



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

LANNUZYA VERÍSSIMO E OLIVEIRA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE
TRANSTORNO MENTAL: impactos sobre a saúde familiar**

ORIENTADORA: Prof^a Ms. Livia Sales Cirilo

CAMPINA GRANDE – PB

2011

LANNUZYA VERÍSSIMO E OLIVEIRA

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE
TRANSTORNO MENTAL: impactos sobre a saúde familiar**

*Trabalho Acadêmico Orientado
Apresentado ao Departamento de
Psicologia da Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB, em
cumprimento aos requisitos
necessários para obtenção do
título de especialista em Saúde
Mental*

Orientadora: Prof^a Ms. Livia Sales Cirilo

CAMPINA GRANDE – PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

- O48d Oliveira, Lannuzya Veríssimo e.
Desinstitucionalização do portador de transtorno mental
[manuscrito]: impactos sobre a saúde familiar / Lannuzya
Veríssimo e Oliveira. – 2011.
44 f.
- Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba. – Fundação
Oswaldo Cruz, 2011.
“Orientador: Profa. Ma. Livia Sales Cirilo, Departamento de
Psicologia”.
1. Transtorno mental. 2. Saúde mental. 3. Reforma
psiquiátrica. I. Título.

CDD 21. ed. 618.89

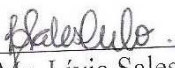


PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA


ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA

Aos doze dias do mês de junho do ano de dois mil e onze, às quinze horas, na sala 02 - 2º andar do Prédio da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual da Paraíba, reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada para o exame da monografia da aluna **LANNUZIA VERÍSSIMO E OLIVEIRA**. Foram componentes da banca examinadora os professoras: Ms. Livia Sales Cirilo (Orientadora), Dra. Jadcely Rodrigues Vieira (examinadora), Dra. Railda Fernandes Alves (examinadora). Compareceram à cerimônia, além da examinada, alunos da pós-graduação em Saúde Mental e interessados em geral. Dando início aos trabalhos, a presidente da banca, Profa. Ms. Livia Sales Cirilo, após declarar o objetivo da reunião, apresentou a examinada **LANNUZIA VERÍSSIMO E OLIVEIRA** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que dissertasse sobre a sua monografia, intitulada: **“DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: IMPACTOS SOBRE A SAÚDE FAMILIAR”**. A candidata foi a seguir argüida pelos examinadores na forma regimental. Ato contínuo passou à comissão, em secreto, à avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito: APROVADA, o qual foi proclamado pela presidência logo que esta foi franqueada ao recinto da solenidade pública. Face à aprovação, declarou a presidente achar-se a examinada **LANNUZIA VERÍSSIMO E OLIVEIRA** legalmente habilitada a receber o certificado de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, cabendo a Universidade Estadual da Paraíba, providenciar, como de direito, a expedição do certificado ao qual a mesma faz jus. Nada mais havendo a tratar, eu Jadcely Rodrigues Vieira (Coordenadora da Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial UEPB/MS), lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada, assino juntamente com todos os membros da banca.


Campina Grande, 12 de agosto de 2011.



Prof. Ms. Livia Sales Cirilo
Orientadora



Jadcely Rodrigues Vieira
Examinadora



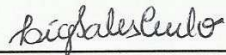
Prof. Dra. Railda Fernandes Aves
Examinadora

LANNUZYA VERÍSSIMO E OLIVEIRA

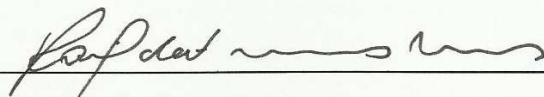
**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE
TRANSTORNO MENTAL: impactos sobre a saúde familiar**

Campina Grande-PB, 12 de agosto de 2011.

BANCA EXAMINADORA



Profª Ms. Lívia Sales Cirilo
Orientadora



Profª. Dra. Railda Fernandes Alves
Examinadora



Profª. Dra. Jadcely Rodrigues Vieira
Examinadora

Para minha querida mãe, por quem vim e, que ao longo dos anos, tem acreditado e investido em mim.

