



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADA-CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

Monique Dantas de Lima

SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA: algumas reflexões

CAMPINA GRANDE/PB
JUNHO/2013

Monique Dantas de Lima

SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA: algumas reflexões

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ms. Lúcia Maria Patriota

CAMPINA GRANDE/PB
JUNHO/2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL CIA 01 – UEPB

L732s Lima, Monique Dantas de.

Saúde mental e família: algumas reflexões./ Monique Dantas de Lima. – 2013.

32f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Ms. Lúcia Maria Patriota , Departamento de Serviço Social”.

1. Família. 2. Loucura 3. Reforma psiquiátrica I. Título.

21. ed. CDD 362.2

PARECER FINAL

A banca examinadora, instituída de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso aprovado no Colegiado do Curso de Serviço Social da UEPB, após a defesa, seguida de uma análise do artigo apresentado, resolve considerá-lo SATISFATÓRIO, atribuindo ao aluno (a) NOTA 9,0.


Artigo: SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA: algumas reflexões.

Aprovado em: 06/06/2013

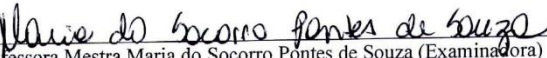
COMISSÃO EXAMINADORA



Professora Mestre Lúcia Patriota (Orientadora)
Mestre em Saúde Coletiva



Professora Mestre Thereza Karla de Souza Melo (Examinadora)
Mestre em Serviço Social



Professora Mestre Maria do Socorro Pontes de Souza (Examinadora)
Mestre em Serviço Social

AGRADECIMENTOS

A meus pais que me incentivaram e propiciaram o meu retorno ao Estado de origem, para a concretização do sonho de me formar.

Aos meus familiares e amigos (as) próximos, que me apoiaram e estiveram ao meu lado em todo esse tempo.

A minha orientadora, Professora Lúcia Patriota que com paciência contribuiu para com a minha formação.

EPÍGRAFE

“Conviver é a palavra-chave para isso que chamam de cura da loucura. Ninguém adoece sozinho e ninguém se cura sozinho. As doenças são, antes de tudo, doenças sociais. De nada vale excluir para tratar, que é o que ainda vem sendo feito no Brasil. A idéia, mais uma vez, é quebrar essa lógica”, afirma Pordeus.

SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA: algumas reflexões

Monique Dantas de Lima

RESUMO: Os registros relacionados a loucura ou transtorno mental datam de muito tempo. Com isso há a necessidade de historicizá-la e fazer uma reflexão sobre a relação dos portadores deste distúrbio e seus familiares que não somente sofrem as consequências disto, mas são partícipes desse processo contínuo de tratamento e inclusão. Esse artigo teve por objetivo realizar, através de uma pesquisa bibliográfica, uma reflexão acerca dos serviços de saúde mental desde sua gênese, com ênfase para o movimento de reforma psiquiátrica, destacando a inserção da família dos portadores de transtorno mental nos projetos terapêuticos destes serviços. Percebeu-se que o movimento de reforma psiquiátrica trouxe ganhos no tocante à legislação no campo da saúde mental, propiciando um maior engajamento da família e mais reflexão relacionada à inclusão da família enquanto usuária da política de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE Família. Loucura. Reforma psiquiátrica.

MENTAL HEALTH AND FAMILY: some reflections

Monique Dantas de Lima

ABSTRACT: The records related to insanity or mental disorder date back a long time. With that there is the need to historicize it and to reflect on the relationship of people with this disorder and their families not only suffer the consequences of this, but they are participants in this ongoing process of treatment and inclusion. This article aimed to accomplish, through a literature search, a reflection on the mental health services since their genesis, with emphasis on the psychiatric reform movement, emphasizing the insertion of the families of patients with mental disorders in therapeutic projects for these services. It was noticed that the psychiatric reform movement brought gains respect to legislation in the field of mental health, providing a greater family involvement and more reflection related to the inclusion of the family as user of mental health policy.

Keywords: Family. Health. Psychiatric Reform.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 8 |
| 2. A LOUCURA NA HISTÓRIA..... | 8 |
| 3. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL..... | 15 |
| 4. O LUGAR DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO/CUIDADO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL..... | 23 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 30 |
| REFERÊNCIAS..... | 31 |

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo objetivou refletir sobre a loucura, a política de saúde mental no Brasil, destacando a inserção familiar nos projetos terapêuticos voltados aos portadores de transtorno mental.

O interesse pela temática se deu em decorrência da experiência de Estágio não obrigatório e obrigatório na Clínica Psiquiátrica Dr. Maia, no município de Campina Grande, PB, no período de 03 de abril a 28 de setembro de 2012. A referida Clínica, que atende a particulares e os que procuram o Sistema Único de Saúde, tem experiência laborativa em internações de portadores de transtornos mentais em suas mais diversas fases.

O Brasil tem vivenciado ao longo dos anos mudanças no âmbito da saúde mental propiciadas pelo movimento de reforma psiquiátrica década de 1970. A loucura é reconhecida enquanto fator patológico, os manicômios são paulatinamente extintos, os portadores de transtorno mental são reconhecidos enquanto cidadãos de direitos, a família ganha visibilidade no que tange os serviços em saúde mental.

Para tanto fora realizado um estudo bibliográfico com objetivo de apresentar uma reflexão sobre a história da loucura, assim também como historicizar a construção da política de saúde mental no Brasil e por último refletir sobre as contribuições e desafios enfrentados pela família no contexto da saúde mental. A estrutura formal do trabalho se deu em três itens, quais sejam: contextualização histórica da loucura, política de saúde mental no Brasil e o papel da família no cuidado ao portador de transtorno mental.

No que se refere ao primeiro item, será explicitada a historicização da loucura desde a Antiguidade Clássica até o século XX, destacando-se os trabalhos de Pinel — considerado o Pai da Psiquiatria— e as práticas inovadoras de Franco Basaglia no que tange a humanização do tratamento aos portadores de transtorno mental.

O segundo item aborda as políticas desenvolvidas no âmbito da saúde mental, desde a chegada dos portugueses ao Brasil até os dias atuais, com maior ênfase dada aos movimentos de Reforma Psiquiátrica, na década de 1970.

Por último, será enfocada a discussão crítica sobre o papel da família nos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Com o desenvolvimento deste trabalho, espera-se contribuir para a realização de estudos relacionados à integração entre familiares, portadores de transtorno mental e profissionais de saúde mental.

2 - A LOUCURA NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

Os registros na história da humanidade de casos de loucura é vasto e antigo, indo desde a Antiguidade Clássica, passando pela Idade Média, até chegar aos dias atuais, sendo importante o registro de todo esse processo. Na Antiguidade Clássica, mais que tem seu início aproximadamente no século VII a.C e vai até o século V a.C, as pessoas que apresentassem algum comportamento anormal, eram tidos como enviado dos deuses. Nessa época, destacavam-se grandes pensadores gregos, como Hipócrates e Sócrates, entre outros, que eram considerados deuses e se tornaram mito.

De acordo com Cirilo (2006), tudo o que era falado pelas pessoas consideradas loucas era acatado e posto em prática tendo em vista que interferia diretamente na vida da população e eram palavras proferidas por seres íntimos das divindades. Nesse contexto não havia punição, nem tão pouco segregação do louco por parte da sociedade, muito pelo contrário, os loucos eram considerados seres divinos isentos de qualquer punição.

