia com a cultura. Por este prisma, os trabalhos realizados nesses centros são as oficinas e as atividades coletivas, bem como a articulação com variados mecanismos de atenção de determinado espaço. Entretanto, o Ministério da Saúde recomenda a implementação desses centros para os municípios com mais de 200.000 habitantes²⁷.

²⁷ Procurei informações sobre o número de Centros de Convivência e Cultura em funcionamento, mas, não encontrei.

- ✓ Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto organização social que aponta possibilidades de substituição dos hospitais psiquiátricos. Dessa forma, o CAPS tem a função de oferecer atendimento clínico e diário às pessoas que sofrem mentalmente além de fomentar a reinserção desses indivíduos. De certo, o CAPS como núcleo de acolhimento às pessoas com transtornos mentais leves e graves, busca desenvolver a autonomia de seus usuários convidando-os a responsabilizar-se e a ser o protagonista do próprio tratamento. É notório que o surgimento e a expansão dos CAPS foram importantes para que mudanças ocorressem dentro do cenário da assistência às pessoas com transtornos mentais, uma vez que o aumento da rede CAPS e suas diferentes coberturas relacionam-se diretamente com o perfil populacional dos municípios. Sendo assim, diferenciam-se pela clientela atendida, porte do município e capacidade de atendimento. Por esta análise, organizam-se da seguinte maneira:
 - CAPS I: centros de menor porte que atendem as demandas de saúde mental concernente a adultos com transtornos mentais severos, persistentes e transtornos relativos ao uso de álcool e outras drogas. O perfil populacional concentra-se entre 20.000 e 70.000 habitantes. Apresenta capacidade para acompanhar 240 pessoas por mês.
 - CAPS II: realiza serviços de médio porte e cobre municípios com mais de 70.000 habitantes. Sua clientela é composta por adultos com transtornos mentais severos e tem capacidade para acompanhar 360 pessoas por mês.
 - CAPS III: realiza serviços de grande porte e de alta complexidade; cobre municípios de até 200.000 habitantes, funcionando 24h por dia inclusive sábados e feriados. Realiza acolhimento noturno quando há necessidade, por isso conta com no máximo cinco leitos em sua instalação, sendo que o acolhimento pode ser por algumas horas ou dias (máximo sete dias). Apresenta capacidade para acompanhar 450 pessoas por mês.
 - CAPS i: realiza serviços exclusivamente para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos) com transtorno mental, oferece cobertura a municípios com mais de 200.000 habitantes, funciona os cinco dias

- úteis da semana e tem capacidade para acompanhar 180 pessoas por mês.
- CAPS ad: responde às demandas relacionadas a indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Oferece cobertura a municípios com 70.000 a 200.000 habitantes, funciona os cinco dias úteis da semana e tem capacidade para acompanhar 240 pessoas por mês.
 - ✓ Hospital Geral que realiza serviços em saúde e apresenta-se como dispositivo de atenção em saúde mental quando opera como urgência psiquiátrica e leito ou unidade psiquiátrica; 10% dos leitos desses hospitais devem ser destinados às pessoas com transtornos mentais.
 - ✓ Leitos de atenção integral em saúde mental são todos os recursos de hospitalidade e acolhimento noturno da rede de atenção em saúde mental. Assim sendo, devem oferecer acolhimento integral ao paciente em sofrimento mental quando em crise. Ademais, deve estar articulado e estabelecer diálogo com os variados dispositivos de referência para o paciente. São 4.121 leitos em hospitais gerais (Ministério da Saúde, 2013).

Desta forma, os equipamentos ora supracitados são parte integrantes da rede de atenção em saúde mental, e nessa perspectiva de rede, a noção de território aparece como princípio orientador das ações realizadas, uma vez que a concepção de território que orienta a política de saúde mental no país, não diz respeito somente a espaço, área geográfica, mas, também a pessoas, instituições, ambientes e tecido social, elementos nos quais a vida cotidiana e comunitária se realiza. É a partir do componente território que serão estabelecidos os “limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de saúde” (Brasil, 2013, p.34).

Assim, a noção de território que orienta a organização dos serviços no âmbito da saúde mental é a ideia de território vivo elaborada com maestria pelo geógrafo Milton Santos, concepção que “considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares que tomam uma conotação também subjetiva” (idem), evidenciando

que a simples adjetivação de território pautada no espaço físico limitado não é capaz de abarcar a sócio dinâmica experimentada/estabelecida por pessoas ou grupo de pessoas.

No bojo dessas observações, cabe asseverar que a rede de atenção psicossocial

(...) é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais. É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).



Figura 1- Rede de Atenção em Saúde Mental

Fonte: Ministério da Saúde, 2005.

A proposta contida na Reforma Psiquiátrica que visa a construção da rede de atenção psicossocial defende de maneira enérgica a participação, ou melhor, a inclusão da família como parceira nesse processo. Digo inclusão, pois, na história da assistência ao paciente psiquiátrico, a família durante muito tempo foi afastada e impossibilitada de conviver e ou cuidar do seu membro acometido pela loucura. Esse afastamento se deu na verdade, por acreditar-se que a família era a culpada pelo adoecer psíquico de seu familiar. A Reforma Psiquiátrica veio desconstruir esse ideário e defender que a participação afetiva da família é de suma importância para recuperação do paciente psiquiátrico. Veio estabelecer que o dito 'louco' é um sujeito de direitos: direito a ter uma família, um lar, de ir e vir, a reabilitar-se, a reinserir-se socialmente, enfim, a ter uma cidadania que antes lhe era negada.

Por essa perspectiva, a família é um sujeito ativo nessa caminhada. A legislação de Saúde Mental enfatiza em seu artigo III a importância dessa instituição na promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais. Segundo o Ministério da Saúde (2005 e 2013) essa participação tende a potencializar o processo da Reforma Psiquiátrica além de contribuir na construção, implementação e acompanhamento de políticas públicas de atenção à saúde mental. Dessa forma, os novos serviços substitutivos emergidos no centro da Reforma Psiquiátrica

(...) visam incluir a família em sua abordagem executando um trabalho educativo de esclarecimento, de capacitação, dividindo com ela o ônus dos cuidados, à medida que nos Centros de Atenção Psicossocial o portador de transtorno mental passa o dia todo (Rosa, 2010, p. 281).

Depreende-se, portanto, que a inclusão da família na saúde mental deve permitir que a mesma, de forma gradual, possa compreender e entender a natureza do transtorno que acomete o seu familiar, possibilitando o aprendizado de como lidar com os sintomas, estes representados por comportamentos que, às vezes, violam as normas socialmente aceitas. Assim, a família se constitui como um dos espaços afetivos capaz de assistir a loucura. Mas será que toda família está em condições de oferecer esse cuidado? Ou ainda: será que os espaços institucionais criados no bojo da Reforma Psiquiátrica estão planejados de forma a acolher e preparar as famílias para tanto?

2 FAMÍLIA: LUGAR SOCIAL DE ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Com o processo de desinstitucionalização do paciente psiquiátrico, outros lugares possíveis para a convivência social das pessoas com transtornos mentais passaram a ser delineados, como vislumbrado no capítulo anterior. Acrescenta-se ainda que estes novos lócus de cuidado caracterizam-se por serem abertos e comunitários, opondo-se ao modelo hospitalocêntrico que segrega, marginaliza e retira a condição humana das pessoas acometidas por transtorno mental.

Por esta linha de raciocínio, a família enquanto instituição mais antiga da sociedade é visualizada como um desses espaços alternativos extra-hospitalares, haja vista que a desospitalização do paciente psiquiátrico o devolveu para a família que passou a ser corresponsável pelo seu cuidado²⁸ (Viana, 2004 apud Gonçalves 2010). Nessa concepção, com as diversas mudanças de paradigmas ocorridas no cenário da saúde mental, se observa alterações na relação da família com a pessoa com transtorno mental, já que antes, a família não era considerada no cuidado e sim culpabilizada pelo adoecimento psíquico.

Percebe-se então, que a Reforma Psiquiátrica introduz a família nas intervenções junto ao paciente psiquiátrico; desse modo, a instituição família se transforma em “condição *sinequa non*”²⁹ para a efetivação das atuais propostas da Reforma Psiquiátrica” (Mello, 2005).

2.1 A instituição família: alguns pressupostos teóricos

A família é considerada uma das mais antigas instituições da sociedade e a primeira com a qual o ser humano mantém contato; por meio dela, o indivíduo aprende regras, conduta, cultura, modos de ser, enfim, elementos que perduram e são naturalizados por quem os internaliza como próprios. Nessa perspectiva, Moura e Valério (2003) salientam que a

²⁸Com as diversas mudanças no cenário da Saúde mental, se observa também transformações na relação da família com a pessoa com transtorno mental, isto é, antes a família era afastada do doente e, por conseguinte, do tratamento, hoje ela é incluída, partindo-se do princípio que a pessoa com transtorno mental “necessita de um tratamento digno, e que a participação da família é fundamental para sua recuperação” (Gonçalves, 2010, p. 15). Além disso, a família é entendida como “provedora de cuidado, mas sempre com o auxílio dos serviços nos momentos de crise e não continuamente” (Rosa, 2003 apud Santin, 2011, p. 151)

²⁹ Grifo da autora

família é o núcleo da sociedade no qual o indivíduo se transforma em um ser social. Logo, é uma instituição que cimenta e ou fornece subsídios necessários à construção/formação do ser humano. Ressalta-se, porém, que a formação do indivíduo não é função precípua da família, o Estado também tem contribuições a dar nessa responsabilidade.

Assiste-se atualmente à transição dos valores familiares, uma vez que as famílias atuais vêm se distanciando do modelo de família nuclear burguesa “casa com quintal, pai, mãe e filhos vivendo juntos” (Oliveira e Loyola, 2004, p.214). Por conseguinte, os arranjos familiares vêm assumindo identidades próprias; cada um com suas particularidades, sua dinâmica, seus modos de ser e suas regras. Para exemplificar essa concepção, temos família com apenas um dos pais, família do mesmo gênero, família composta por amigos íntimos, famílias sem filhos, famílias sem pais, famílias biológicas e etc. Nota-se aí a variação da dinâmica familiar tradicional até a família contemporânea.

Diante desse enfoque, a família é uma instituição que não deve ser considerada fora de um contexto social, a saber, que é fruto da história humana e, portanto, da relação entre indivíduos na sua concreticidade. Sendo assim, sofre mudanças na sua dinâmica interna, as quais estão relacionadas com as transformações da sociedade; ora assume posturas de proteção, socialização, ora renuncia, tendo em vista as demandas resultantes do processo de mudanças do contexto social. Essa visão é compatível com a observação de Reis (2004, p. 102)

A família não é algo natural, biológico, mas uma instituição criada pelos homens em relação, que se constitui de formas diferentes em situações e tempos diferentes, para responder às necessidades sociais (...) além da sua função ligada à reprodução biológica, a família exerce também uma função ideológica.

No concernente a função ideológica, o autor supracitado elucida que como a família é o “locus da estruturação da vida psíquica” (p.104), esta pode ser considerada uma transmissora da ideologia dominante, haja vista que a forma particular de instituir a vida emocional de seus componentes facilita e ou permite que condutas e valores da visão de mundo dominante possam ser absorvidos pelos seus membros. Diante de tal assertiva, questiona-se: Como opera essa ideologia na família? Reis (2004) ressalta que, primeiramente age na ideologização da própria família, quando os pais ensinam aos seus descendentes a noção de que a instituição família é algo natural, universal e imutável; essa visão é usada

também para apresentar o mundo e, por conseguinte, as relações sociais. No entanto, salienta que essa função ideológica recebe contribuições de outros agentes sociais.