Minha Gratidão

A Ti Senhor, a quem nunca deixarei de honrar e agradecer.

À minha querida mãe, por ser a minha maior incentivadora, a melhor amiga e a companheira de todas as horas, por sua preocupação e presença.

A Tássio por sua paciência, incentivo, pelas palavras de conforto e sentimentos, que muito me fortaleceram.

A minha prima, amiga e fiel colaboradora em todos os meus trabalhos.

A Clara que me traz sorrisos em momentos de desalento.

Aos meus familiares, apenas por sê-los, o que já é tudo.

À minha orientadora Prof^a. Ms.Lívia Sales, por aceitar esta parceria e, mesmo em meio a tantos compromissos, disponibilizar tempo para mim, presenteando-me com a equilibradíssima orientação acadêmica e pessoal.

Às Professoras Railda e Jadcely pela extrema boa vontade em participarem na banca examinadora.

À Yasmine, pelo excelente trabalho desenvolvido.

Aos familiares dos portadores de transtorno mental moradores residentes em Barra de Santana, por aceitarem participar da pesquisa.

“Estive doente
Doente dos olhos, doente da boca, dos nervos até
Dos olhos que viram mulheres formosas
Da boca que disse poemas em brasa
Dos nervos manchados de fumo e café
Estive doente, não posso escrever
Eu quero um punhado de estrelas maduras
Eu quero a doçura do verbo viver ”

Poeta Louco

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 Geral	12
2.2 Específico	12
3. REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1 Loucura: Perspectiva Histórica	13
3.2 Considerações sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira	17
3.3 Família no contexto da desinstitucionalização	19
4. CAMINHO METODOLÓGICO	22
4.1 Tipo de Estudo	22
4.2 Cenário	22
4.3 Sujeitos da Pesquisa	23
4.4 Instrumentos para Coleta de Dados	22
4.5 Procedimentos para Coleta de Dados	23
4.6 Processamento e Análise dos Dados	23
4.7 Considerações Éticas	24
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
7. REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	
ANEXO	

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo. **DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: impactos sobre a saúde familiar.** 2011. 50f. Monografia (Especialização em Saúde Mental), Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, 2011.

RESUMO

A loucura freqüentemente tem sido associada ao anormal, contudo, a forma como esta é percebida sofreu modificações através dos tempos. Com a Reforma Psiquiátrica a família, antes excluída do cuidado de seu familiar, torna-se ativa nesse processo. Atualmente, preconiza-se a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental deslocando os tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares. O cuidar de um portador de transtorno mental não se constitui em tarefa fácil, sendo necessário investigar os impactos gerados nestas famílias após a desinstitucionalização. Objetivou-se com esse trabalho compreender o significado do cuidar do portador de sofrimento psíquico para os familiares. Para isso utilizou-se uma pesquisa explorativa-descritiva com abordagem qualitativa. A amostra contou com doze familiares de portadores de transtornos mentais com histórico de internação psiquiátrica que residem no município de Barra de Santana. Os dados foram coletados por meio de um questionário sócio-demográfico e um roteiro de entrevista semi-estruturada que foram submetidos à análise estatística, bem como à análise temática de conteúdo. Constatamos que os familiares responsáveis pelo cuidado eram predominantemente do sexo feminino (91,7%) com idade entre 60 e 69 anos (50%), casados (50%), com o ensino fundamental incompleto (75%), católicos (83%) e aposentados(58,3%), sendo (50%) mães e (33,3%) irmãs. Quatro categorias temáticas foram caracterizadas como dificuldades no lidar com os pacientes outrora institucionalizados: (i)Angústia pela Impossibilidade da Cura; (ii) A triste sorte de cuidar sozinho; (iii)Onde come um Não come dois; (iv) A não aceitação da doença. Há ainda uma última categoria em que foram comportados os discursos favoráveis a desinstitucionalização (v) Felicidade pelo regresso. Evidencia-se a necessidade de estudos mais aprofundados acerca deste tema, bem como discussão, desenvolvimento e implementação de políticas de cuidado destinada aos cuidadores.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; transtorno mental; família.