Importante destacar que é na época Clássica que homens considerados deuses deixam como herança aos fieis uma vasta produção literária. Estes passaram a escrever e questionar sobre o que vinha a ser loucura. Pessotti(1996) aponta na produção literária de Eurípedes, filósofo da época, um posicionamento contrário, ou seja, ele não acredita ser a loucura vontade dos deuses. Ele possui uma visão mais racionalista, colocando em xeque o desarranjo mental como sendo fruto da limitação humana. Outra produção que conceituava a loucura era a de Hipócrates (considerado pai da medicina), ele considerava a loucura como sendo de ordem corporal..Já a medicina greco-romana, tendo por precursor, Galeno, afirmava que a loucura era um problema do sistema nervoso e que a raiz estava no cérebro.

Na Idade Média, ou Período Medieval, que se inicia na Europa, no século V, quem detinha o poder era a Igreja Católica. Na economia se destacavam os feudos (propriedades rurais). Data desse período da história as grandes fogueiras da inquisição, nas quais eram queimados todos os indivíduos hereges, ou seja, pessoas incrédulas que tinham comportamentos anormais, que não obedeciam aos mandamentos da Igreja. Destacam-se entre os segregados da época os leprosos, os indigentes e os indivíduos com perturbações mentais.

Diferente do período anterior, na Idade Média, a loucura era considerada obra do Diabo, as pessoas que eram consideradas loucas passaram a ser consideradas perigosas, eram torturadas até a morte. Ora, se a loucura era obra de Satã, não fazia sentido deixar vivos os

loucos, atormentando a todos. Até meados da Idade Média, mais precisamente no século XV e XVI, os loucos eram mantidos em liberdade e se tornam dependentes da caridade alheia.

Serrano (1992) aponta a existência dos excluídos, pobres, loucos e leprosos como desígnio de Deus. Os leprosos ficavam isolados do restante da população já que se tratava de uma doença de fácil contágio. Foram criados leprosários, local onde os portadores da doença se abrigavam. O curioso é que se acreditava na salvação destas pessoas. O leprosário era uma espécie de purgatório. No momento em que houve a ruptura do Ocidente com o Oriente, a lepra deixa de existir e os leprosários passam a abrigar outros grupos estigmatizados como os pobres, loucos e os portadores de doença venérea.

O convívio de loucos e doentes venéreos, na mesma prisão dura cerca de cento e cinquenta anos. Assim como a exclusão retirou a lepra de cena, espera-se alcançar a modificação dos novos excluídos através desse ritual de isolamento e de reintegração espiritual (FOCAULT, 1995, p.87).

Na Idade Média, a lepra assombrava os indivíduos e, paradoxalmente, uns acreditavam ser a mesma sinônima de salvação divina. Outros acreditavam que era um mal temido, uma espécie de trevas. Eis que surge outro mal capaz de substituí-la: a loucura entra em cena.

Quando o modelo econômico em curso — feudalismo — entra em declínio, assim, com destaque para a supremacia da Igreja, emerge um novo momento histórico, no qual ocorrem significativas mudanças em todas as esferas da sociedade: econômica, social e cultural. O poder antes exercido pela Igreja Católica agora é exercido pela sociedade burguesa. Estamos falando do Renascimento que tem seu início, aproximadamente, no século XIV.

Houve mudanças significativas nas sociedades, de modo geral. No tocante às classes que viviam à margem da sociedade pouca coisa mudou. A segregação aumentou, os loucos eram embarcados em navios cujo destino era desconhecido.

As cidades querendo ver-se livres de seus loucos embarcavam-nos, fazendo-os percorrer principalmente os rios do norte e leste europeus, e, em cada localidade que aportavam, eram reembarcados. “Esse gesto, que impõe ao louco uma condição de prisioneiro da passagem – isto é, de passageiro eterno, sem destino e de origem ignorada - uma metáfora do modo ambíguo e prenhe de significações como a loucura é percebida na Renascença” (PASSOS; BARBOZA, 2009, p.48).

Durante a Renascença alguns autores como Erasmo de Roterdã (1466-1536) e Montaigne (1533-1592), colocavam em xeque a questão da loucura. Eles indagavam a seguinte questão: “Será que ao invés de loucos são sábios”?

Até o final do século XVI não havia fundamento para a certeza de não estar sonhando, de não ser louco. Sabedoria e loucura estavam muito próximas. E a grande via de expressão dessa proximidade era a linguagem das artes: a pintura, a literatura, sobretudo o teatro, que, no final do século vai desenvolver a sua verdade, isto é, a de ser ilusão: algo qual a loucura é, em sentido estrito (FRAYSE-PEREIRA, 1984, p.59).

No início do século XVII, um novo momento é vivenciado no que tangea loucura, ou seja, a medicina se disponibiliza a buscar desvendar as causas desse mal. Ainda não se deve falar em reforma, pois os métodos utilizados pelos médicos eram meios que deixavam a desejar. Nesse século, mais precisamente na Europa, foram criadas casas de internação que não se diferem muito dos leprosários, tendo em vista que o objetivo era tirar de circulação os pobres e loucos, mais uma vez segregá-los, agora com um diferencial, os indivíduos eram vulneráveis a tratamentos desumanos, como por exemplo, duchas de água fria eram jogadas nas pessoas, que precisavam “purificar-se”. Foucault (1995) afirma não existir um critério de seleção. Nesta época, em Paris, a cada cem habitantes um é internado.

Segundo Serrano (1992) e Cherubini (1997), os hospitais servem tanto para o internamento dos pobres como dos loucos. Em parte, o tratamento serve para controlar a massa dos diferentes, prendendo-os e isolando-os. Serve como meio de homogeneização dos diferentes. Ainda no século XVII, no que tange à loucura, o saber médico é concretizado. Nasce a psiquiatria e as internações continuam, agora com o diferencial de ter adquirido cientificidade, conseqüentemente, nascem os grandes hospitais e clínicas psiquiátricas.

A loucura se vê privada do direito a alguma relação com a verdade. Sendo o sujeito que dúvida ponto de partida do conhecimento verdadeiro (como é rigorosamente demonstrado pelo filósofo), a loucura jamais poderá atingi-lo, pois o ato de duvidar implica o pensamento e aquele que pensa e, por princípio, anula essa possibilidade (FRAYSE-PEREIRA, 1984, p.61).

Posteriormente, no século XVIII, outro movimento entra em evidência. Trata-se do Iluminismo, que movimentou a elite burguesa, na França. Esse movimento era contrário aos abusos, tanto da Igreja, como do Estado. Os iluministas tinham senso crítico em todas as dimensões da sociedade: econômicas, sociais e políticas, instigavam o uso da razão. No âmbito econômico, o capitalismo está em plena ascensão, absorvendo somente pessoas que possam oferecer sua mão – de - obra.

Nos séculos XVII e XVIII, a palavra loucura é substituída por doença mental, podendo ser tratada e curada. Outro dado importante é a construção do Hospital Geral de Paris. Segundo Foucault (1984), um marco para o século. Esse Hospital não tinha por objetivo atender nenhuma classe específica, funcionava como hospedaria para aqueles seres indesejáveis (agora doentes mentais, doentes venéreos e os miseráveis). Era considerada uma maneira de ajustar a população, separando os normais dos anormais. Essas casas eram filantrópicas, não eram totalmente gratuitas, tendo em vista que daqueles internos que podiam trabalhar, era lhes sugada toda força de trabalho, sem nenhuma remuneração.