Para reforçar essa prerrogativa, Reis (1984, p. 104) traz a seguinte observação de Althusser que “considera a família um importante aparelho ideológico, embora afirme ser a escola o aparelho ideológico mais utilizado”.

Quando se fala em reprodução física, esta não se limita apenas a reprodução biológica, mas a reprodução de indivíduos que virão a se constituir em força de trabalho. Assim, o modelo de família nuclear burguês assume papel importante na reprodução da força de trabalho, uma vez que consiste em objetivo da classe burguesa “(...) universalizar este modelo familiar, sobretudo devido ao interesse de reprodução do capital, na qual abrange o trabalho gratuito realizado pela mulher (trabalho doméstico)” (Stolke, 1982, p. 25 apud Sartori, 2012, p. 210).

Mioto (2010, p. 167-168) sinaliza que:

A família, nas suas mais diversas configurações constitui-se como um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e negociações que estabelece entre seus membros, entre seus membros e outras esferas da sociedade e entre ela e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos.

Desse modo, percebe-se que a família se configura a partir de determinações do contexto social, político, econômico, ideológico e cultural no qual está inserida. Por conseguinte, é uma instituição privada e também pública que tem uma função importante na sociedade: provedora informal de bem-estar. Pereira (1995, p. 109 apud Pereira, 2008, p. 36-37) visualiza a família como unidade forte e fraca: forte, pois, é fonte de refúgio e solidariedade, é onde ocorre a reprodução do ser humano e se dá a transmissão de saberes que perduram para sempre na vida do indivíduo; frágil porque não está livre de violência e rupturas as quais podem gerar inseguranças; mas sobretudo, a família *contemporânea*³⁰ pode vir a proporcionar a emancipação e bem-estar de grupos com um passado histórico de opressão – idosos, doentes, crianças, jovens e mulheres.

³⁰ Grifo meu.

Todavia, se a família é uma construção social, ela carrega em si inúmeras qualificações, conceituações, sendo cada interpretação pautada em uma linha de raciocínio com características peculiares. Por conseguinte, se ponderada na visão funcionalista, pode ser entendida como “célula básica da sociedade, como um universo fechado, estático e de relações estritamente intrafamiliares. Na visão crítico-dialética, a família é o núcleo básico de produção e reprodução social, uma unidade dinâmica e produtiva” (Oliveira e Loyola, 2004, p.215).

Ao analisar a família como uma possível provedora de bem-estar e emancipação de pessoas, esta passa a fazer parte do arranjo de proteção social e provimento de cuidados. Mioto, Campos, Lima (2004 apud Mioto, 2010) evidenciam que é a família quem “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um ‘refúgio num mundo sem coração’ é atravessada pela questão social”. Dessa forma, se considerada no âmbito da proteção social, a família desempenha função importante no que diz respeito à proteção dos indivíduos.

Há que se ressaltar que, no âmbito da saúde mental, identificou-se através das leituras que a discussão conceitual de família traz também, além das explicitadas acima, referência à noção sistêmica³¹, dessa forma, na compreensão sistêmica, a família é concebida de forma integral e sistêmica, isto é, um conjunto de elementos que guardam entre si uma relação, como um espaço de desenvolvimento individual e grupal. Portanto, se é visualizada enquanto um sistema, qualquer mudança em um de seus membros a afeta.

2.2 Considerações sobre família e a doença mental

No concernente a Saúde Mental, a participação e ou atribuições da família no cuidado a pessoa com transtorno mental sofreu sucessivas mudanças a depender do contexto. Assim sendo, Rosa (2003, p.28) considera que a relação familiar com o paciente que sofre mentalmente é uma construção histórica. Ponderando a assertiva, Mello (2005) ressalta que na sociedade pré-capitalista o cuidado com o paciente psiquiátrico era responsabilidade da família. Contudo, com os avanços e transformações no cenário psi, como a psicanálise, movimento de higiene mental, com Philippe Pinel e o surgimento da psiquiatria, a família foi retirada de sua responsabilidade e passou a ser visualizada enquanto causadora do adoecer

³¹ Para saber mais sobre o pensamento sistêmico, ver Calil, 1987.

psíquico de seus membros. Noutras palavras, a família era culpabilizada pela loucura³² e o isolamento do doente, inclusive de seus familiares, passou a ser a palavra de ordem (idem). O tratamento baseado no isolamento da pessoa com transtorno mental era justificado na proteção da família contra a contaminação com a loucura e ou no fato de a “família ser considerada um agente patogênico” (Rosa, 2005, p.206).

Conforme as exposições, esse modelo assistencial firmado na retirada do paciente psiquiátrico do convívio social proporcionou a disseminação da cultura do isolamento do portador de sofrimento psíquico ou mental, fomentando de certa maneira, a expansão de instituições psiquiátricas e, por conseguinte, da hospitalização prolongada. E, como o transtorno mental era considerado passível de cura, à família cabia apenas a incumbência de informar sobre a doença que acometia seu membro familiar e de atuar como visitante (idem). Avaliando que a loucura, por um longo período, teve como terapêutica a internação-hospitalização, o dito ‘louco’ perdeu vínculos afetivos, haja vista o enclausuramento.

Após a Reforma Psiquiátrica, a instituição família, no eixo saúde mental, tem novamente o seu papel redirecionado. Agora, se passa a dar uma atenção maior a relação da família com o paciente que sofre mentalmente. Isto é, a família passou a ser considerada no cuidado da pessoa com transtorno mental assumindo uma função diferente daquela preconizada pelo modelo hospitalocêntrico (culpada pelo transtorno mental) para ser visualizada enquanto parceira, corresponsável no processo de reabilitação psicossocial do indivíduo acometido por sofrimento psíquico (Mielke et al, 2010).

Nessa linha de raciocínio, a família transitou de culpada para protetora de seus membros que sofrem mentalmente. Tal concepção pode ser comprovada quando a Reforma Psiquiátrica visa ao atendimento psicossocial por meio de modelos substitutivos, fora dos “muros”, e nessa perspectiva a família assume papel singular no cuidado da pessoa acometida por transtorno mental. Acrescenta-se aí, o texto legislativo da saúde mental que ratifica a importância da família na produção do cuidado. Esse valor é expresso no artigo III da Lei nº 10.216

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de

³²Embora apareça em vários textos que a culpabilização da família pelo adoecimento mental de seus componentes perdurou por certo período histórico e que isso justificava o isolamento do louco: (Pimenta e Romagnoli, 2008, p. 75-76), (Mielke et al, 2010, p. 762), (Rosa, 2005, p.206), (Colvero et al, 2004, p. 199), (Santin e Klafé, 2011, p.149), (Rosa, 2005, p.206) não foram encontrados argumentos consistentes que caracterizassem de que modo a família estimulava/determinava a alienação ou transtorno mental de seus integrantes.

transtornos mentais, *com a devida participação da sociedade e da família*³³, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (Brasil, 2005).

Todavia, é pertinente salientar que o cuidado só acontece mediante a aquisição de meios e recursos necessários para viabilizá-lo. E, nessa idealização da família como unidade de cuidado e promotora de melhor qualidade de vida para seus membros, emerge o seguinte questionamento: Toda família dispõe das condições necessárias para oferecer tal cuidado e proteção? Quando digo condições, refiro-me a um conjunto integrado de elementos: meios, recursos econômico e social; conhecimento acerca das particularidades comportamentais de cada enfermidade, partindo-se do pressuposto que o conhecimento da natureza do transtorno facilita o lidar com o mesmo; suporte profissional aos familiares de pessoas com transtorno mental, dentre outros elementos. Sintetizando, a família para oferecer cuidado, necessita recebê-lo. Se avaliado o contexto capitalista em que a desigualdade social é renitente e enérgica, a tarefa do cuidado não se torna tão fácil assim. Especialmente se consideradas as transformações no mundo do trabalho e as mudanças no interior da estrutura familiar no que se refere ao papel das mulheres na unidade doméstica. Não podemos nos esquecer que o cuidado com os membros da família, inclusive com a pessoa doente, sempre foi creditado à figura feminina. Assim, “mediatizada pela atividade do cuidado, a maternagem se reproduz no âmbito interno da casa, no espaço privado, na hierarquia entre a esfera pública e privada e na desigualdade sexual entre homens e mulheres (...)” (Rosa, 2010, p.272).

No bojo dessas exposições, a visibilidade da família no cenário psi transcendeu a reduzida análise teórica, na qual era vislumbrada enquanto causadora do adoecer psíquico ou propensa à alienação; bem como a análise assistencial que a entendia apenas como um recurso (informante), agente assistida ou visita. A família passa então a ser compreendida como um sujeito político que pode e deve se organizar e lutar por direitos, promover ações na esfera pública, ou ainda prover cuidados aos seus membros e ser incluída na abordagem dos projetos terapêuticos no campo dos serviços de saúde (Rosa, 2005).

2.3 O lugar da família no contexto da Reforma Psiquiátrica: implicações no cuidado e tratamento

³³ Grifo meu.

Considerando que a concepção de família que orienta a política de saúde mental apresenta traços da visão sistêmica, torna-se necessário apresentar tal concepção. Consoante essa perspectiva, a família é apreendida como “um circuito de retroalimentação, dado que o comportamento de cada pessoa afeta e é afetado pelo comportamento de cada uma das outras pessoas” (Calil, 1987, p.18).

Por esta compreensão, a família enquanto sistema relaciona-se de tal forma com as demais partes que a compõem, que a mudança ou transformação em uma dessas partes, provocará mudanças nas demais e, por conseguinte, no sistema como um todo. Isto é, a família enquanto sistema é um todo coeso formado por elementos interdependentes. Apoiando-se nessa premissa, Calil (1987, p.17) remonta Von Bertalanffy (1972) e pondera que:

A família pode ser considerada como um sistema aberto, devido ao movimento de seus membros *dentro*³⁴ e *fora* de uma interação uns com os outros e com sistemas extrafamiliares (meio ambiente – comunidade), num fluxo recíproco constante de informação, energia e material. A família tende também a funcionar como um sistema total. As ações e comportamentos de um dos membros *influenciam* e simultaneamente são *influenciados* pelos comportamentos de todos os outros.

A partir dessa análise, depreende-se que todas as partes de um sistema (no caso a família) devem formar um circuito, ou melhor, uma ligação de elementos e componentes estabelecendo um todo unido, ligado. Em se tratando de doença mental ou transtorno mental, é notório que os impactos do adoecimento têm efeitos negativos na vida de quem adocece (solidão, preconceito, distanciamento dos familiares, sofrimento por causas dos sintomas) quanto na vida dos familiares (sobrecarga emocional, financeira, vergonha, mudança de rotina, perda da fonte recursos, dentre outros). Nesse sentido, o adoecer psíquico de um membro familiar implica mudanças na rotina familiar tendo em vista que não é apenas ele quem sofre, mas toda a sua família.

Além disso, o cotidiano com o doente mental é conturbado e prenhe de tensões, uma vez que os pacientes psiquiátricos apresentam alterações de humor, sendo, portanto, imprevisíveis. Outro fator preponderante, é que os familiares necessitam demandar um maior investimento de tempo e dinheiro com o doente mental, no sentido da busca por tratamento e controle das enfermidades. Logo, a presença do doente mental no ambiente familiar tem

³⁴ Grifo da autora.

representado apreensão, haja vista as preocupações acerca da doença mental e suas possibilidades.

De certo, é inegável que o diagnóstico de transtorno mental em um dos integrantes da família ocasiona desestruturação daquela, quando se parte da análise que os cuidados direcionados ao membro familiar doente têm que ser redobrados (Pimenta e Romagnoli, 2008).