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo. **DEINSTITUTIONALIZATION OF THE MENTAL DISORDER PATIENT: impacts on familiar health.** 2011. 50f. Monograph (Specialization in Mental Health), Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011

ABSTRACT

The madness has often been associated with abnormal, however, how this is perceived has changed over time. With the Psychiatric Reform, the family, first excluded from the familiar care, becomes active in this process. Currently, it is recommended to decrease the supply of hospital beds and the creation of substitute services for mental health care, moving treatments into the interstitial of dynamics family. Taking care of psychic suffering patient carrier does not constitute an easy task, being necessary to investigate the impacts caused on these families after deinstitutionalization. This research aimed to understand the meaning of taking care of psychic suffering patient carrier for the family members. For this work, we used an exploratory-descriptive research with a qualitative approach. The sample consisted of twelve families of mental disorder patients with a psychiatric hospitalization historic who live in Barra de Santana, a municipal district in Paraíba, Brazil. The data, collected through a socio-demographic questionnaire and a schedule of semi-structured interviews, were subjected to statistical analysis as well as thematic content analysis. We found that family caregivers were predominantly female (91,7%) aged between 60 and 69 years (50%), married (50%) with incomplete primary education (75%), Catholics (83%) and retired (58,3%), being (50%) mothers and (33,3%) sisters. Four thematic categories were characterized as difficulties in dealing with formerly institutionalized patients: (i) Anxiety for the impossibility of cure, (ii) The sad fate of caring alone, (iii) Where one eats, two does not eat, (iv) Non-acceptance of the disease. There is one final category in which contains the favorable speeches in deinstitutionalization (v) Happiness for the return. This study highlights the necessity of further studies on this issue and discussion, the development and implementation of policies of care for the ones who take care.

Keywords: Psychiatric Reform; mental disorder, family;

1 – INTRODUÇÃO

Em todas as sociedades, e nas mais diversas épocas, a loucura tem sido encontrada e freqüentemente associada à diferença, ao anormal, ao que não se encontra na esfera do aceitável. Entretanto, a forma como a loucura é percebida e tolerada sofreu modificações ao longo dos tempos.

Na era Clássica a loucura era associada a manifestações divinas, sendo assim, o louco era respeitado e temido. Na Idade Média ocorrem mudanças nas conjunturas sociais, a loucura passa então a ser compreendida sob uma ótica negativa, visto que é entendida como uma possessão demoníaca. A partir do século XV, começou-se a buscar a causa da loucura, e firmados no racionalismo de Descartes passaram a entender que o louco não pensava e conseqüentemente não existia, sendo pela sociedade, excluído. Na era da modernidade surge a psicologia e a sociologia, como também a medicalização das moléstias. E, a partir de 1700 a loucura é então compreendida como doença (FOUCAULT, 1978). A partir desse olhar sobre a loucura surgem várias correntes de pensamento que visam explicar e tratar a loucura. Como o Modelo Organicista; o Modelo Social e o Psicanalítico.

Exatamente no período em que as internações psiquiátricas eram questionadas na Europa, consideradas como uma forma de tratamento obsoleta, os doentes mentais brasileiros eram trancafiados em manicômios nos quais permaneciam, na maioria das vezes, por toda a vida. Em meados da década de 80, um movimento liderado pelos trabalhadores de saúde mental começou a questionar a segregação social, até então, fomentada pelos manicômios (AMARANTE, 1994).

A Reforma Psiquiátrica tornou-se responsável por criar uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, de base comunitária, substituindo o modelo manicomial vigente. Com tais modificações, a família, antes excluída do cuidado de seu familiar, torna-se parte integrante e ativa nesse processo de transformação.