No século XVII, a economia europeia atravessava períodos de crise que geram queda de salários e desemprego. Nesse contexto, o sentido do internamento oscila. Nos períodos de crise, quando a mendicância aumenta vertiginosamente, prendem-se os ociosos e a vida social é protegida contra possíveis revoltas. Busca-se controlar a tensão social. Mas fora dos tempos de crise, quando há emprego e altos salários, as casas de internamento oferecem mão de obra barata (FRAYSE-PEREIRA, 1984, p.65).

No século XVIII, com a Revolução Francesa, evidencia-se a insatisfação popular com a situação social, econômica, política da época. No que tange às casas de internamento, não é diferente. Indivíduos internados e confundidos com os loucos gritam por liberdade. Nesse contexto, como aponta Amarante (2007), entra em destaque o trabalho do jovem médico Phillip Pinel (médico enciclopedista, filósofo e naturalista, considerado o Pai da Psiquiatria moderna), que teve como incumbência reformar o hospital de Bicetrê, localizado em Paris. Pinel assume a direção do hospital de Bicetrê, em agosto de 1793. Importante destacar que este hospital fora construído para abrigar aquelas pessoas que viviam a margem da sociedade (pobres, presos políticos durante a Revolução Francesa, doentes e loucos).

Cirilo (2006) sinaliza alguns fatores que contribuíram para explicar as novas relações da sociedade com a loucura. Ela aponta o surgimento de novos agentes como a justiça e a medicina. A loucura agora assume uma nova “roupagem”; trata-se de doença mental, por isso emerge a psiquiatria, espaço responsável pelo enfrentamento dessa problemática.

Ligados ao surgimento do asilo figuram os nomes de S. Tuke, na Inglaterra e de Phillip Pinel, na França. Tuke não era médico, mas membro de uma associação protestante (Quacre). Pinel não era psiquiatra. Os asilos montados por ambos distinguem-se sob vários aspectos importantes, sobretudo no que diz respeito aos valores religiosos, presentes em um e ausentes no outro. No entanto, é possível aproximá-los esquematicamente, apenas destacar o sentido e algumas implicações gerais do mundo asilar. Mas, antes de qualquer coisa, é preciso saber que Pinel, Tuke e seus contemporâneos, ao contrário do que se costuma dizer quando se faz a história da Psiquiatria, não romperam com as práticas do internamento (FRAYSE-PEREIRA, 1984, p.83).

Pinel é conhecido por artigos feitos sobre doenças do espírito, passando o internamento a ser conhecido por seu valor terapêutico. A loucura passa a ser vista como doença, estabelecendo uma relação necessária a internação em asilos (FOCAULT, 1995).

De acordo com Cherubini(1997), a doença mental era vista como fruto das paixões, do fanatismo religioso, de atos promíscuos e estava enraizada nas classes mais pobres, se tratava de uma doença moral. Diante disso, Pinel propõe um tratamento moral. Os doentes mentais eram colocados em manicômios para que pudessem ser restabelecidos. Pinel era uma espécie de responsável por instituir a moral. O tratamento proposto por ele era de curar os excessos causados por comportamentos considerados imorais e delirantes. Para o tratamento eficaz, o paciente deveria dispor de racionalidade, caso contrário não era considerado eficaz.

Ainda segundo Cheburini(1997), Pinel não apresentou conceitos acerca da loucura, muito menos fez uso de explicações mitológicas. A loucura para ele era ocasionada por excessos emocionais. Pinel também ficou muito conhecido por libertar os loucos das correntes, pois antes viviam acorrentados e amontoados no interior dos grandes hospitais. Os portadores de doença mental são separados de acordo como sua patologia, facilitando o tratamento. Esse gesto se constituiu num marco para a vida de Pinel e para a história da loucura.

A obra de Pinel se estrutura na tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital, cujas colunas estão representadas pela constituição da primeira nosografia, pela organização do espaço asilar e pela imposição de um tratamento disciplinar (o tratamento moral), que representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital (não mais social). Este percurso marca, a partir da ascensão de Pinel, a direção de uma instituição pública de beneficência, a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico (AMARANTE, 1998).

A partir da segunda metade do século XX, surge, na Itália, um movimento que tinha por precursor Franco Basaglia, que criticava os métodos coercitivos e propunha a construção de comunidades terapêuticas e a extinção dos manicômios. Na década de 1960, o hospital de Gorizia, na Itália, foi palco de grandes mudanças no que tange a saúde mental. O psiquiatra Franco Basaglia propunha um novo modelo de tratamento das pessoas acometidas de doença mental. Seu objetivo era disponibilizar o tratamento pautado na dignidade e cidadania, tendo em vista que o tratamento moralista, repressivo, segregava os doentes mentais ainda mais.

Cirilo (2006) afirma que Basaglia incentivou a participação de outros profissionais no âmbito da saúde mental. Ele condenava os manicômios, afirmava ser este um lugar arcaico,

onde não havia condições de trocas positivas e muito menos a estabilização do paciente, com isso propunha a substituição dos manicômios por comunidades terapêuticas.

Diferente de Pinel, Basaglia defendia a ideia de que o paciente deveria dispor de autonomia no âmbito institucional, tendo em vista os diferentes tipos de transtornos mentais, os portadores não deviam ser separados no interior dos hospitais. Apesar de ser uma prática inovadora no âmbito da saúde mental, infelizmente não fora algo concreto, não era interessante para os gestores locais. Nesse momento surge a luta antimanicomial na Itália, precisamente na década de 1970, é sancionada a Lei nº 180, que trata da proibição de internação em manicômios.

Conforme Amarante (1995), a Lei nº 180, conhecida por Lei Basaglia, representa um marco no que tange a saúde mental, pois fora a primeira lei que tinha por objetivo extinguir os manicômios, propondo, conseqüentemente, a substituição destes por serviços assistenciais alternativos ao modelo asilar. Com isso, o doente mental liberta-se do estigma da periculosidade e tem restituída, paulatinamente, sua cidadania. Trata-se de um novo tempo para a saúde mental. Nasce a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, não só na Itália, mas em todo o mundo. A promulgação da Lei Basaglia influenciou vários países a lutar por melhorias das condições de vida dos doentes mentais, assim como também dos serviços oferecidos. Influenciou diretamente o Brasil, cuja política de saúde mental tem toda especificidade, conforme veremos a seguir.

3 - A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No Brasil, as primeiras ações voltadas à questão da loucura iniciam-se com a vinda da família real de Portugal para o país, em 1808. Foi realizado um amplo diagnóstico sobre as condições sanitárias da colônia e a partir desse processo surgiu a preocupação com os loucos na cidade do Rio de Janeiro. Pela primeira vez cogitou-se a criação de um asilo de alienados no país, isso entre 1829/1830. Em 1852 foi inaugurado o Hospício Pedro II, uma obra grandiosa inspirada nos grandes e modernos asilos europeus, mas bastante criticado pela ausência de um projeto assistencial de base científica. Sua natureza era mais filantrópica e era ligada a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

Com a proclamação da República, em 1890, o Hospital Pedro II foi desvinculado da Santa Casa de Misericórdia ficando subordinada a administração pública. Logo em seguida foi criada a Assistência Médico - Legal dos Alienados e as duas primeiras colônias de alienados, as colônias de São Bento e Conde Mesquita, situadas no Rio de Janeiro, onde o

trabalho tinha uma função terapêutica, acreditava-se que através dele os loucos conviveriam harmonicamente.