Nessa mesma vertente, Gonçalves (2010, p.17) traz contribuições de Randermark (2004), o qual relata que a presença do transtorno mental na família é marcada “por sofrimento e reflete a inabilidade de lidar com a doença, tornando-a fator gerador de estresse”. Continua dando ênfase ao situar que a experiência cotidiana com a pessoa com transtorno mental, além de ocasionar atitudes e incompreensão familiar, pode sim desencadear a intolerância para com o doente mental.

Gonçalves e Sena (2001) analisam que diversos estudos apontam para a questão da sobrecarga que a família fica exposta cotidianamente na experiência do convívio com o doente mental, em especial, quando da alta hospitalar e falta de compreensão e conhecimento dos familiares acerca das sintomalgias do transtorno; tais fatores podem ser a causa de sucessivas reinternações. Sobre isso, Gonçalves (2010, p. 17) cita Borba (2008) que descreve três pontos principais propiciadores de dificuldades na família, os quais são:

(...) **sobrecarga financeira**³⁵, onde a família precisa de alguma forma ajustar-se aos novos gastos e principalmente pela dificuldade da reinserção desse portador de sofrimento psíquico ao mercado de trabalho; **sobrecarga de cuidado**, onde há excessiva preocupação e medo diante do comportamento do familiar doente imprevisível, de labilidade de humor e riscos à integridade física, moral e emocional; **sobrecarga física e emocional** é identificada pelo aparecimento de doenças relacionadas ao sistema nervoso como gastrite e problemas gastrointestinais, mostrando como os problemas de ordem emocional repercutem sobre a saúde física dos indivíduos.

Consoante às exposições, é perceptível que muitos familiares não se encontram preparados para lidar com esses fatores, deixando clara a necessidade de a família ser considerada como um grupo que necessita ser atendida no intuito “de se sentir mais instrumentalizada para cuidar de seu familiar doente” (Pimenta e Romagnoli, 2008, p. 80).

³⁵Grifo da autora.

Na perspectiva da Reforma Psiquiátrica a família é chamada a ser parceira no cuidado e também protetora de seus membros com transtornos mentais. No entanto, ela necessita ser considerada “como um cliente também, à medida que ela é capaz de interferir na vida do sujeito” (Oliveira e Loyola, 2004, p. 216). Com esta prerrogativa, os novos serviços oriundos da Reforma Psiquiátrica “visam incluir a família em sua abordagem executando um trabalho educativo de esclarecimento, de capacitação, dividindo com ela o ônus dos cuidados, à medida que nos Centros de Atenção Psicossocial o portador de transtorno mental passa o dia todo” (Rosa, 2010, p. 281). Com essa análise, percebe-se que a atual Política de Saúde Mental precisa oferecer condições mínimas a família para que a mesma possa manter em seu cotidiano o familiar acometido pela doença mental. Logo, é plausível salientar que

A família do doente mental deve ser inserida no processo terapêutico a fim de contribuir na manutenção da saúde do usuário do serviço, bem como pela necessidade que esta possui de partilhar seus anseios, frustrações, experiências, visto que é responsável por suprir grande parte da demanda do paciente (Gonçalves, 2010, p.18).

No rol dessas exposições, é importante reconhecer que as transformações societárias permitiram a construção de uma “família fragilizada e vulnerável, com menos capacidade de enfrentar as situações cotidianas” (Miotto et al, 2004, p.16). Logo, se a família encontra-se frágil, torna-se fundamental uma atuação direta junto a este grupo no sentido de verificar as formas e os meios disponíveis para a efetivação do cuidado para com as pessoas com transtorno mental. De forma mais clara, a família precisa ser visualizada/reconhecida enquanto um sujeito de direitos e não como mero instrumento apaziguador de conflitos (idem).

Nessa perspectiva, nos anos de 1990, no campo psi, a família ganha visibilidade “como grupo que precisa de suporte, de acompanhamento específico” (Rosa, 2005, p. 207). Sartori (2012) ao discorrer sobre a política social da família menciona Pereira & Pereira (2004), enfatizando que a instituição família sempre esteve presente nas atividades desenvolvidas pelo Estado, seja como coparticipante ou corresponsável pelo funcionamento das políticas públicas. Não é diferente na Política de Saúde Mental, e principalmente após o processo em curso da Reforma Psiquiátrica, uma vez que os novos dispositivos da reforma estão desenvolvendo estratégias de inserção da família no cuidado e terapêutica das pessoas com transtorno mentais.

Mielke et al (2010) ponderam que a participação da família no cuidado e tratamento do usuário dos serviços de assistência psiquiátrica engloba uma série de mudanças, seja na (re)organização da estrutura familiar, seja na aquisição de novas habilidades que possibilitem e ou facilitem o convívio e a terapêutica da pessoa com transtorno mental. Nessa ótica, os autores enfatizam que nessa etapa as equipes dos serviços substitutivos devem entrar em ação e oferecer o suporte necessário a essas famílias. Evidenciam também que nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as equipes de profissionais estão utilizando como recurso de inserção da família no cuidado e tratamento em saúde mental, “espaços de escuta, acolhimento, construção e manutenção do vínculo entre equipe e família” (p.763), espaços esses que se materializam em grupos terapêuticos de familiares, visitas domiciliares, busca ativa de familiares que não se fazem presentes no serviço para acompanhar o processo de reabilitação de seu familiar.

A reorganização do trabalho, a busca ativa através de visitas domiciliares, a permanência de um membro da equipe na casa da família, a descentralização das reuniões de familiares, distribuídas entre os bairros e a zona rural, facilitando a participação do familiar. Há também a criação da associação de familiares e usuários, na qual a inserção do familiar transcende o aspecto mais individualizado, relacionado ao tratamento de um determinado usuário, pois ele fará parte de um movimento coletivo, em que diversos atores buscam na união de esforços, uma mudança mais abrangente (Reinaldo, 2005, p.16 apud Gonçalves, 2010, p.19).

Ainda nesse enfoque, Rosa (2003) aponta a necessidade de ampliar e fortalecer os novos serviços de maneira que os atendimentos sejam produzidos de acordo com as necessidades dos usuários e seus respectivos familiares.

No concernente ao apoio aos familiares de pessoas com transtornos mentais, Mello (2005, p. 393) traz a citação de Melman (2001) que salienta essa importância:

[...] Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminuem os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas [...].

No contexto atual da assistência psiquiátrica, é notório que a família ganha destaque como locus privilegiado para o exercício do cuidado, como facilitadora no processo de reinserção social da pessoa com transtorno mental. Sendo assim, suas inquietações, suas dificuldades no manejo diário com o doente mental devem ser desveladas pela equipe de saúde mental para que, subsidiada por esse conhecimento, possa identificar como esses familiares se comportam perante a doença mental, como cuidam de seus doentes e ainda conhecer as dificuldades cotidianas enfrentadas, tendo em vista a implementação de diretrizes e ou atividades que venham a possibilitar que a família tenha as condições necessárias para cuidar e manter a pessoa adoecida em seu cotidiano.

Todavia, é plausível salientar que o envolvimento da família como cuidadora, parceira e corresponsável no cuidado e reabilitação do doente mental é um processo que necessita ser construído, a saber, que seus limites e possibilidades estão embrincados em contextos ímpares, cheio de peculiaridades que necessitam ser desvelados e refletidos a fim de possibilitar que a Reforma Psiquiátrica ocorra de forma efetiva.

3 O VIVER COTIDIANO COM O PACIENTE PSIQUIÁTRICO

3.1 O percurso metodológico

Para a análise que se propõe o objeto de pesquisa, necessitou-se optar por métodos que permitissem o levantamento de dados sobre a realidade em estudo. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica com autores e trabalhos que versam sobre a temática, tendo em vista um maior aprofundamento teórico sobre a Reforma Psiquiátrica e suas implicações, bem como sobre o lugar da família nesse processo. De acordo com Gil (2010, p.47), o “levantamento bibliográfico preliminar pode ser entendido como um estudo exploratório, posto que tem a finalidade de proporcionar a familiaridade do aluno com a área de estudo na qual está interessado bem como sua delimitação”.

Acrescenta-se também, a pesquisa de campo, momento singular da pesquisa que permite ao pesquisador um contato mais próximo e talvez íntimo com a realidade pesquisada. No que concerne à pesquisa de campo, Minayo (2009, p.61) salienta que

O *trabalho de campo*³⁶ permite a aproximação do pesquisador da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, mas também estabelecer uma interação com os 'atores' que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social.

Utilizou-se como metodologia para alcançar o fim proposto, a metodologia qualitativa exercitada através de uma entrevista semiestruturada com familiares responsáveis pelo cuidado de seus membros com transtorno mental e com profissionais de referência³⁷ no âmbito do CAPS, a fim de angariar informações que, devidamente refletidas, permitam o descortinar das questões erigidas a respeito da convivência com o doente mental. As entrevistas foram marcadas com antecedência, priorizando-se os dias e horários escolhidos pelos sujeitos da pesquisa. Ademais, realizadas nas residências dos respectivos sujeitos e também no CAPS, local de trabalho dos profissionais de referência.

Em se tratando de entrevistas, esta técnica de coleta de informações é a mais usada nos trabalhos de campo e, segundo Minayo (2009, p.64), “podem ser consideradas conversas com finalidade e se caracterizam pela sua forma de organização”. Neste trabalho, optou-se pela entrevista semiestruturada, pois, “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (idem).

Como recurso auxiliar, utilizou-se um gravador de forma a registrar fielmente os relatos dos sujeitos e assim resgatar/colher os detalhes, bem como a riqueza das descrições ali apresentadas. As entrevistas foram transcritas no mesmo dia.

Destaca-se também a pesquisa documental, centrada nos prontuários dos pacientes psiquiátricos, esta que necessitou ser reforçada devido ao fato de que alguns pacientes pesquisados já não frequentam o serviço de assistência em saúde mental CAPS I. Acrescenta-se que o acesso aos prontuários se mostrou ainda mais necessário à medida que a consulta aos profissionais de referência desses usuários não pode ser realizada, haja vista que não fazem mais parte do quadro de funcionários do CAPS. O acesso a fontes documentais possibilitou o aprofundamento acerca das dimensões, limites e possibilidades do transtorno mental que acomete o familiar dos sujeitos da pesquisa.

³⁶ Grifo da autora.

³⁷ É de competência do profissional de referência estabelecer o vínculo com o paciente, definir qual a frequência dos atendimentos para aquele usuário, de contatar a família, de traçar o projeto terapêutico individual de cada paciente sob sua responsabilidade, enfim, de direcionar o tratamento.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que subsidie reflexões e análises que possibilitem o conhecer do cotidiano com o doente mental. Sobre o estudo descritivo, Richardson (2010, p. 71) pondera que “representa um nível de análise que permite identificar as características dos fenômenos, possibilitando, também a ordenação e a classificação destes (...)”.

A escolha da abordagem qualitativa relaciona-se com a necessidade de valorizar as vozes dos participantes, com a premissa de apreender o posicionamento dos familiares sobre o processo dinâmico vivenciado com o membro que sofre mentalmente. Richardson (2010, p. 79) enfatiza que “a abordagem qualitativa de um problema (...), justifica-se, sobretudo, por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenômeno social”.

Optou-se também pela pesquisa qualitativa por esta permitir uma releitura dos problemas sociais através de um olhar que não se detém apenas naquilo que pode ser quantificado e organizado como o faz a pesquisa quantitativa. O olhar qualitativo busca evidenciar aquilo que não é tão perceptível, através de um questionamento balizado nos processos que circundam o fenômeno em análise, na vivência dos sujeitos envolvidos com os problemas sociais (Nasser, 2008).

Nesta perspectiva, optou-se ainda pela abordagem qualitativa por concebê-la enquanto processo que permite ao indivíduo expressar a sua compreensão acerca da situação que vivencia, sendo que aquela ocorre mediante o que as pessoas constroem como significado de suas ações, atitudes e vivências diante de cada fenômeno, a saber, que nenhum risco social é vivenciado da mesma forma por todos os indivíduos (Sposati, 2009).