No modelo de atenção ao portador de transtorno mental, atualmente proposto, preconiza-se a diminuição da oferta de leitos hospitalares e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental deslocando, assim, o seguimento e evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas

familiares mobilizadas pela inclusão dos portadores de sofrimento psíquico (LOUGON, 1993). Porém, sabemos que os serviços existentes possuem dificuldades em assistir a totalidade dos portadores de transtorno mental no que concerne a acessibilidade destes aos serviços, como também, sabemos que o cuidar de um portador de transtorno mental não se constitui em tarefa fácil.

O portador de transtorno mental que, até então, era marginalizado e considerado desprovido da razão, da vontade e economicamente improdutivo, passa a ser visualizado na sua condição de sujeito-cidadão, buscando-se o fim da segregação social e o egresso dos pacientes outrora asilados para o convívio comunitário. Sendo, a célula mínima dessa inclusão centrada na família que deve recepcionar, cuidar, estimular e colaborar com a reinserção do seu parente na sociedade.

Segundo dados do Ministério da Saúde, é palpável a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais, cuja prevalência em cidades brasileiras oscila de 20 a 50%. Mundialmente das dez doenças incapacitantes e que maior sobrecarga causam na vida das pessoas, cinco são de natureza psiquiátrica (Brasil, 1999).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica resultou de discussões de vários segmentos sociais associada a influências estrangeiras, responsáveis pela mudança de paradigmas que culminaram com o fechamento de muitos hospitais psiquiátricos e a inclusão dos pacientes internos no âmbito familiar.

Considerando que na perspectiva de atendimento centrada na Reforma Psiquiátrica o papel da família torna-se ativo no cuidado ao portador de sofrimento psíquico é extremamente relevante identificar as implicações que esse fato acarreta aos familiares que receberam de volta os pacientes desospitalizados.

Pensadores do campo da saúde, preocupados com essa temática, vêm realizando investigações voltadas para as relações entre familiares e portadores de transtorno mental no contexto da Reforma Psiquiátrica, a exemplo dos estudos: “A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental” (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSI, 2008), “ Família e a doença mental: a difícil convivência com a diferença ” (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004), bem como estudos que enfocam as implicações para os

cuidadores, como: “Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador ?” (COSTENARO; LACERDA, 2001) e “O tornar-se cuidadora na senescência” (BRAZ; CIOSEK, 2009), dentre outros.

Estas publicações, entretanto, não costumam focar a realidade psicológica, a subjetividade e a percepção que o familiar tem de sua função enquanto cuidador, muitos estudos se limitam a compreensão que os profissionais têm acerca desse processo. Mediante tais constatações desenvolveu-se essa pesquisa com o objetivo de apreender o significado do cuidador do portador de transtorno mental para os familiares no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Para alcançar tal objetivo, metodologicamente realizou-se pesquisa de caráter qualitativo. Participaram desse estudo 12 familiares cuidadores de pacientes com transtorno mental egressos de hospitais psiquiátricos, tendo como instrumento a entrevista semi estruturada, gravada e transcrita na íntegra, cujo material foi analisado e posteriormente categorizado segundo Bardin (1977), onde foi possível compreender as implicações desse cuidado para os participantes do estudo.

2 – OBJETIVO

Geral

- Compreender o significado do cuidar do portador de transtorno mental para os familiares;

Específicos

- Apreender a percepção dos familiares acerca das responsabilidades enquanto cuidador;
- Identificar a significação da desinstitucionalização para os familiares;
- Desvelar os impactos para a saúde do familiar no contexto da desinstitucionalização do portador de transtorno mental;

3 - REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Loucura: Perspectiva Histórica

“Quando comecei a me aprofundar no conhecimento da loucura pensei tratar-se de uma ilha, agora vejo que é um oceano...”.

(Simão Bacamarte
O Alienista, Machado de Assis).

A Loucura tem sido encontrada nas distintas sociedades e em todas as épocas da história humana, mas a forma como esta é compreendida sofreu alterações ao longo dos tempos.