Pode-se estabelecer grosseiramente o período imediatamente posterior à proclamação da república como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiátrica científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que avocara a si as atribuições da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental tal como a gravidade da situação exigia (RESENDE, 2007, p. 43).

É obvio que o maior beneficiário da produção agrícola das colônias era o sistema capitalista de produção, que se apropriava e explorava a mão de obra dos loucos. Conforme Amarante (1995), além dos hospícios, as colônias agrícolas se expandiram por todo país, seja como complemento ou como modalidade exclusiva no tocante o atendimento dos loucos. Porém, com o passar do tempo as referidas colônias agrícolas voltaram a abrigar além dos loucos, aqueles que viviam à margem da sociedade, as colônias também tinham as mesmas características dos hospitais no que tange os maus tratos e as condições de precariedade.

Em dezembro de 1903, tem-se a promulgação da Lei nº 1.132, primeira que trata da reorganização da assistência aos alienados, dando maior ênfase à atenção e ainda que minimamente, à proteção dos acometidos de doença mental.

Esta Lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação ao parecer médico, estabelece a guarda provisória dos bens do alienado, determina a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamenta a posição central da psiquiatria no interior do hospício. [...] Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido (MACHADO, 1978, p.484).

A promulgação da citada lei no âmbito da saúde mental permite que a psiquiatria ganhe cientificidade. Médicos, como Juliano Moreira, apresentam fundamentação teórica e mecanismos de atuação com base científica para a abordagem da loucura. No ano de 1923, tendo como precursor o psiquiatra Gustavo Riedel, surge, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental colocando em evidencia o movimento higienista.

O movimento higienista defendia a idéia de que a causa das enfermidades estavam intimamente ligadas ao mau funcionamento da sociedade. Os higienistas realizavam um trabalho considerado educativo no qual o preconceito era evidente, pois o objetivo do movimento era livrar a sociedade das raças consideradas perigosas, como: os mais pobres, os loucos, os mestiços, as prostitutas e os homossexuais. Nesse período que compreende o século XIX e início do século XX, foram construídos hospitais psiquiátricos com o objetivo

de segregar os doentes mentais impondo ordem e disciplina, os higienistas ensinavam como a sociedade devia se portar ensinando-lhes hábitos considerados saudáveis.

Ainda entre a década de 1920 e 1930, a segregação por raça e etnia era um fato bastante comum, pois estrangeiros e indivíduos que não- brancos foram estigmatizados e eram considerados doentes mentais, casos de epilepsia e alcoolismo eram males resultantes da mistura de raças, com isso o Brasil dificultou a entrada de índios além de dificultar a vida daqueles que não pertenciam à raça considera superior. A década de 1930 é marcada pela descoberta de procedimentos inovadores, no que tange a psiquiatria, tornando - a poderosa. Entre elas destaca-se: o choque insulínico (choque elétrico com forte dosagem de insulina), o choque cardiazólico (choques que provocavam convulsões) e da eletroconvulsoterapia (choque elétrico com uso de antidepressivos), estes métodos foram empregados aos pacientes com doenças mentais espalhados pelo Brasil.

Na década de 1940, houve uma expansão dos hospitais psiquiátricos com maior número de vagas e centros cirúrgicos modernizados, pois nessa década era comum a realização da lobotomia (intervenção cirúrgica no cérebro onde eram divididas as vias frontais), técnica bastante utilizada no tratamento dos portadores de esquizofrenia.

Posteriormente, na década de 1950, emergem os medicamentos que eram usados sem nenhuma prescrição para acalmar os enfermos. A indústria farmacêutica entra em cena, com isso passou a ser um elemento importante no que tange ao tratamento das doenças mentais.

O Brasil, na década de 1960, foi surpreendido pelo Golpe Militar de 64, culminando em um período de total repressão aos movimentos sociais, as pessoas deixaram de reivindicar seus direitos, do contrário eram severamente torturadas, presas e muitas chegaram a morte. Nesse período ocorre o chamado milagre econômico brasileiro. O Estado passou a investir no setor privado, onde a mão de obra dos trabalhadores era explorada em troca de baixos salários.

Na década de 1960 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Estado passou a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. A Previdência Social chegou a destinar 97% de seus recursos aos setores privados da saúde mental. Tem início o que muitos autores afirmam ser a indústria da loucura. Como consequências da privatização dos serviços psiquiátricos, implantam-se hospitais particulares conveniados com os hospitais públicos a doença mental passa a ser um negócio rentável.

De acordo com Giordano Junior (1989), na década de 1970 ocorreu uma crise no setor previdenciário em consequência dos gastos com os hospitais privados, também com auxílio - doença e aposentadorias dos portadores de distúrbios mentais. Nesse cenário de crise e

mesmo que timidamente, de abertura política, em que a ditadura começa a perder forças, surgem críticas ao modelo hospitalocêntrico, vindo à tona denúncias de maus tratos, ausência de higiene, superlotação e violências sofridas pelos doentes mentais no interior dos grandes hospitais, culminando na criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), mais precisamente no ano de 1978.

O MTSM era composto por pacientes, profissionais de saúde, familiares e sociedade, tinha por objetivo lutar por melhorias das condições estruturais dos hospitais psiquiátricos, assim também como melhorar as condições de tratamento ao qual eram submetidos os doentes mentais. O movimento realizava reuniões com intuito de formular propostas com vistas à humanização do tratamento no âmbito da saúde mental. O MTSM colocava em xeque questões como hegemonia da rede privada, a segregação do doente mental, além de solicitar uma reforma no tocante à psiquiatria. Assim nasce a luta antimanicomial no Brasil.

Nesse momento, entre o final da década de 1980 e início da década de 1990, inicia-se, de fato, a reforma psiquiátrica, que tem por objetivo oferecer um tratamento humanizado aos doentes mentais e o fim dos hospitais psiquiátricos. Assim, associações de pacientes e familiares são criadas, o mais curioso é que havia famílias que eram contrárias à reforma, mesmo sabendo da vulnerabilidade dos pacientes que se encontravam no interior dos hospitais.

Ainda no final dos anos 1980, mais precisamente no ano de 1988, é promulgada pelo Senado Federal a nova Constituição da República Federativa do Brasil, que dispõe sobre os direitos dos cidadãos nos diferentes âmbitos (saúde, educação, etc) e nas diferentes esferas (municipais, estaduais e federais). O artigo 196 da Constituição de 1988 afirma a saúde como sendo direito de todos e dever do Estado, além da garantia do acesso por parte de todos sem distinção de raça, cor, etnia ou sexo. Nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) que nada mais é do que a concretização daquilo que está previsto no artigo citado. No âmbito da saúde mental não foi diferente, o acesso gratuito por parte da população foi acontecendo paulatinamente.

Neste contexto histórico de grandes mudanças no país ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no ano de 1987, na cidade do Rio de Janeiro, fazendo uma crítica ao modelo hospitalocêntrico e defendendo os direitos dos doentes mentais. No mesmo ano, a cidade de Bauru, no estado de São Paulo, foi palco do Congresso Nacional em Saúde Mental que teve por lema “Por uma sociedade sem manicômios” e trazia, além da preocupação com a saúde, a discussão da cultura do estigmatizado, abrindo novos horizontes para inclusão dos pacientes usuários dos serviços. Surgem, também, os primeiros serviços substitutivos em São Paulo.