Quanto à escolha dos sujeitos participantes deste estudo monográfico, esta ocorreu devido à desativação do Grupo de Família cujo tema é “*Modos de cuidar das pessoas com transtorno mental e que fazem uso do álcool e outras drogas*”, cujos encontros se realizavam quinzenalmente no CAPS I de Conceição da Feira - BA. Em princípio, esta pesquisa aconteceria neste grupo, mas o locus da pesquisa necessitou ser redirecionado em circunstâncias da falta de público nos grupos de família, o que resultou na desativação do mesmo. Diante do exposto, estabeleceu-se um critério para a escolha dos sujeitos da pesquisa: a proximidade de convívio e geográfica. Sendo assim, a coleta de dados que antes seria realizada somente no CAPS, estendeu-se também para a residência dos usuários.

Para a apreciação dos dados coletados, partiu-se inicialmente de uma leitura atenta e minuciosa dos relatos, na tentativa de apreender os significados que os familiares atribuíam às suas vivências no dia-a-dia. Em um segundo momento, priorizou-se a triagem dos trechos dos relatos nos quais se reportavam à forma como percebiam o viver cotidiano com o paciente

psiquiátrico. E, no terceiro momento, realizou-se o agrupamento desse tema em torno dos seguintes pontos/categorias: Como percebem o viver cotidiano com o paciente psiquiátrico; Representações acerca do processo saúde - doença mental; Dificuldades no convívio com o paciente psiquiátrico; A medicação como facilitadora do convívio; Particularidades comportamentais dos doentes mentais; Apoio da equipe de Saúde Mental aos familiares de pessoas com transtorno mental; Análise do projeto Reforma Psiquiátrica.

Por fim, realizou-se a descrição e análise dos significados atribuídos pelos sujeitos da pesquisa às suas vivências cotidianas. Para tal, lançou-se mão da própria fala dos familiares como também do referencial teórico adotado para uma melhor análise compreensiva das vivências/experiências por eles relatadas. Considerando-se a necessidade do sigilo dos participantes, os sujeitos da pesquisa receberão nomes fictícios, seguido do sexo e idade.

3.2 A Assistência em Saúde Mental no município de Conceição da Feira - BA³⁸

O CAPS I do município de Conceição da Feira - BA foi inaugurado em 23 de julho de 2009 com início das atividades em 04 de agosto do mesmo ano. Implantado há cinco anos, desenvolve um trabalho de assistência às pessoas que apresentam desde transtornos mentais leves a graves, e também usuários de drogas e pessoas que fazem uso prejudicial do álcool. Contudo, prioriza as deficiências mentais de natureza grave (esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, ansiedade grave, transtorno obsessivo compulsivo, todos os tipos de transtornos), salientando que o diagnóstico de mais incidência é o TOC.

Atualmente, o CAPS I acompanha uma clientela mista formada por 980 pessoas cadastradas e ativas, distribuída entre adultos, adolescentes e crianças, considerando-se que acompanha também a jovens e idosos. Dentre esses usuários, alguns poucos desenvolvem atividade laborativa. Apesar de o CAPS em análise ser I (acompanha adultos com transtornos mentais severos, persistentes e transtornos relativos ao uso de álcool e outras drogas) a coordenadora enfatizou que acolhe todas as demandas com o intuito de não causar desassistência à comunidade (crianças, jovens, adolescentes, usuários de álcool e outras drogas) que procura os serviços. Por este prisma, o CAPS realiza uma Oficina de Redução de

³⁸ As informações que serão apresentadas a seguir foram colhidas junto à coordenadora do CAPS através do segundo roteiro de entrevista que se encontra no item apêndices desse trabalho; e também no acesso à documentação da instituição.

Danos³⁹ para acolher os usuários de substâncias psicoativas, e no que concerne às crianças, é destinado um dia por mês para o trabalho com essas crianças.

No que tange ao processo de atenção em saúde mental, a assistência ocorre de forma participativa, através de oficinas terapêuticas, atendimento individual e grupal, oferecidos pelos profissionais da organização (01 Psicólogo, 01 Psiquiatra, 01 Enfermeira, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Educador Físico e 01 Téc. de Enfermagem), visitas domiciliares, oficinas de artesanato, oficinas de redução de danos, triagem, atividades externas (passeios tendo em vista a socialização desses indivíduos) sendo que, cada usuário possui um profissional de referência que acompanha sua vida e tratamento.

Nesse âmbito, tem-se a Oficina de Música na qual a equipe do CAPS junto aos usuários escolhe uma música e trabalham sua letra, isto é, a equipe questiona se o usuário se identifica com alguma palavra ou frase da música, ou ainda se algum trecho o faz lembrar-se de qualquer fato ou episódio de sua vida. Quando existe a relação, os usuários expõem suas lembranças uns aos outros; o projeto Retorno do Fim de Semana no qual os profissionais dedicam um momento para a oitiva dos usuários sobre as atividades que desenvolveram no final de semana; a Oficina de Cinema que consiste na escolha de um filme para ser assistido no auditório da Câmara Municipal de Vereadores, no momento está inativa. Está em andamento a reativação do Grupo de Família (o grupo foi desativado devido a falta de público) que aborda os modos de cuidar das pessoas que sofrem mentalmente e das pessoas que fazem o uso prejudicial do álcool e outras drogas. Tal grupo pretende acolher familiares

³⁹O conceito de redução de danos vem sendo consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas. Originalmente apresentado de forma favorável na prevenção de doenças transmissíveis, esta estratégia, assumida pelo Ministério da Saúde desde 1994, é internacionalmente reconhecida como alternativa pragmática e eficaz no campo da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. No campo do álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos se situa como estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel auto-regulador, sem a exigência imediata e automática da abstinência, e incentivando-o à mobilização social.

A estratégia de redução de danos e riscos associados ao consumo prejudicial de drogas vem permitindo que as práticas de saúde acolham, sem julgamento, as demandas de cada situação, de cada usuário, ofertando o que é possível e o que é necessário, sempre estimulando a sua participação e seu engajamento. A estratégia de redução de danos sociais reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida. Deste marco ético em defesa da vida, decorre que a abordagem de redução de danos, ao mesmo tempo em que aponta as diretrizes do tratamento e da construção da rede de atenção para as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, implica um conjunto de intervenções de saúde pública que visam prevenir as consequências negativas do uso de álcool e outras drogas.

Assim, são estratégias de redução de danos a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo; a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas; a elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas; os programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo, e a ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas, entre outras. (Ministério da Saúde, 2005)

de usuários da organização e qualquer pessoa interessada pela temática, a saber, que nesse projeto, os familiares são solicitados a relatar suas experiências com o doente mental, ou seja, há uma troca de vivências entre os participantes. É nesse momento que os profissionais entrarão em cena, orientando, tirando dúvidas acerca da enfermidade, dos sintomas e elucidando as maneiras de agir e cuidar desses indivíduos. Há também o Grupo de Depressão com mulheres que é realizado pela psicóloga, momento em que as mulheres expõem e ouvem as angústias uma das outras; com relação a este último, a coordenadora do CAPS afirmou que é um grupo que tem gerado resultados positivos.

Atentando-se para a análise de que uma das maiores dificuldades frente ao transtorno mental é o não reconhecimento por parte do usuário da sua condição de sujeito doente, o que dificulta ainda mais o tratamento, a coordenadora também sinaliza que, quando há resistência ao tratamento o CAPS trabalha com a tríade: equipe-usuário-família, isto é, a família entra como parceira: a equipe do CAPS expõe estratégias e sugestões aos familiares (por exemplo, *machucar* os remédios e administrar escondido na alimentação do usuário) como alternativa frente a não aderência ao tratamento.

3.3 Recortes do viver cotidiano com o paciente psiquiátrico: a experiência dos familiares

O lidar constante, ou melhor, o lidar cotidiano do cuidado à pessoa com transtorno mental ainda carrega em si estigmas, vergonha, sobrecargas (física, emocional, financeira) e por que não dizer, realidades ignoradas pelos serviços de saúde. Nesse sentido, serão elencadas a partir de então, recortes desse dia-a-dia, experiências que foram colhidas junto às pessoas responsáveis pelo cuidado do membro familiar acometido da doença mental.

Mediante as informações colhidas dos entrevistados, verificou-se que a figura responsável pelo cuidado é constituída pela figura feminina, o que dialoga com a citação de Rosa (2010), exposta no item 2.2 do segundo capítulo desse estudo. Ademais, os pacientes psiquiátricos parentes dos familiares entrevistados são constituídos por mulheres e homens, com idades entre 39 a 50 anos, tendo como grau de parentesco a consanguinidade, ou seja, irmãos. Tal afirmativa pode ser constatada através do seguinte quadro construído em cima das vozes dos participantes da pesquisa:

Entrevistado responsável pelo cuidado	Familiar com transtorno mental (parentesco, idade)
Hortência, F, 38a	Irmã, 39a
Margarida, F, 48a	Irmão, 50a
Rosa, F, 44a	Duas Irmãs, 39a, 42a

Quadro 1- Informações dos participantes da pesquisa

A análise dos discursos das entrevistadas revelou que muitas têm uma explicação para o adoecer psíquico de seus membros familiares, bem como de seu possível agravamento. Expressaram-se assim as cuidadoras:

O médico falou que ele ficou sem dormir e que teve esgotamento físico no cérebro, ai ele tinha que se cuidar, não era pra tomar café, só era pra tomar café se tomasse com leite, e agora ele toma café demais, nem leite ele toma. Aí não dorme⁴⁰. (Margarida, F, 48a)

De [uma das irmãs] o médico disse que foi nervoso, e [a outra] depressão, ela também tinha aquela mania de achar que em tudo ela era a melhor aquele ar de superioridade, como até hoje continua assim, ela é doente, mas, acha que ela é melhor que todo mundo (risos!!!!!!). Ela ficou assim no mundo dela. Vontade de querer as coisas sem poder, minha mãe teve muitos filhos... (Rosa, F, 44a)

Identificou-se também que esses usuários dos serviços de assistência em saúde mental levavam uma vida normal, e só há alguns anos, apresentaram sintomas de desequilíbrio mental, sintomas esses que foram notados a partir de comportamentos estranhos, como relatam as entrevistadas:

Antes disso levava uma vida normal, trabalhou oito meses em SP, trabalhava normal. No início chorava bastante, chorou bastante, não se alimentava

⁴⁰Em acesso aos prontuários dos pacientes psiquiátricos, verificou-se que o diagnóstico desse usuário é a Esquizofrenia, sendo representada no Código Internacional de Doenças como F.20. No segundo caso, os diagnósticos são: F 20. 0 - Esquizofrenia paranoide e F 20.3 - Esquizofrenia indiferenciada. O terceiro caso que não está em destaque nessa categoria de análise não pôde ter o seu diagnóstico descrito, haja vista que, apesar do familiar responsável pelo cuidado afirmar que o paciente foi assistido por algum tempo no CAPS I de Conceição da Feira, BA, o seu prontuário não foi encontrado na instituição, segundo relato da coordenadora. Utilizar-se-á para efeito nesse trabalho, o diagnóstico informado pelo cuidador: F 32 – Depressão. As informações sobre os diagnósticos elencados encontram-se em anexo nesse trabalho.

direito, não saía de jeito nenhum, só ficava dentro do quarto. (Hortência, F, 38a)

Era normal, trabalhava muito e não dormia, ele trabalhava de fazenda já sabe que o trabalho é escravo, é dessas pessoas que não se cuida, só trabalhando e bebendo água, trabalhando e bebendo água, ai vai, vai nesse negócio de ficar sem sono, um dia saiu correndo por aí. (Margarida, F, 48a)