Na Grécia Clássica o indivíduo louco era considerado privilegiado, visto que sua condição era compreendida como manifestação divina (SILVEIRA; BRAGA; VIOLANTE, 2005). Defendia-se assim que a loucura era um instrumento utilizado pelos deuses para evitar que os homens interferissem na execução de seus projetos e caprichos (PESSOTTI, 1994).

Na Antiguidade pré-socrática a loucura encontrou espaço para expressar-se, não sendo necessário controlá-la ou excluí-la, pois ela era transformada pela cultura em um instrumento necessário para que se compreendessem as mensagens divinas, não acarretava estigma e não havia necessidade de cura, pois não era considerada doença (CIRILO, 2006).

Ainda na Antiguidade, alguns filósofos começaram a buscar outras explicações para a loucura, sendo esta explicada por alguns como desequilíbrios da natureza orgânica e corporal do homem e por outros como decorrente da umidade do cérebro (PESSOTTI, 1994). Tais filósofos trazem com seus questionamentos e teorias o fim do predomínio absoluto da explicação mitológica e teológica das doenças (CIRILO, 2006).

Resende (2000) descreve ainda o caráter agressivo das terapêuticas adotadas nesta época, ressaltando que os tratamentos destinavam-se a livrar os enfermos dos seus maus humores, “sangrando-os até o ponto de levá-los a síncope, ou purgando-os várias vezes por dia até que de seus intestinos nada mais saíssem senão água rala e muco” (p. 25).

Cirilo (2006) refere que até a idade média a loucura no contexto de doença era praticamente despercebida e quando notada era vista como fato cotidiano ou dádiva divina, através de componentes mágicos e simbólicos e seu tratamento quando indicado não acarretava necessariamente mecanismos de exclusão.

Na Idade Média, a loucura passa a substituir o lugar ocupado anteriormente pela lepra passando então a ser conceituada como mal da sociedade, tomando o lugar de exclusão que era reconhecidamente dos leprosos (SILVEIRA; BRAGA; VIOLANTE, 2005).

Nesse período surge a figura mítica da nau dos loucos, que vagava pelos rios, de cidade em cidade, povoando por muitos anos o universo imaginário do homem europeu (FOCAULT apud CIRILO, 2006). E, a loucura ganha contornos de possessão diabólica, já que os demônios eram considerados fontes seguras de prazeres e poderes e, principalmente conhecimentos especiais, se tornava mais fácil atribuir uma série de comportamentos pouco comuns, bizarros à cumplicidade com o demônio (PESSOTTI, 2004).

A Idade Média foi permeada por credices supersticiosas, sendo os loucos considerados hereges e muitas vezes condenados às fogueiras, este período permanece em total silêncio no tocante aos estudos referentes às causas da loucura (CIRILO, 2006).

Com o advento da modernidade, muitas foram as modificações ocorridas, dentre elas o surgimento dos primeiros movimentos intelectuais que propunham um novo modelo político que diminuísse o absolutismo dos reis e a instauração de um novo modelo econômico: o mercantilismo. Nesse século começaram a ser encarcerados todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento de produção, de comércio ou de consumo, assim a repressão predominantemente religiosa, passou a ter um caráter econômico, com isso, são criados na Europa instituições de internação, para onde eram enviados

todos aqueles que comprometiam essa nova ordem: marginalizados, pervertidos, miseráveis e dentre eles os loucos (FOUCAULT, 1978).

O que Foucault denominou de A Grande Internação caracteriza-se então por transformar o hospital, ao mesmo tempo, num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão:

Soberania quase absoluta, jurisdição sem apelações, direito de execução contra o qual nada pode prevalecer-o Hospital Geral é um estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão. Os alienados que Pinel encontrou em Bicêtre e na Salpêtrière pertenciam a esse universo. (FOUCAULT, 1978, p. 38)

Segundo Cirilo (2006) apenas em meados do século XVIII a loucura assume o papel de legítima herdeira do espaço de internamento. Esta é marcada como objeto do saber médico, caracterizando-se como doença mental e, portanto, passível de cura.