Um fato marcante que teve repercussão nacional e que trouxe grandes modificações pra as políticas de saúde mental no país foi à intervenção, no ano de 1989, na Casa de Anchieta, situada na cidade de Santos, conhecida como “Casa dos “Horrores”, devido aos maus tratos a que eram submetidos os pacientes que ficavam amontoados em celas, eram torturados e muitos chegavam a morte. O hospital fora fechado possibilitando a criação de uma rede de serviços substitutivos que tem por objetivo a ressocialização de portadores de doença mental. Foi implantado o primeiro serviço substitutivo, o NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), que funcionava 24 horas por dia, realizando atividades diferenciadas como atendimento domiciliares, atendimentos grupais e individuais. Os casos de internação aconteciam no momento da crise e em um curtos períodos. Enfim, o ocorrido na cidade de Santos serviu de referência para as demais localidades e a luta antimanicomial foi intensificada Cirilo (2006).

Ainda no ano de 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei n 10.216 do deputado Paulo Delgado (PT/MG) que propunha o reconhecimento dos portadores de transtorno mental, enquanto cidadãos de direitos, além da extinção paulatinados manicômios, marcando o início das lutas por uma Reforma Psiquiátrica nos campos normativos e legislativos.

Cabe aqui registrar a realização da Conferência ocorrida na cidade de Caracas na Venezuela da qual participaram vários países da America Latina, inclusive o Brasil, e Caribe. Os representantes dos países que participaram da Conferência de Caracas assinaram um acordo que ficou conhecido por Declaração de Caracas. A declaração tinha por objetivo a implantação de modelos substitutivos ao hospitalocêntrico, prevendo a criação de uma rede de serviços pautada no respeito aos direitos dos doentes mentais, uma maior participação da sociedade e a superação do modelo arcaico no qual o estigma e a segregação atormentavam os portadores de doença mental.

Em consequência da Conferência de Caracas, acontece em Brasília, em dezembro de 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental, que assim como a primeira é resultado de lutas encabeçadas por toda sociedade e todas as esferas (municipais regionais e estaduais). A II CNSM põe em xeque a necessidade do cumprimento da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a municipalização da saúde para que possa existir uma atenção integral para com os doentes mentais, além da extinção dos hospitais psiquiátricos.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em dezembro de 2001, em Brasília, tendo por tema: “Cuidar sim, Excluir Não” e trazia propostas totalmente inovadoras no tocante à substituição imediata dos hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos. Vale

ressaltar que a lei nº 10.216, que dispõe dos direitos dos portadores de doença mental, só fora sancionada em 2001, doze anos após a entrada do projeto no Congresso Nacional.

Na década de 1990 novos modelos de assistência aos portadores de transtorno mental são criados, me refiro aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que têm a função de promover a reinserção social do portador de transtorno mental, devolvendo para o usuário da saúde mental a cidadania negada por entre os muros gigantes dos manicômios. Os CAPS são compostos por equipes multidisciplinares, ou seja, profissionais de diversas áreas como assistente social, enfermeira (o), médica (o), psiquiatra, psicóloga (o), educador físico, auxiliar administrativo, oficinairo, entre outros, além de atender aos familiares que também são estigmatizados.

De acordo com o Ministério da Saúde, os projetos instituídos pelo CAPS:

Devem incluir a construção de trabalhos de inserção social, respeitando as responsabilidades individuais e os princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam o protagonismo de cada usuário frente à vida. Muito pode ser feito no CAPS, desde que seja para promover as melhores oportunidades de trocas afetivas, simbólicas, materiais, capazes de favorecer vínculos e a interação humana (BRASIL, 2004 p.18).

Existem diversas modalidades de CAPS em decorrência da demanda diferenciada. Os CAPS I os de menor porte, são instituídos em localidades com menor número de habitantes, municípios com população de 20.000 e 50.000 habitantes, atende adultos com transtornos severos e moderados, além de usuários dependentes de drogas lícitas e ilícitas, funcionam nos dias úteis, podendo acompanhar cerca de 240 pessoas por mês. Os CAPS II são de médio porte, atendem municípios com mais de 50.000 habitantes, os usuários são adultos que apresentam transtornos mentais severos, assim como os demais conta com uma equipe multiprofissional, funciona durante os cinco dias úteis da semana com capacidade para atender cerca de 360 usuários por mês.

O CAPS III é de maior porte e realiza, quando necessário, curtas internações, cobrem os municípios com 200.000 habitantes. Esta modalidade está presente nas grandes metrópoles, funcionam 24 horas por dia, inclusive nos feriados, é considerado o de maior complexidade, atende até 450 pessoas por mês.

O CAPSi é direcionado ao atendimento de crianças e adolescentes portadores de transtorno mental, funciona durante os cinco dias úteis em municípios com mais de 200.000 habitantes.

Os CAPSad atende pessoas usuárias de drogas lícitas e ilícitas e estão em sua maioria nas cidades com mais de 200.000 habitantes e nas cidades onde a demanda exige. Os recursos advêm do Governo Federal e são geridos pelos gestores dos municípios em conjunto com as Secretarias de Saúde.

Outro importante recurso previsto na rede de atenção ao portador de transtorno mental é o Programa de Volta Para Casa, criado em 2003, de acordo com a lei nº10.708. Este tem subsidiado financeiramente pessoas que ao longo da vida tiveram um longo histórico de internações em manicômios. O beneficiário recebe um cartão magnético e pode dirigir-se a qualquer agência da Caixa Econômica Federal e sacar mensalmente o valor de R\$ 320,00 reais. Este programa tem convênio com mais de 600 municípios e é como se parte da dívida do preconceito estivesse sendo paga.

Trata-se de um dos principais instrumentos no processo de reabilitação psicossocial, segundo a literatura mundial no campo da Reforma Psiquiátrica. Seus efeitos no cotidiano das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos são imediatos, na medida em que se realiza uma intervenção significativa no poder de contratualidadesocial dos beneficiários, potencializando sua emancipação e autonomia (DELGADO, 2007, p.50)

Existem ainda as Residências Terapêuticas, que são casas que abrigam portadores de transtorno mental com histórico de internações e que por algum motivos foram rejeitados por seus familiares. Os moradores das residências participam dos CAPS. As residências estão presentes no meio urbano, existem equipes que prestam serviço, o cuidador ou responsável, além de parceria com os CAPS, importante destacar que este programa também é advindo da portaria nº336 GM do Ministério da Saúde.

Sabe-se que a Reforma Psiquiátrica é fruto das lutas iniciadas pelos movimentos sociais em saúde mental nas diversas conferências e congressos por todo o país, prova disso os fatos a seguir: as intervenções realizadas nos grandes hospitais, o surgimento dos serviços substitutivos, a participação da sociedade nesse processo, o rompimento com a cultura do estigma, o reconhecimento dos portadores de transtorno mental enquanto cidadãos de direito.

Destacamos ainda a realização da IV Conferência Nacional em Saúde Mental, realizada em Brasília, entre os dias 27 de junho a 01 de julho de 2010, e que propiciou avanços no que tange a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A IV Conferência teve por tema a “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” e obteve um número maior de participantes como: usuários, trabalhadores, gestores do campo da saúde e de outros setores, com isso passou a atender exigências impostas pelas modificações do modelo de assistência ao portador de transtorno mental.