... ela tinha a idade de 14 anos [primeira irmã a adoecer, apresentou a primeira crise em 1993]⁴¹, era uma pessoa normal, estudava, era muito estudiosa aí ela começou a adoecer, adoecer assim falando besteira né, falando que via... misturava as coisas de História que ela estudava com a realidade, falava muito de Pedro Álvares Cabral, não sei se era porque ela lia muito. E ela começou a ficar assim muito isolada, ela não queria sair, falava pra ela sair, ela dizia que não queria só se fosse sozinha, e mudava e ficava muito falando coisa assim, besteira, saía pelas casas das pessoas perguntando se tinha visto princesa Isabel. Até que depois, um dia ela saiu correndo assim de dentro de casa, sumiu, aqui ninguém achou, procurou à tarde toda, quando veio encontrar foi de madrugada. Ela parou ali naquele dia, o cérebro dela não voltou mais... Depois disso nunca mais. Com um ano depois que uma ficou, a outra ficou [segunda irmã a adoecer, primeiro surto em 1994, um ano após a primeira crise da irmã]. Ela foi assim, ela achava que todo mundo era contra ela, as pessoas que ela mais gostava, eu assim, ela não queria me ver, ficava cismada assim, dizia que todo mundo tava falando dela, e chorava dentro de casa sem ninguém falar nada. Aí, deixou de ir pra escola, sem querer estudar, dizia que no colégio todo mundo falava dela, maltratava ela, e não era. Aí começou falando besteira demais, fazendo coisas, ficando agressiva, até que chegou o ponto de ter o internamento, ela a gente teve que internar. Foi internada três vezes, duas vezes no Hospital Colônia⁴², a primeira vez que internou a gente ficou com tanta pena assim, ela levou um mês só, a gente tirou. O médico não queria deixar, mas a gente assinou a autorização e trouxe. Com um mês depois, ela teve que voltar novamente, ela piorou, aí voltou de novo pra lá. Ficou uns três meses. Depois veio pra casa. Ficou até estável uns 6 meses mais ou menos, levou um tempinho bom. Depois ela começou novamente, aí a gente não internou mais na Colônia, já internou no Sanatório Bahia⁴³ em Salvador ficou seis meses lá, de quando veio nunca mais teve crise não. Melhorou bastante. (Rosa, F, 44a)

⁴¹ Informações obtidas via acesso aos prontuários dos pacientes no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I de Conceição da Feira- BA.

⁴² O Hospital Colônia Lopes Rodrigues, agora, Hospital Especializado Lopes Rodrigues localizado em Feira de Santana, BA, município que dista em linha reta 28,31Km da cidade da entrevistada, foi fundado em julho de 1962, com o nome de Hospital Colônia. No início tinha por finalidade abrigar pacientes crônicos oriundos do Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, localizado no município de Salvador - Ba. Possui 178 leitos. Na década de 1980, com as mudanças na política de saúde mental, foi criado o Núcleo Agrícola de Reabilitação, aonde os pacientes desenvolviam atividades agrícolas com fins terapêuticos. Tem dois Lares Abrigo com capacidade de atender 6 pacientes cada. Conta com 284 leitos, sendo que 200 desses são de pacientes de longa permanência. Disponível no site: <http://saude.ba.gov.br> Acesso em: 23.03.14 às 14h57min.

⁴³ Não encontrei informações sobre o Sanatório Bahia.

Observou-se também na percepção de uma das cuidadoras entrevistadas que, frente ao transtorno mental, por se tratar de um episódio novo no ambiente familiar, a família procurou resolver a questão por caminhos religiosos, privados e que só por último procurou os serviços de assistência em saúde mental, como evidenciado no depoimento que se segue:

Ai pegou foi pra casa de macumba, pra toma banho de folha que meu avô levou. Aí depois quando não aguentou mais aí foi que levou pra Colônia, ai ele ficou lá dois mês, em 93 ai já tinha um ano a dois anos nessa faixa ai. Ele ficou dois mês lá internado na Colônia. (Margarida, F, 48a)

As vozes das familiares cuidadoras revelaram também que a maioria dos doentes mentais demonstra pouco ou quase nenhum momento de lucidez, o que pode ser comprovado a seguir:

... conversa o tempo todo, conversa que eu não sei onde acha tanta coisa pra conversar. Acho que tem delírios sim, pois, as coisas que ela conversa são desconexas, não tem nada a ver. (Hortência, F, 38a)

fala coisa que ele tá vendo, só fala coisa que ele tá vendo na mente dele... (Margarida, F, 48a)

É só pra falar besteira, não quer sair de jeito nenhum. Quando quer sair que ir só, aí ela foge, fica sem noção de onde ela tá. Se eu perguntar elas respondem, tem hora que respondem certo, tem hora que não responde, tem hora que fica como se não tivesse ninguém em casa, parecem que fica no mundo da lua. É sempre do mesmo jeito. São direto do mesmo jeito. Nunca tem momento de lucidez. Nunca tiveram um momento bom, de lucidez não teve depois que adoeceu.

(Rosa, F, 44a)

No tocante a independência, os relatos das cuidadoras ressaltaram que nenhum dos pacientes psiquiátricos realiza atividades laborativas e que alguns poucos executam as tarefas domésticas. Outro ponto que enfatizam é a questão da higiene que fica comprometida, pelo fato de alguns se mostrarem resistentes. Nesse sentido, notou-se que a emancipação dos sujeitos e da capacidade de gerenciar a própria vida não acontece da mesma forma. Os seguintes trechos das entrevistas são esclarecedores a este respeito:

Depende do dia também. Tem dia que faz tudo, tem dia também que não faz nada⁴⁴. (Hortência, F, 38a)

O banho, a alimentação delas, a gente colocando né porque elas não fazem nada, nada, nenhuma das duas nem a calcinha delas elas lavam. Somente pra comer porque pra fazer não, nem roupa, nem comida, nem casa (risos), nada, nada elas fazem. O banho sim, principalmente [uma das irmãs], é banho, é creme, é toda vaidosa, gosta de andar limpinha, cabelo (risos). Agora a outra não gosta muito de banho não, é uma briga pra ela tomar banho.⁴⁵ (Rosa, F, 44a)

Faz as coisas, tomar banho não, é uma meia-sola, joga água no corpo e diz que tomou banho, a escova a gente morre de falar, passa a escova no pé. Faz a comida se ele não quer que eu faça, tu tá vendo falar. (...) só lavo a roupa, assim é uma briga, quando ele dá um vacilo que coloca a roupa pra enxugar, ele tira molhada de suor e põe pra enxugar, eu pego escondido, ligeiro e lavo. Você se sente mal de junto dele do fedor do suor. Coberta? Os lençol da cama lavou o ano passado, que ele não deixa tirar não, nem ele tira pra lavar e nem ninguém tira.⁴⁶ (Margarida, F, 48a)

Os discursos das cuidadoras também revelaram que alguns de seus membros familiares doentes não aderem ao tratamento, o que dificulta o lidar cotidiano. Acrescenta-se a isso, o fato de que outros não tomam as medicações por conta própria, necessitando que o familiar administre de maneira escondida ou que os lembre. Quando administrada escondida, o familiar responsável pelo cuidado ainda corre o risco de ser pego e ser agredido pelo familiar doente. Na última hipótese, quando lembrados sobre tal, o comportamento já apresenta alterações. Os relatos a seguir, comprovam a análise supracitada.

Não toma a medicação certa, não toma. Antes mãe dava a medicação a ela, agora ela diz que ela sabe tomar a medicação dela, que não precisa. Mas só que ela não toma certa, quando mãe pergunta: já tomou a medicação? Aí pronto, já começa. Toma no dia que quer. Não toma a medicação certa. (Hortência, F, 38a)

Só toma no dia que eu consigo botar escondido. (...) no dia em que ele viu eu botando o remédio, agora não que eu não boto mais, só quando ele não tá aí. Ele saiu aí, nesse dia foi até 01 de maio eu tinha vindo até da casa de [um] tio, quando eu cheguei, eu pensei que ele tinha saído. Entre a casa dele (ao lado da residência da entrevistada) e da vizinha tem um bequinho, ele tava

⁴⁴Essa paciente psiquiátrica reside com os pais, próximo à casa do familiar cuidador.

⁴⁵Residem distante da casa do familiar cuidador, com um irmão. Todavia, esse irmão trabalha no período diurno e só encontra-se em casa à noite. Nesse sentido, o familiar responsável pelo cuidado se divide para dar conta de seus afazeres domésticos, haja vista que é casada e tem uma filha, e dos afazeres da residência onde moram suas irmãs.

⁴⁶Esse paciente mora sozinho em uma pequena casa ao lado da residência do familiar cuidador.

fazendo xixi ali e eu não vi, aí eu fui botar o remédio ele entrou por dentro da casa a dentro, ele me pegou ali e dizendo: o que tá fazendo ai, eu disse vim pegar um pouquinho de açúcar, ele disse nada tá botando pomba (remédio) pra mim. Mas Cilmara, eu vi ele garrando em minha goela. No outro dia ele saiu, eu fui botar, quando eu tava botando ele foi chegando, eu disse: Deus tá me dando um aviso, eu vou largar de mão. Pra assumir que tá doente ele não assume, mas vai receber o dinheiro todo mês. Facilita no dia que ele toma, se ele tomasse certo, se assumisse que tá doente, mas não. Ai não faz efeito porque ele não toma. (Margarida, F, 48a)

[A técnica de enfermagem do CAPS] vai lá em casa dar a medicação (injetável) delas, das duas. Tomam graças a Deus a injeção, direitinho. Agora a medicação [uma das irmãs] não gosta de tomar, ela toma sem ela saber por que eu boto na comida, boto escondido tanto o haldol líquido quanto ao fernegan, boto no café, no leite, o haldol líquido é mais fácil, ela gosta muito de tomar chá, compro iogurte, chocolate essas coisas que ela gosta. E o fernegan que é a noite, eu machuco boto na sopa, no feijão, no jantar, no pão com queijo, boto machucadinho (risos!!!) ela nem vê, come. Tem que ser assim, se não... (Rosa, F, 44a)

A percepção das cuidadoras quanto ao tratamento de seus doentes mentais, revelaram que a medicalização facilita o convívio, ou seja, o tratamento sob a forma de medicamentos tem favorecido na contenção de comportamentos atípicos e ou estranhos. Tal análise pode ser comprovada mediante os relatos das entrevistadas:

E como!!! Quando elas ficam sem tomar a gente vê logo a diferença, muda ela já passa a ficar meio agressiva, se elas é dócil, já fica nervosa, agitada, até se passar do dia a injeção já vê a diferença. (Rosa, F, 44a)

Facilita no dia que ele toma, se ele tomasse certo, se assumisse que tá doente, mas não. Ai não faz efeito porque ele não toma. (...) dificulta que ele já perdeu o contato com a sociedade, [a entrevistada alterou a voz.] nem a própria família dele (os demais familiares) ninguém vem aqui não, só eu sozinha. Até a (outra) irmã dele por causa desse negócio, ela nem vem aqui, é eu sozinha pra tudo e meus fio, ele perdeu o contato com a sociedade e eu se não tivesse Deus, eu também, porque fica com a mente focada naquilo ali... (Margarida, F, 48a)

No dia que toma ele dorme a noite toda, ele não liga rádio de noite. (Margarida, F, 48a)

No caso com a família, melhorou. Por que no caso agora ela se alimenta, não sai muito, mas, de vez em quando sai que antes não saía, nunca mais ficou agressiva assim pra agredir a família, fica conversando agitada, mas, pra agredir assim que nem antes da medicação nunca mais ficou. Que chegou o ponto de ficar internada no hospital Colônia por oito dias, não. Ela ficou sem tomar a medicação um mês, ficou agressiva e teve que ser internada na Colônia, saiu daqui amarrada. Depois da medicação melhorou. (Hortência, F, 38a)

No tocante ao acompanhamento no serviço de assistência psiquiátrica, uma das cuidadoras relata que seu familiar doente se recusa a frequentar os serviços, com a justificativa de que não está doente. Tal prerrogativa reforça a ideia de que o sujeito doente não se reconhece enquanto tal, enquanto sujeito com limitações. Outra cuidadora já evidencia que seu familiar doente abandonou o CAPS e agora faz acompanhamento em uma clínica particular. Já a terceira cuidadora salienta que o acompanhamento é feito com periodicidade no CAPS, apenas para consulta. Essa percepção pode ser ratificada pelos seguintes relatos:

Geralmente de dois em dois meses, com o psiquiatra, só vão mesmo pra consulta, não participam de nada, [uma das irmãs] até que participava, mas depois cismou disse que não ia mais, aí desistiu. (Rosa, F, 44a)

Que médico que acompanhava ele, se ele não vai em lugar nenhum? Não vai porque ele diz que tá bom. (...) (Margarida, F, 48a)

(...) ia pra o CAPS, só que agora não vai pro CAPS de jeito nenhum, só tá indo pra Feira⁴⁷. Ela não vai porque não quer, abandonou. Outro dia a terapeuta ocupacional [do CAPS] teve aqui pra fazer a busca ativa, ela deu um show, disse: não tem o que fazer que vem pra cá atrás de mim, eu já disse que quando eu tiver doente eu sei muito bem pegar meu caminho e ir sozinha (risos!!!!) (Hortência, F, 38a)

Contudo, uma das entrevistadas salientou que sente falta de apoio por parte dos profissionais do CAPS, sente falta de uma orientação até mesmo de uma escuta no sentido de aliviar suas tensões diárias. Tal assertiva pode ser evidenciada através da seguinte fala:

Antes até que tinha, na outra gestão tinha mesmo uma orientadora, tinha reunião, pois quem acompanha esse pessoal (doente mental) tem que ter um acompanhamento também pra saber como agir, não tá tendo mais, quem fazia foi embora. (psicóloga).

Com certeza, tem dias mesmo que eu preciso de muita força, com o psicólogo a gente recebe aquela força, ele escuta. Tem dias que eu tô mesmo pela graça de Deus... (Rosa, F, 44a)

⁴⁷ Essa usuária deixou de frequentar o CAPS e desde então é assistida particularmente pela Clínica de Doenças Nervosas no município de Feira de Santana.

Todavia, em visita ao CAPS para a coleta de informações da que seria a profissional de referência⁴⁸ dos usuários categorizados na análise supracitada, a mesma salientou que não está mais acompanhando as duas pacientes pelo fato de que elas não estão mais frequentando as atividades do Caps. Acrescentou que o apoio está acontecendo pelo psiquiatra através dos medicamentos, e que em muitas ocasiões, a irmã cuidadora é que vem nas consultas e relata a situação das irmãs. Além disso, quando arguida sobre o trabalho do profissional de referência para com as famílias, ponderou que “*quando há a necessidade*” a equipe chama a família ou vai até a casa para discutir como a família pode contribuir no tratamento do paciente. Questionada então se a família dessas usuárias estaria recebendo apoio, mesmo com a não frequência aos serviços, a mesma explicou que dela não, mas enfatizou que se a irmã cuidadora “*sentir necessidade*” de vir falar algo ou solicitar orientação sobre determinada questão não sairá da instituição desassistida.

Diante do exposto, ficam as interrogações para serem refletidas: Será que uma família que apresenta em seu seio não apenas um, mas, dois pacientes psiquiátricos não tem necessidade de ser assistida ou receber apoio da equipe de saúde mental? O fato de a família não ter procurado apoio significa que não está precisando de cuidados para também oferecê-lo ao familiar doente?

Com relação ao momento em que os sintomas da psicopatologia se manifestam, ou melhor, quando o membro familiar doente encontra-se em crise ou surto, o discurso das cuidadoras evidenciou que: ou procuram os serviços de assistência psiquiátrica (hospitais ou o CAPS) para a administração de medicamentos “fortes” para o controle, ou deixam o usuário isolado de maneira a não contribuir para o agravo do quadro, ou ainda, aumenta-se a dosagem dos medicamentos por conta própria como forma de conter os sintomas da enfermidade. Nesse último caso, percebe-se o perigo e o despreparo em lidar com a pessoa com transtorno mental, haja vista que alguns medicamentos da psiquiatria podem ocasionar a impregnação⁴⁹ quando ministrados demasiadamente. Nesse aspecto, as cuidadoras expressaram-se da seguinte maneira:

⁴⁸ Utilizou-se para a coleta destas informações o terceiro roteiro de entrevista que se encontra no item Apêndices desse trabalho.

⁴⁹ Efeito colateral causado por medicamentos psiquiátricos ou neurológicos. Em alguns casos, o usuário pode apresentar muita salivação, pele gordurosa, rigidez muscular, torção muscular, vontade de andar, pernas intranquilas, rosto meio parado e repuxado como uma estátua, passos curtos e braços flexionados. Em casos graves de impregnação, o usuário pode parecer um robô.

(...) ninguém fala nada deixa ela na dela. O médico diz que não é pra agitar, que quanto mais agita piora a situação dela, deixa ela na dela. (Hortência, F, 38a)

Tem que deixar lá até a hora que acalmar, porque se falar mais vai piorar. Quando tá demais eu dou 5 remédio, só são 4. Aí ele se acalma. Comigo, ele diz que eu é que mato ele. Se viesse alguém da família pra ajudar, porque o médico disse se tiver alguém pra conversar é bom. Me liga esse rádio a noite toda... (Margarida, F, 48a)

Procura logo o posto pra dar um medicamento mais forte pra controlar. É (risos) não tem outra coisa pra fazer mesmo, vai no CAPS pra dar um medicamento mais forte do que o que já tá tomando, aí que ela acalma. Ou coloca no quarto, ou então no quintal por que lá o que ela tiver vontade de quebrar ela quebra, ela acalma por ela mesmo. (Rosa, F, 44a)

No que se refere às particularidades comportamentais dos pacientes psiquiátricos em estudo, as vozes das cuidadoras pontuaram que os comportamentos caracterizam-se pela agitação, agressividade, implicância com o familiar mais próximo, ideias desconexas e de perseguições, alucinações e isolamento; considerando-se as particularidades de cada enfermidade.

Quando tá agitado fica agressivo com a gente (...). É esse aí, de feitiço, de falar as coisas que não vê, Cilmara saiu tanta mancha no meu corpo de ouvir as coisas que ele tava falando e eu fiquei calada, você precisava ver, e ele dizendo que foi. Ideias que não tem nada a ver. Aí se eu falar alguma coisa, não posso falar ele mudou meu nome agora: se eu falar alguma é idiota, meu nome agora é idiota. (Rosa, F, 48a)

Choro, no caso a pessoa não quer sair, quer ficar dentro de casa, não sai. Quando ela tá agitada mesmo ela pega faca e fica furando a parede toda ai mãe esconde tudo. (Hortência, F, 38a)

Uma tem alucinações auditivas, às vezes fica agressiva do nada, pra querer quebrar as coisas, dá aquele ataque assim, mas nunca falou de vozes, fala sozinha, grita sozinha, não gosta de sair de casa, assiste tv e ouve som. Já tentou agredir a gente, quando ela fica nervosa. A outra ouve vozes, tem insônia, alucinação, sai de casa. (Rosa, F, 44a)

Algumas falas das cuidadoras expressaram a dimensão da sobrecarga de trabalho, cuidado, física e emocional a que ficam expostas cotidianamente no cuidado com a pessoa com transtorno mental, tal como relatado por Gonçalves (2010, p.17) no item 2.3 desse trabalho. Acrescentaram também a mudança na rotina das famílias, especialmente na rotina

do familiar responsável pelo cuidado. Tal assertiva é comprovada por meio dos relatos elencados a seguir:

Mudou tudo, quando adocece uma pessoa em casa, muda ainda mais do jeito que elas ficaram, foi uma situação nova pra todo mundo, minha mãe (falecida) mesmo ficou em estado de choque, né, quando viu as duas doentes, uma logo após a outra, tanto que ela ficava muito preocupada, mudou tudo. Tinha minha mãe (que cuidava), mas, de tanta preocupação teve derrame (AVC) ficou na cama, aí sempre era eu mesmo, minha irmã meu pai sempre dava uma força. Pra eu trabalhar mesmo fica difícil, apertado, que elas dependem de mim em tudo, tudo pra elas tem que ser eu, aí fico lá, cuidar da minha casa e cuidar delas, fica muito apertado. É isso aí, me priva de muita coisa, se eu tiver que viajar, tem a preocupação com elas, se for passar um fim de semana fora eu não posso ir... (Rosa, F, 44a)

Mudou porque ele só toma o remédio, não vai em casa de macumba, tomar banho de folha. Mas ele tem fé nessas coisas. Mudou agora porque ele veio pra cá, por que quando tava lá, que é longe daqui pra lá, eu tinha que trabalhar, foi por isso que eu me acabei, eu cuidava de meus fio, eu só, ainda tinha que ir pra lá todo dia dar essa medicação escondido e ficar lá, de hora em hora vendo se ele tava vindo na cozinha pra colocar o remédio. Agora ficou mais perto, eu levei 21 anos nessa luta lá, todo santo dia era isso, quando não ia de manhã ia de noite, sozinha e Deus. No começo ainda tinha de fazer a comida, botar carne no tempero, depois fui ensinando a ele, agora ele já faz a comida dele. [As mudanças incidiram] Só pra mim, a outra (irmã) quando chega aqui é metida a importante, senta aí nesse sofá pede um copo de agua pra tu trazer, uma comida e vê se tem alguma coisa pra limpar? No dia que ele implicou mesmo que eu tava botando macumba pra ele, eu sofri, eu liguei pra ela (mora em Salvador) e pedi uma ajuda que eu não tava aguentando mais, ainda disse a ela: eu não quero a ajuda de uma feira não, eu quero uma ajuda pra cuidar dele. Tu veio cá? Ela levou foi um ano sem vim aqui. Ainda quando veio no São João do ano passado ficou na casa da [prima] curtiu a festa e foi embora. Um mês de férias e não veio cá. Aí eu tô deixando de mão mesmo, no dia que ele quiser ir embora Deus abençoe. (Margarida, F, 48a)

Eu acho que houve, pois no caso mãe esconde tudo, não deixa de fácil acesso pra ela. Quando ela tá agitada mesmo ela pega faca e fica furando a parede toda aí mãe esconde tudo. O cuidado é redobrado, fica mais atenta a ela. (Hortência, F, 38a)

No concernente ao conhecimento sobre a Reforma Psiquiátrica, o relato de uma entrevistada demonstrou pouco saber acerca do objetivo central do movimento; outra a entende apenas como responsabilização da família pelo doente mental. Apenas uma das cuidadoras aproximou-se do verdadeiro sentido da Reforma. Os trechos a seguir demonstram a análise:

Já, [ouvir falar] assim por alto já. Que no caso eles querem agora que a família assuma a responsabilidade, cuide e fique com seus pacientes. (Hortência, F, 38a)

Não é que tem que ir lá de vez em quando pra dar remédio, se tá muito, se tá pouco. É porque quando ele tá delirando vai lá e o médico aumenta o remédio. (Margarida, F, 48a)