De acordo com Vasconcelos (2010), os principais desafios da atual conjuntura no âmbito da saúde mental estão ligados a campos específicos como: a atenção ao portador de transtorno mental em períodos de crise, a atenção a indivíduos que perderam o vínculo familiar pelo uso excessivo de drogas, violência social onde a mulher é mais vulnerável, atenção aos transtornos psíquicos mais leves além do suporte e realização do atendimento aos familiares dos portadores de transtorno mental.

Os portadores de transtorno mental severo, geralmente, eram imediatamente encaminhados ao hospital psiquiátrico. O cuidado com o portador de transtorno mental em crise ainda se constitui um desafio, pois requer profissionais qualificados e exige dos serviços substitutivos uma atenção integral. Os CAPS III, por atender usuários com transtorno mentais severos, seriam os serviços mais adequados, os hospitais gerais e as unidades de emergência necessitam disponibilizar leitos para o atendimento destes e também dos indivíduos usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Estes grupos da população normalmente desconhecem, ou não tem acesso, ou certamente tem muito medo dos serviços de saúde mental e de assistência social existente. Uma das razões principais disso está no próprio autoritarismo freqüente na intervenção social. (VASCONCELOS, 2010, p. 78).

Amarante (2007) aponta alguns desafios à atual conjuntura no âmbito da saúde mental. Ele afirma a necessidade de um acompanhamento mais rigoroso para com os portadores de transtorno mental, que devido às intensas e extensas internações, romperam o vínculo com a família e o restante da sociedade, os serviços substitutivos devem estar bem equipados e com profissionais qualificados para acompanhá-los desde a saída dos hospitais até o regresso ao seio familiar.

4. O LUGAR DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO/ CUIDADO AO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Conceituar família é tarefa complexa. Estudiosos de diferentes áreas, a exemplo da Antropologia, Sociologia, Psicologia, entre outras, se voltaram ao estudo da família e procuraram conceituá-la. Champlin (2002) traz uma definição antropológica, considerando ser a família um sistema presente em todas as culturas, caracterizada por laços consanguíneos ou alianças.

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2005), familiares são aqueles que além de possuírem grau de parentesco, residem no mesmo lar.

Pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. Pessoas do mesmo sangue. Ascendência, linhagem, estirpe [...] Comunidade constituída por um homem e uma mulher, unidos por laço matrimonial, e pelos filhos nascidos dessa união. Unidade espiritual constituída pelas gerações descendentes de um mesmo tronco, e fundada, pois, na consanguinidade. Grupo formado por indivíduos que são ou se consideram consanguíneos uns dos outros, ou por descendentes dum tronco ancestral comum (filiação natural) e estranhos admitidos por adoção (FERREIRA, 1975, p.69).

Sarti (2007) aponta que a família não necessariamente depende de grau de parentesco. Deve se levar em consideração as relações de afeto e de solidariedade existentes entre os membros que compõem o mesmo grupo.

Miotto (2007) afirma que as mudanças trazidas pelo modo de produção capitalista possibilitaram a dinamização no que tange ao conceito de família que, para a autora, é uma instituição onde as relações são construídas pela cultura, pelo movimento histórico e as relações econômicas.

A família deve progredir na medida em que progride a sociedade, que deve modificar-se na medida em que a sociedade se modifique. A família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema (ENGELS apud PEDRO, 2007, p. 200).

De acordo como Romagnoli (2007), a família tem passado por profundas transformações. A família patriarcal (comum na Idade Média), caracterizada pelo poderio do senhor feudal e pela inexistência de qualquer relação de afeto deu lugar à família nuclear composta por cônjuges e filhos pautada na relação de afeto, entre os membros, vale ressaltar que esse modelo nuclear só foi possível com o advento da sociedade burguesa e suas peculiaridades.

Nos anos de 1960 surge um novo arranjo familiar, compostas por pessoas do mesmo sexo, denominadas famílias alternativas, vale salientar o preconceito para com este tipo de família, causando em alguns casos sentimentos de culpa por parte daqueles que a constituem.

Conforme visto, os conceitos apresentados sobre família não são homogêneos. De acordo com Ferreira (1999) e Champlin (2002), a família é um grupo de pessoas ligadas por laços consanguíneos, por apresentarem características comuns. Já para o IBGE, familiares são aqueles que residem no mesmo lar. Sarti (2007), Miotto (2007), Pedro (2007) e Romagnoli (2007) ressaltam as mudanças das sociedades e, conseqüentemente, as mudanças na própria compreensão de família e nas relações entre seus membros. Afirmando que a família não necessita de ligação consanguínea, mas, sim, de laços de afeto e ajuda mútua.

O fato é que a família passou por profundas modificações no tocante a seu conceito, por isso é preciso registrar momentos importantes da nossa história. Na Antiguidade Clássica,

que compreende aproximadamente o século VII a.C, estendendo-se até o século V d.C, precisamente na Grécia e em Roma, pregava-se a igualdade entre os homens. Tanto na Grécia quanto em Roma se falava em democracia, mas somente os cidadãos que compunham a classe mais abastada participavam da vida política, enquanto os plebeus e as mulheres não tinham lugar de destaque no cenário político.

Nesse período, as relações eram pautadas no status de poder, os indivíduos da classe abastada não desenvolviam nenhum tipo de relação com a classe plebéia. Interessante frisar que as mulheres deviam manter-se virgens até o casamento e aos homens era exigido à fidelidade (essas práticas eram comuns entre as classes abastadas). Como aponta Pessotti (1996), as pessoas que apresentavam comportamentos desviantes eram denominadas loucas e eram bem aceitos pela sociedade já que estas pessoas eram responsáveis por sua condição.

Na Idade Média, que se inicia no século V e se encerra no século XV, conhecida também por período medieval, as famílias viviam em grandes aglomerados compostos por parentes consanguíneos, pelos servos e por aqueles protegidos pelos senhores feudais. Como aponta Ariés (1981), o acesso aos casarões localizados na zona rural (já que a economia era totalmente agrícola) ocorria livremente durante todo o dia, os indivíduos desconheciam o significado da palavra privacidade.

Em linhas gerais, pode se afirmar que a família medieval tinha uma missão: a conservação dos bens, a prática comum de um ofício, a ajuda mútua cotidiana num mundo em que um homem, e mais ainda uma mulher, não podia sobreviver isolado. E, principalmente nos momentos de crise ou guerra, o grupo tinha a função de proteger a honra e as vidas (ARIÉS, 1981, p.10).

Ainda no período medieval, as crianças não vivenciavam a infância. Uma prática bastante comum era o desligamento das crianças de suas famílias no intuito de trabalharem no campo e serem educadas por outras famílias. Quem influenciava e mandava na sociedade impondo sua teoria discriminatória era a Igreja Católica que segregava alguns grupos entre eles: os pobres, as prostitutas, os loucos, os leprosos e os portadores de doença venérea.

Ariés (1981) afirma que com a transição da Idade Média para a Idade Moderna houve uma tímida construção de um novo modelo de família. O autor aponta ser a escola responsável por tal mudança, tendo em vista que se amplia o acesso a educação, antes restrito as classes abastadas e aos que compunham a Igreja Católica

Segundo Silva Filho (1990), nesse período, era de responsabilidade da família o cuidado para com os loucos (pessoas que tinham comportamentos considerados anormais). Aqueles que não tinham família ficavam a mercê da caridade alheia. De acordo com Rosa (2003),

somente ao final da Idade Média, no século XV, os loucos eram depositados junto aos segregados da época nos leprosários, saindo do convívio familiar, vale ressaltar que neste período não existia uma definição do que vinha a ser loucura.