Pelo menos lá, quando as meninas (Irmãs) estavam indo para o Hospital Colônia disseram... é uma forma de... porque o paciente não tem a chance de se curar, de ficar bom, então tá em casa com a família pra eles é melhor, é uma forma deles ficar se sentindo bem, de acordo com o que eles vive. E lá, não fica porque fica tudo junto, misturado. Seria uma chance de o paciente ficar mais com a família, não ficar isolado e ter mais acompanhamento, mais amor, mais carinho. Prefiro esse modelo, porque isolado, sempre sob efeito de remédio, sozinho, acho que piora a situação. (Rosa, F, 44a)

E quando o assunto foi cotidiano com o doente mental, as vozes de duas das entrevistadas, no momento em que falavam, denotavam a dimensão do sofrimento, a multiplicidade de problemas, a tristeza e a anulação de si próprias no viver cotidiano com o paciente psiquiátrico. Os seguintes relatos são reveladores dessa apreciação:

É difícil mesmo, eu tenho que ficar o tempo todo lá com elas, acaba que atrapalha a vida da pessoa (a entrevistada ficou cabisbaixa) eu tenho que fazer não tem como deixar elas sozinhas por que elas não fazem, então se torna um pouco difícil o dia-a-dia. São 7 irmãos comigo, mas quem cuida mesmo sou eu, a irmã mais velha mora fora, a outra trabalha o dia todo, ela me ajuda também né, (irmã) que trabalha na padaria, tem um que mora aqui o policial, mas trabalha fora também e outro que fica a noite com elas porque trabalha o dia todo também. (Rosa, F, 44a)

O que dá pra fazer eu faço, não xingo ele, não maltrato, eu tenho a consciência de que o que eu tô fazendo quem vai me pagar é Deus, né ele. Quando ele tá agressivo eu saio não fico em casa, eu deixo ele sozinho. Se tivesse aqui dentro de casa eu não tava aguentando mais não. Ele derrama, bota o caneco assim, suspende o quente e frio em vez de botar dentro da caneca, bota do lado de fora, era uma bagunça tu precisava ver. Ai eu fiz tudo pra ele ir pra lá (quartinho do lado de sua casa). É Luta!!! (Margarida, F, 48a)

Dado o exposto, nota-se que o viver cotidiano com o paciente psiquiátrico esconde realidades ignoradas, realidades essas que precisam ser trabalhadas e discutidas. Pondera-se

também, a necessidade de superar as contradições que permeiam o imaginário social sobre a loucura tais como: periculosidade e incapacidade para o convívio social.

Não podemos deixar de considerar o cenário atual capitalista em que qualquer indivíduo que não se ajuste ao seu padrão é excluído. Nesse sentido, o doente mental é visualizado como tal. Por este ângulo, a sociedade incorpora essa ótica capitalista e, como consequência, tende a por à margem tudo que é dito como estranho e diferente. Dessa forma, ainda se percebe dificuldades no convívio com o doente mental, visto que para a sociedade este é “anormal”, “louco” e por tais determinações é marginalizado e tolhido de seus direitos enquanto cidadão. Outro aspecto a considerar refere-se aos impactos do neoliberalismo, haja vista que a atual concepção mundial de saúde mental incentiva a medicalização por meio da indústria farmacêutica e o tratamento a base de medicamentos (Bisneto, 2011). Por esta análise, pontua-se também a importância do Estado no que tange ao apoio à Política de Saúde Mental, especialmente no campo dos medicamentos psiquiátricos básicos, estes que estão insuficientes e desatualizados, necessitando, portanto, de reavaliação pela Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF).

Ademais, as práticas exercidas pelos novos dispositivos da Reforma Psiquiátrica precisam de avaliação, para que não recaiam em práticas que estejam reproduzindo a antiga lógica manicomial ou que não estejam proporcionando o auxílio necessário para que a família tenha condições de manter/cuidar de seu membro familiar doente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões levantadas no corpo desse trabalho acerca da Reforma Psiquiátrica e de seus dispositivos de atenção ao doente mental trouxeram importantes considerações no que tange ao propósito de construção de um novo espaço social para a loucura, com o tratamento pautado na socialização e inclusão, em detrimento da ideia de punição e segregação social. Sendo assim, esta nova concepção prioriza o indivíduo e não a doença, sendo que aquele agora pode tratar-se no seio de sua família e não mais isolado dela. Além disso, a análise de todos os dados elencados neste trabalho permitiu identificar que à família atribuiu-se um papel primordial no processo de reabilitação e reinserção sociais do paciente psiquiátrico: passou a ser considerada parceira e corresponsável pelo cuidado.

Acrescenta-se que o movimento da Reforma Psiquiátrica também possibilitou o esgarçamento, e por que não afirmar o rompimento com o saber/fazer tradicional da psiquiatria, ao tempo em que subsidiou a construção de um novo saber/fazer balizado nas necessidades do sujeito acometido pelo transtorno mental. Agora, apontam-se possibilidades para esses sujeitos quando se parte do princípio de que o cenário psiquiátrico viu adentrar em seus ares, novas práticas construídas e calcadas no fortalecimento da condição de sujeitos da pessoa com transtorno mental.

No que concerne ao lugar da família nesse processo, fica claro a sua importância nos serviços psiquiátricos, uma vez que é considerada unidade provedora de cuidados domésticos. Todavia, com a desinstitucionalização – prerrogativa da Reforma Psiquiátrica - nota-se, clara e nitidamente, que o paciente está sendo devolvido para a família sem uma análise mais criteriosa das reais necessidades/condições/possibilidades que essa instituição possa ter em relação ao cuidar de seu membro familiar doente. Condições essas que não se resumem apenas ao campo material, mas, psicossocial, saúde, qualidade de vida tanto do sujeito doente quanto de seu respectivo cuidador. Em outras palavras, está se atribuindo a família um cuidado que em muitas situações, aquela não pode oferecer por inúmeras determinações, especialmente se a execução das propostas em vigor, (sobretudo o CAPS), negligenciarem a família, no que concerne ao suporte necessário para que aquela possa sentir-se apoiada e preparada para o cuidado do seu membro familiar doente.

Por intermédio dos discursos das mulheres cuidadoras de doentes mentais, apreende-se que a desinstitucionalização é, às vezes, perversa quando se analisa que as implicações da Reforma Psiquiátrica incidem diretamente sobre o familiar cuidador, e que este não está sendo assistido tal como deveria pelos novos serviços abertos e comunitários.

Os relatos também permitiram inferir que esse entrave não se dá apenas pela falta de orientação por parte da equipe de saúde mental a família, mas, o fato de o usuário abandonar o serviço de assistência em saúde mental, não significa que o paciente e sua família devam ficar desassistidos. Cada transtorno mental tem suas particularidades comportamentais que devem ser consideradas no tratamento.

Nesse horizonte, percebe-se que apesar da família ser parte central do novo modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica, aquela ainda não tem o seu sofrimento acolhido, de forma intensa e integral pelo serviço de saúde, haja vista que, como vimos no depoimento técnico, a inclusão da família na terapêutica do familiar doente só acontece se *houver necessidade*. Ou ainda que a assistência a família se resume a orientações, participação em grupos e reuniões ou atividades sociais (datas comemorativas, eventos, dentre outras). Não

desmerecendo aqui o valor dessas estratégias, acredita-se que no cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental, a assistência ao doente e sua família deva ser permanente. E que no caso da família cuidadora, a assistência precisa ser terapêutica e educativa, uma vez que alçar a condição de cuidador requer capacitação sistematizada e contínua.

Diante dos dados analisados, pontua-se a fundamental importância da atenção ao doente mental, mas também a sua família, já que está inserida nesse processo como parceira e corresponsável pelo cuidado. Para oferecer esse cuidado, a família precisa ser instrumentalizada para tal, precisa de alguém com quem dividir suas angústias, dificuldades e aliviar suas tensões. Nessa esfera, espera-se com esse estudo favorecer para que a abordagem da família na saúde mental seja encarada como um foco de intervenção, bem como uma alerta no sentido de que todos os dispositivos que abarcam a assistência à pessoa com transtorno mental estejam preparados para receber e dar suporte à família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLY, Yanne. **Reforma Psiquiátrica: Construção de outro lugar social para a loucura?** Disponível no site <http://www.humanas.ufrp.br/site/evento/SociologiaPolítica/GTsONLINE/GT4/EixoIII/refor-ma-psiquiatrica-YanneAcioly.pdf>> Acesso em: 26.11.13 às 14h20min.

A reforma psiquiátrica brasileira e política de saúde mental. Disponível no site <http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>> Acesso em: 24.09.2013 às 16h13min.

BISNETO, José Augusto. **Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática.** São Paulo Cortez, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois Caracas, Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005. Disponível no site: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15anos_caracas.pdf> Acesso em 24.09.13 às 15h40min.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental. Brasília: **Ministério da Saúde, 2013.** Disponível no site: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf> Acesso em 22.12.13 às 15h40min.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: A difícil convivência com a diferença. In: **Rev. Esc enferm USP**, v. 38, n. 2, 2004. p. 197-205. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v38n2/11.pdf>> Acesso em: 24.01.14 às 15h40min.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** 5. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

CALIL, Vera Lúcia Lamanno. **Terapia familiar e de casal: introdução às abordagens sistêmica e psicanalítica.** São Paulo: Summus, 1987.

CFESS Manifesta. **Dia Nacional da Luta Antimanicomial.** Disponível no site: <http://www.cfess.org.br>> Acesso em: 14.02.14 às 11h32min.

DUARTE, Marco José de O. O campo da Atenção Psicossocial na Política de Saúde Mental e o Serviço Social – Considerações sobre o Ethos do Cuidado. In: FORTI, Valéria; GUERRA, Yolanda (org.). **Serviço social: tema, textos e contextos.** 4.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p.183-196.

_____. Loucura e Família: (Re)Pensando o Ethos da produção do cuidado. In: DUARTE, M. J. de O.; ALENCAR, M. M. T. de. (org). **Família & Família:**

práticas sociais e conversações contemporâneas. 3.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013. p.75-94.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, A. da. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. In: **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, 2007. p. 60-79. Disponível no site: <<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>> Acesso em: 20.12.13 às 10h49min.

Decreto 24.559/34. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Disponível no site: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=20366&norma=35529>> Acesso em: 26.02.14 às 14h26min.

F30-F39 Transtornos do Humor [Afetivos] disponível no site: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f30_f39.htm> Acesso em: 03.04.14 às 14h49min.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosangela de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, abr.2001. Disponível no site: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a02.pdf>> Acesso em: 15.10.13 às 16h39min.

GONÇALVES, Liana Sousa Vasconcelos. **A Família e o portador de transtorno mental: estabelecendo um vínculo para a reinserção à sociedade.** Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em atenção básica. Disponível no site: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2405.pdf>> Acesso em: 27.11.13 às 09h23min.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais.** Rio de Janeiro: Record, 1997. p. 16-24.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Hospital Especializado Lopes Rodrigues. Disponível no site: <<http://saude.ba.gov.br>> Acesso em: 23.03.14 às 14h57min.

MINAYO, M. C. DE S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MESQUITA, José Ferreira. et al. **A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental.** Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú, MG – Brasil- de 20 a 24 de setembro de 2010. Disponível no site: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf> Acesso em: 24.09.13 às 16h00min.

MIELKE, Fernanda Barreto. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, 12(4), 761-765. Disponível no site:

<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164721602012000100009&script=sci_artt ext&tlng=pt> Acesso em: 15.10.13 às 16h35min.

MIOTO, Regina Celia Tamaso. **Família, trabalho com famílias e Serviço Social**. Serviço Social Revista. Londrina, v.12, n.2, jan./jun. p.163-176, 2010.

_____. “Que família é essa”. In: WANDERLEY, M.B.; OLIVEIRA, I.C. (Org.). **Trabalho com famílias: textos de apoio**. V.2. São Paulo, IEE-PUC-SP, 2004a.

MOURA, L.; VALÉRIO, N. A família da criança deficiente. In: **Caderno de Pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento**. São Paulo, v.3, n.1, p. 47-51, 2003.

MUSSE, Luciana Barbosa. **Novos sujeitos de direito: as pessoas com transtorno mental na visão da bioética e do biodireito**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida. Loucura e Cidadania: Um lugar possível? In: **CSONline: Revista Eletrônica de Ciências Sociais, Minas Gerais**, v.3, n.2, mai. p.108-121, 2008. Disponível no site: <<http://www.editoraufjf.com.br/revista/index.php/csonline/article/view/367>> Acesso em: 13.12.13 às 11h27min.

Memória da Loucura. Disponível no site: <<http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/reforma.html>> Acesso em: 02.02.14 às 21h44min.

MELLO, Rosâne. A construção do cuidado à família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. In: **Rev. Enferm UERJ**, v.13, n.3, 2005. p.390-395. Disponível no site: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a15.pdf>> Acesso em: 18.12.13 às 14h16min.

NETTO, J. P.; Para a crítica da vida cotidiana. In: NETTO, J. P.; FALCÃO, M. do C. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. São Paulo: Cortez, 1987. p. 63-93.

NASSER, Ana Cristina (tradução). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos**. Petrópolis, Rj: Vozes, 2008.

OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes de.; LOYOLA, Cristina Maria. **Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida**. Disponível no site: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/.../1075>> Acesso em 24.01.14 às 15h13min.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à Invenção de cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: Vasconcelos, E. M (org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 217-262.

PEREIRA, P. A. P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C. de; LEAL, M. C. (organizadores). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 25-42.

REIS, J. R. T. Família, emoção e ideologia. In: LANE, S. T. M. e CODO, W. (orgs.) **Psicologia Social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004, p. 99-124.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

Rede de atenção Psicossocial. Disponível no site: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html> Acesso em: 17/03/14 às 16h01min.

SANTIN, Gisele; KLAFE, Teresinha Eduardes. **A família e o cuidado em saúde mental**. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n.34, p.146-160, jan /jul. 2011.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS)**, Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília: MDS, Unesco, 2009.

SARTORI, Elisiane. **Família e Proteção Social: todos sob o mesmo teto**. São Paulo: Papel Social, 2012.

SAWAYA, B.B. “Que família é essa”. In: WANDERLEY, M.B.; OLIVEIRA, I.C. (Org.). **Trabalho com famílias: textos de apoio**. V.2. São Paulo, IEE-PUC-SP, 2004.

TAVARES, Felipe de Medeiros. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. In: **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p.180-185, 2007. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v31/n2/09.pdf> Acesso em: 06.02.14 às 19h28min.

THIOLLENT, Michel. **Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária**. 4. ed. São Paulo: Polis, 1985.

VASCONCELOS, E. M. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da Saúde Mental. In: Vasconcelos, E. M (org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010, p. 35-67.

XIMENES, Sérgio. **Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa**. 2ª ed. reform. São Paulo: Ediouro, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Entrevista com os familiares

Identificação do Entrevistado (familiar)

01 – Nome:

02 - Idade:

03 – Sexo:

04 – Estado civil:

05 – Tem filhos? Se sim, quantos?

06 – Profissão

07 – Trabalha? Se sim, onde?

08 – O familiar acometido de transtorno mental mora com o entrevistado:

Obs. Se não, indicar onde o usuário do CAPS mora:

Graduanda: Antes de iniciar a entrevista, esclarecer ao familiar de que se trata.

01- Já ouviu falar em Reforma Psiquiátrica?

02- Sabe qual o objetivo primordial do movimento?

Graduanda: Refletir junto ao colaborador questões atinentes à Reforma Psiquiátrica.

03- Qual o membro familiar acometido por transtorno mental?

04- Qual a idade?

05- Quando o integrante familiar começou a apresentar sintomas de desequilíbrio mental?
Com qual idade?

06- Lembra-se de como foi? (Caso o entrevistado não esclareça) O que percebeu de diferente no comportamento de seu familiar?)

07- Onde foi tratado?

08- Qual o diagnóstico médico?

09- Tem conhecimento do conjunto de sintomas que esse transtorno mental apresenta?

10- Apesar das limitações, é independente?

- 11- Quando há a agudização do transtorno, ou seja, quando acontece a crise, como o transtorno mental se apresenta? O familiar tem delírios, fica agressivo?
- 12- E quando ocorre a crise, como a família se manifesta?
- 13- O paciente psiquiátrico é assistido por mecanismos de atenção à saúde mental? Qual?
- 14- Qual a terapêutica que o membro familiar recebe?
- 15- O doente mental adere bem ao tratamento?
- 16- Quais os medicamentos utilizados?
- 17- Você considera a medicalização como facilitadora do convívio? Por quê?
- 18- Percebeu mudanças no comportamento do familiar doente mental após a utilização dos medicamentos?
- 19- Qual a periodicidade de acompanhamento no serviço de assistência psiquiátrica?
- 20- A terapêutica do serviço de assistência psiquiátrica se restringe ao doente mental, ou você enquanto familiar responsável pelo cuidado recebe do profissional de referência orientações sobre como lidar com os sintomas do transtorno mental de seu membro familiar?
- 21- Se sim. Como acontece esse apoio?
- 22- Se não. Você sente falta desse apoio? Por quê?
- 23- Com o diagnóstico de transtorno mental em um dos integrantes da família, ocorreram mudanças na rotina familiar? Quais?
- 24- Essas mudanças incidiram sobre todo o grupo familiar? Ou somente sobre o familiar responsável pelo cuidado?
- 25- Como é o dia-a-dia com o doente mental?
- 26- Você se sente responsável pelo seu membro familiar doente? Por quê?

APÊNDICE B - Entrevista com profissionais do CAPS

Identificação do profissional (coordenador):

- 01- Nome:
- 02- Sexo:
- 03- Profissão:
- 04- Têm qualificações (especializações, cursos)?
- 05- Qual sua função ou cargo neste CAPS?
- 06- Há quanto tempo atua na área de saúde mental?
- 07- Há quanto tempo atua neste CAPS?

Questões referentes à instituição

- 08- Quais os profissionais oferecidos pelo CAPS?
- 09- Quantos usuários cada profissional acompanha?
- 10- Quantas famílias o CAPS acompanha?
- 11- De que maneira acontece a assistência em saúde mental no município?
- 12- Quais os principais diagnósticos tratados neste CAPS?
- 13- Quais os principais programas desenvolvidos por este CAPS?
- 14- Qual o índice de abandono de tratamento pelos usuários?
- 15- O CAPS desenvolve ações de prevenção e combate ao abandono de tratamento? Quais?
- 16- As ações desenvolvidas surtem efeito? Se não: Por quê?

APÊNDICE C – Entrevista com o profissional de referência

Identificação do profissional de referência de cada usuário participante da pesquisa:

01- Nome:

02- Sexo:

03- Profissão:

04- Têm qualificações (especializações, cursos)?

05- Há quanto tempo atua na área de saúde mental?

06- Há quanto tempo atua neste CAPS?

07- Qual sua função ou cargo neste CAPS?

08- O que é um profissional de referência dentro do CAPS? Qual sua função?

09- Qual a atenção do Profissional de Referência para com a família?

Questões específicas sobre o usuário do CAPS

10- Qual o diagnóstico do usuário?

11- O usuário adere bem ao tratamento oferecido pelo CAPS?

12- Qual o nível de socialização desse usuário no CAPS?

13- A família desse usuário recebe algum tipo de atenção?

14- Se não, por quê?

15- Se sim, como acontece a inclusão do familiar na terapêutica do CAPS?

ANEXOS

Lei nº 10216 - De 06 de abril de 2001⁵⁰

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O Presidente da República. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

⁵⁰Ministério da Saúde, 2005.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10º Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11º Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12º O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

Informações sobre os diagnósticos dos pacientes psiquiátricos desse estudo⁵¹

F20 Esquizofrenia

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando o quadro clínico comporta sintomas depressivos ou maníacos no primeiro plano, a menos que se possa estabelecer sem equívoco que a ocorrência dos sintomas esquizofrênicos fosse anterior à dos transtornos afetivos. Além disto, não se deve fazer um diagnóstico de esquizofrenia quando existe uma doença cerebral manifesta, intoxicação por droga ou abstinência de droga.

F 20.0 Esquizofrenia paranoide

É a mais comum e de melhor prognóstico (que menos debilita) das esquizofrenias, sobretudo em relação ao funcionamento ocupacional e à capacidade para ter uma vida

⁵¹ As informações dos diagnósticos a seguir encontram-se disponíveis nos sites: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f20_f29.htm> Acesso em: 03.04.14 às 14h41min; <<http://cid10.bancodesaude.com.br/cid-10-f/f20/>> Acesso em: 03.04.14 às 14h46min e <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/f30_f39.htm> Acesso em: 03.04.14 às 14h49min.

independente. Predominam sintomas positivos, como alucinações e enganos, com uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e do afeto. O início tende a ser mais tardio que o dos outros tipos.

O mais frequente dos sintomas são as alucinações auditivas - o paciente ouve vozes que podem ser conhecidas ou não, que dizem frases que podem ser compreensíveis ou não, sendo que estas frases podem trazer ideias positivas (dizer que a pessoa é melhor que todos, que se trata da voz Divina) ou negativas (frases depreciativas, muitas vezes incitando o suicídio, podendo muitas vezes ser atribuída pelo paciente a demônios, por exemplo), ou ainda, falam sobre ele, ou o acompanham em suas atividades com comentários. Muitas vezes essas vozes dão ordens de como agir em determinada circunstância.

As alucinações visuais também são comuns, porém menos frequentes que as auditivas. Nelas, o paciente pode ver pessoas que na verdade não estão no local, imagens aberrantes, alterações nas pessoas “reais” (por exemplo, olhar para alguém e notar que seu rosto está desfigurado, ou ainda que a pessoa “transformou-se” em outra pessoa ou ser, etc.). O portador apresenta ainda delírios de perseguição ou grandeza (como pensar que é Deus ou santo).

São pessoas tensas, desconfiadas e reservadas, podendo ter comportamentos hostis e agressivos, caso sintam que estão sendo perseguidos ou ameaçados. É muito comum que se recusem a sair de casa, por medo de que lhes aconteça algo, por sentirem-se perseguidos, por temerem as demais pessoas, por imaginarem que os demais estão falando ou rindo dele, etc.

Este grupo é o que apresenta a menor regressão de suas faculdades mentais, das respostas emocionais, podendo relacionar-se bem socialmente.

F 20.3 Esquizofrenia indiferenciada

Apesar de classificação das esquizofrenias, é bom destacar que os portadores nem sempre se encaixam perfeitamente numa de estas categorias. A estes indivíduos pode-se atribuir o diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada. Neste tipo de esquizofrenia, os sintomas psicóticos apresentados preenchem os critérios diagnósticos gerais para a esquizofrenia, mas não correspondem a nenhum subtipo em específico, ou ainda, apresentam características de mais de um deles, mas sem uma clara predominância de um conjunto particular de características diagnósticas para ser classificada em um grupo (paranoide,

catatônica, etc.). Apresenta habitualmente um desenvolvimento rápido, com um isolamento social intenso e uma diminuição no desempenho laboral e intelectual; é frequentemente caracterizada por apresentar sintomas de todos os grupos: delírios e alucinações, distúrbio do pensamento, comportamento estranho e sintomas negativos. Observa-se nestes pacientes certa apatia e indiferença ao mundo exterior.

F32 Episódios depressivos

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos “somáticos”, por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave.

F 32.3 Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos

Episódio depressivo correspondente a descrição de um episódio depressivo grave, mas, acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao caráter dominante do distúrbio afetivo.