Na Idade Moderna, mais precisamente entre o século XV e final do século XVIII, período marcado pela supremacia da sociedade burguesa, a economia é pautada na industrialização e ocorre a divisão sexual do trabalho. Os homens passam a trabalhar nas indústrias e no comércio e as mulheres se responsabilizam pelos serviços domésticos. Surgem algumas correntes como a alienista, que objetiva livrar o homem de sua ignorância através do uso da razão. No fim da Idade Média e início da Idade Moderna, mais precisamente no século XVII, com o surgimento da psiquiatria moralizante defendida por Pinel passa-se a preconizar o mínimo de contato entre a família e o portador de transtorno mental para livrá-lo de qualquer energia negativa.

A família seria, assim, dependendo de seu funcionamento interno, uma fonte de desequilíbrios, conduzindo a perda da razão. Nessa época, a causalidade da doença mental como proveniente do seio familiar se identificava como uma causalidade moral, um desvio da moralidade desejada (BIRMAM, 1978, p.279).

Conforme Rosa (2004), ao louco, conhecido também por alienado, cabia o isolamento, pois não era interessante que o doente mental estivesse junto à família, é importante ressaltar que para os higienistas a doença mental é causada pelo fato da família não cumprir com seu papel de educadora. Acreditavam na vulnerabilidade das famílias, realizavam trabalhos preventivos ao uso de álcool e outras drogas, além de um trabalho moralizante, impondo os valores considerados corretos que deviam ser seguidos pela sociedade.

De acordo com Rosa (2003), o isolamento do doente mental da família era preciso, pois o mesmo transmitia energias negativas sendo necessário o seu afastamento do seio familiar. No entanto a família também poderia transmitir energias negativas ao doente piorando seu quadro psíquico.

Já Birman (1978) sinaliza dois momentos onde o grau do transtorno mental tende a aumentar o primeiro é quando a família para não contrariar o ente portador de transtorno mental prefere realizar os desejos do mesmo. O segundo momento ocorre quando a relação entre a família e o portador é conturbada, ou seja, quando não existem afetos entre ambos.

Já no século XX, a família que em seu interior tem um doente mental, paulatinamente é incluída no tratamento, possibilitando a realização de estudos onde emergem diferentes compreensões acerca da relação entre a família e loucura. Parte-se da compreensão de que:

[...] conhecer e ativar a rede social do portador de transtorno mental e de sua família permite acionar e criar recursos e potencialidades que podem agir como fator estimulador de saúde mental, fornecendo suporte social, afetivo e material (ROSA, 2003, p.74).

As Conferências no âmbito da saúde mental foram de suma importância para a inserção da família no tratamento do portador de transtorno mental. A realização da II Conferência Nacional, ocorrida em Brasília, no ano de 1992, teve uma maior participação dos familiares e a recomendação foi de evitar a culpabilização dos mesmos, além de promover a atenção por parte dos serviços em saúde mental ao grupo familiar. Já a III Conferência ocorrida no ano de 2001 avançou no sentido de enxergar as famílias dos portadores de transtornos mentais enquanto aliadas. No ano seguinte foi instituída a Portaria n.251/GM do Ministério da Saúde, que estabelece normas para a assistência hospitalar, além de propiciar mudanças nas relações entre os serviços oferecidos e a família do portador de transtorno psíquico.

No desenvolvimento dos projetos terapêuticos (dos usuários), o preparo para retorno a assistência/inserção domiciliar e uma abordagem dirigida à família, no sentido de garantir orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento (ROSA 2005, p. 210).

A família ganhou visibilidade, mas estudos apontam que ainda são muitas as reclamações acerca dos serviços oferecidos que demonstram a incapacidade de uma maior atenção as mesmas.

A classe trabalhadora é duramente penalizada e sem condições de arcar com despesas básicas relativas à sobrevivência, pois sem a melhoria das condições concretas de existência, as experiências de desospitalização podem não funcionar. Já que: sobrecarregada pelas dificuldades decorrentes da baixa renda, a família não suporta o convívio com a psicose, tanto devido a fatores de ordem emocional, como também por motivos financeiros ligados ao fato de ter de prover as necessidades de um adulto improdutivo e carente de cuidados especiais (TSU, 1993, p.69).

De acordo com Brêda Augusto (2001), quando algum ente adoece toda a família sofre as consequências, pois o cuidador (a), em sua grande parte mulheres, na maioria das vezes deixa de trabalhar e fornecer o sustento, com isso o sofrimento aumenta e o grau de transtorno também.

Outra questão bastante comum é a sobrecarga emocional da família ao cuidar de um ente com transtorno mental.

A permanência dos sintomas, as falências ou os fracassos ligados á vida social do paciente geram frustrações, impotências, angústias, provocando cansaço e isolamento também nos demais membros da família. A rotina no interior do universo familiar torna-se repetitiva, nervosa, colocando as pessoas envolvidas em

constante contanto com sentimentos conflitantes e produtores de tensão (PEREIRA; PEREIRAJR,2003,p.95).

Rosa (2003) aponta que muitos familiares de portador de transtorno mental fazem uso de antidepressivos e apresentam algum distúrbio mental. A autora também afirma ser comum nas reuniões mensais realizadas pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), familiares afirmarem serem agredidos fisicamente pelo doente quando o mesmo está em estado de crise.

O conhecimento desse quadro de sobrecarga por parte dos profissionais de saúde sugere que as intervenções terapêuticas levem em consideração essa realidade. 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, estimulam a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas (MELMAN, 2008, p.80).

Conforme Jorge & Oliveira (1998), as famílias ficam de mãos atadas quando o ente portador de transtorno mental encontra-se em estado de crise, pois em sua maioria não são instruídas para agir nesses casos, gerando um sentimento de insegurança quanto à estabilidade do doente. Por isso, é comum familiares abandonarem seus entes à própria sorte, é como se voltássemos no tempo e embarcássemos em navios sem destino os doentes mentais como acontecia outrora.

Apesar de todo avanço propiciado pela reforma psiquiátrica, tais como: a criação e ampliação dos CAPS em todo território nacional; é comum nos deparamos com práticas arcaicas onde a participação da família ocorre superficialmente.

A incorporação da família na abordagem do serviço é periférica, sobretudo por meio de visitas e reuniões nas quais predominam uma orientação diretiva em que a técnica da palestra e do aconselhamento com diferentes profissionais predomina (ROSA , 2003, p.248-249).

Rosa (2003) aponta que nos serviços em que os profissionais agem tal qual está na teoria, ou seja, incentivam uma maior participação da família nos eventos, pode-se observar uma maior interação entre usuário, família e equipe interdisciplinar.

O vínculo ao serviço entra também como um recurso de vencer as resistências da família nessa parceria, pois no convívio diário, na troca das informações, o esclarecimento das dúvidas, na descoberta de diferentes modos de fazer o cuidado em saúde mental é que vão estruturar-se propostas de atenção, de agir, de considerar, de aceitar as individualidades dos usuários e das famílias (SCHRANK E OLSCHOWSKY, 2008, p.131).

Gonçalves & Sena (2001) afirma que os profissionais da área de saúde mental sua maioria não procuram trabalhar a subjetividade das famílias, os profissionais esperam que os

mesmos aceitem o transtorno para não se dar o trabalho de oferecer suporte. Segundo estudos realizados por Melman (2008), familiares relataram a existência de comentários onde profissionais os culpam pelo transtorno mental do seu ente.

As práticas tradicionais no que tange à atenção à família pelos serviços de saúde mental ainda constituem maioria, o sofrimento da família parece não comover aqueles que deveriam oferecer suporte. A família em muitos casos não é instruída pelos profissionais, com isso o que foi proposto pela reforma fica somente no papel. É preciso progredir no tocante a uma atenção maior para com aqueles que sozinhos cuidam dos seus entes doentes.

Para muitas famílias a internação dos seus entes portadores de transtorno mental constitui a única e melhor alternativa. A reinserção do portador de transtorno mental no seio familiar não é tarefa fácil, pois por muitos séculos o doente foi visto como sujeito perigoso, devendo ficar preso nos hospitais psiquiátricos. Sentimentos diversos ainda atormentam as famílias, tais como: medo do doente em estado de crise, receio de a sociedade segregá-los, entre outros, o que contribui para a não aceitação do doente em casa.

A construção de um tratamento pautado também pela conquista da cidadania e a confirmação de outro modo de cuidar não poderia calar a necessidade de um espaço de escuta, para que nele pudesse aparecer o tratamento muitas vezes inerente à convivência com alguém que representa na família algo estranho (SOUZA; BAGNOLA, 2007, p.268).

Por fim, Romagnoli (2004) acredita que os serviços de saúde mental têm potencial para propor parceria com as famílias, construindo um espaço de troca e interação entre a tríade: família, equipe e usuário. Para que a interação ocorra é imprescindível que a equipe profissional tenha conhecimento teórico acerca do que preconiza a reforma psiquiátrica e, ainda, a família precisa de alguém que a escute e que lhe oriente, havendo isso a mesma se sente segura e a parceria é concretizada.

5-CONSIDERAÇÕES FINAIS

As formas de enfrentamento da loucura vêm trilhando caminho arduo. Até meados do século XX as pessoas que apresentavam comportamentos que fugiam dos padrões considerados normais eram segregadas. Os loucos eram levados para hospitais psiquiátricos para serem submetidos a um tratamento disciplinar, torturante que só vinham a piorar o quadro psíquico dos mesmos.

No entanto é preciso que se compreenda, que a reforma psiquiátrica vai além das transformações nas instituições/ serviços. Trata-se de um processo de transformações no campo do saber, político, cultural e, conseqüentemente, nas práticas.

No contexto da reforma psiquiátrica, nota-se a importância do acompanhamento e do apoio das famílias das famílias aos portadores de transtorno mental. Mas, para que essa participação seja real é necessário o preparo e orientação a essas famílias, o que se coloca como mais uma demanda /desafio aos serviços.

É preciso considerar a complexidade do cuidado / assistência a um portador de transtorno mental no contexto familiar. Trata-se de uma realidade que tende a gerar medos, inseguranças, angústias, enfim, toda uma carga física - emocional que também demanda cuidados.

A tendência equivocada e predominante de culpabilização da família, inclusive pelo “abandono” de seu portador de transtorno mental, precisa ser superada.

As reflexões aqui postas nos levam a concluir que o processo de desospitalização é bem mais complexo do que se possa imaginar, assim como os desafios postos à reforma psiquiátrica. A questão não é pura e simplesmente tirar o paciente do hospital e devolvê-lo a sua família. Vai muito, além disso!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. Ed. Rio de Janeiro, SDE/ ENPS, 1995

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da família**. (Dora Flaksman, trad. 2ª ed.). Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasil, 2004.

BREDA, M.Z. & AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, nº. 2, 2001.

BIRMAN, J. A psiquiatria como higiene moral. In: BIRMAN, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**, Rio de Janeiro: Graal, 1978. p.273-284.

CHAMPLIN, D. S. **Antropologia**. São Paulo: Ed. ESETec, 2002.

CHERUBINI, K. G. **Modelos Históricos de Compreensão da Loucura**. Da Antiguidade Clássica a Philippe Pinel. 1997.

CIRILO, L.S. **Novos tempos: saúde mental, CAPS e cidadania nos discursos de usuários e familiares**. Campina Grande, 2006. Dissertação. Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva - Universidade Estadual da Paraíba.

DELGADO, P. G. C. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F. MELLO, A. A. F; KOHN, R (orgs). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: ARTMED. 2007.

FRAYZE-PEREIRA, J.A. **O que é loucura**. 3. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FERREIRA, A. B. H.. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3ª. Ed.. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FOCAULT, M. **História da loucura**. 4ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

GIORDANO, J. **A persistência da higiene e a doença mental**: contribuições à história das políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo. Dissertação. Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

GONÇALVES, A.M & SENA, R. R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, p.48-55, 2001.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

MACHADO R. et al. **Danação da norma**: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 3ª Ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MIOTTO, R.C.T., SILVA, M. J. S., Selma M. M. M. A relevância da família no atual contexto das políticas públicas brasileiras: a política de assistência social e a política antidrogas. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz - Maranhão, v. 11, n. 2, p.197-220, 2007.

OLIVEIRA, M. M. B de; JORGE, M. S. B. **Doente mental e sua relação com a família**. In: Encontro de pesquisadores em saúde mental e especialistas em enfermagem psiquiátrica, 1998, São Paulo. Anais. São Paulo: FAPESP, 1998, p.379-388.

PASSOS, I. C. F & BARBOZA, M.A.G. Tempos e espaços da loucura: uma leitura focaultiana. In: PASSOS I.C.F. **Loucura e sociedade**: discursos, práticas e significações sociais. Belo Horizonte, 2009, p. 43-57.

PEDRO, F. D. L. **Dinâmica relacional familiar e desnutrição na infância em contexto de vulnerabilidade social**. Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

PEREIRA, M. A. O & PEREIRA JR, A. Transtorno Mental: dificuldades enfrentadas pelas Famílias. **Rev. Escolar de Enfermagem**, v. 37, n. 4 p.92-199, 2003.

PESSOTI, Isaias. **O Século dos Manicômios**. Rio de Janeiro: Ed.34, 1996, p. 300.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S; COSTA, N. (Orgs). **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**, Petrópolis, Ed. Vozes, 2007.

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

_____ A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, v. 11, n.18, 2005, p. 205-218.

ROMAGNOLI, R. C. (2007). O pensamento institucionalista e a transformação da família. In: C. Ceverny (Org). **Família, movimento e transformação** (p. 97-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.

SARTI, C.A. As famílias enredadas. In: ACOSTA, A.R e Vitale, Maria A. (orgs) **Família, redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2007

SCHRANK, G.& OLSCHOWSKY, A.O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Rev. Escolar de Enferm.** v.42, n.1, p.127-134, 2008.

SERRANO, A. Í. **O que é Psiquiatria Alternativa**. 7º. Ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

SILVA FILHO, J. F. **A medicina, a psiquiatria e a doença mental**. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde mental no Brasil*. 2º ed. Petrópolis: Vozes, p. 75-102, 1990.

SOUZA, S. F. M. & BAGNOLA, E. P. P. O sujeito na sua família. In: MERHY, E. E.; HELOISA, A. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, p.267-275, 2007.

TSU, T. **A internação e o drama das famílias**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/Vetor, 1993.

VASCONCELOS, E. M. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucicet, 2010.