No final desse século eclode a Revolução Francesa que traz consigo ideais de liberdade, igualdade e fraternidade. Esse movimento revolucionário trouxe a necessidade de transformação das instituições sociais e aqueles pacientes que podiam produzir foram inseridos no trabalho. É nesse contexto que o jovem médico Phillipe Pinel é indicado para ser reformador de um hospital em Paris, o Hospital de Bicêtre (AMARANTE, 2003). Assim se inicia o processo de reforma do espaço hospitalar: o surgimento do hospital psiquiátrico.

Em 1793 Pinel rompe com as práticas dominantes, libertando os loucos das correntes que os prendia, baseado na assertiva de que estes precisavam de um tratamento mais humanizado advogava uma terapêutica moral como base da sua medicina (CIRILO, 2006).

Castel (1978) cita os fatores que na época serviram de explicação para as novas relações da sociedade com a loucura: o contexto político do advento do legalismo (com a ruptura do equilíbrio tradicional de forças do Antigo Regime surge a necessidade de novas formas de regulação social); o surgimento de novos agentes (a justiça, as administrações locais e a medicina); a atribuição do status de doente mental ao louco e a constituição de uma nova estrutura institucional (o asilo de alienados). Assim a Psiquiatria surge como

resposta a uma problemática social e ocupa o lugar de instância reguladora da loucura.

Segundo Foucault (1978) com o surgimento da Psiquiatria, a loucura continuava a ser um problema que se diferenciava da pobreza, ela merecia uma assistência que pudesse minimizar o temor por ela despertado na sociedade. Dessa forma a loucura permanecerá dentro do campo da exclusão, agora com a diferença de estar sob a vigília médica.

Neste processo de apropriação da loucura pela medicina o *conceito de alienação* tem um papel fundamental, este se torna sinônimo de erro; algo não mais da ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão, mas uma desordem desta. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social, deixando-o fora da realidade (TORRE; AMARANTE, 2001).

Assim, segundo Pinel, o princípio terapêutico do tratamento moral, se refere ao isolamento do mundo exterior. Se as causas da alienação mental estavam presentes no meio social, era o isolamento que permitia afastá-las, transportando o enfermo para um meio no qual as mesmas não podiam mais prejudicá-los (AMARANTE, 1996).

Esquirol, posteriormente, enfatiza as propostas de Pinel, apresentando as razões para justificar esse isolamento: garantir a segurança social dos loucos e de suas famílias; liberá-los das influências externas; vencer suas resistências pessoais; submetê-los a um regime médico; impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais (FOUCAULT, 1978).

Segundo Cirilo (2006) é válido afirmar que ao mesmo tempo em que Pinel foi enaltecido devido ao ato de “libertar os loucos” também foi muito criticado, dado que se as amarras que prendiam fisicamente foram suprimidas, outras surgiram mais perigosas e sutis. Foucault (1978) apresenta crítica semelhante, ao afirmar que “... reconstituiu-se em torno deles (os loucos) todo um encadeamento moral que transformava o asilo numa instância perpétua de julgamento; o louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, ridicularizado nos seus erros.” (p.26).

3.2 Considerações sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira

“E não podemos admitir que se impeça o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e tão lógico como qualquer ato humano” (Antonin Artaud).

Após 1808, com a chegada da família real ao Brasil, o país passa por uma série de transformações, tanto no âmbito político, como também no econômico e social. Assim, o surgimento do primeiro hospício brasileiro está ligado diretamente ao reordenamento da cidade (processo de urbanização), bem como a necessidade de recolher os “desviantes” (desempregados, mendigos, órfãos, marginais e os loucos) que viviam pelas ruas. A partir de 1830, ocorre uma luta pela criação de um lugar específico para os loucos; tal movimento ficou conhecido pelo lema “Aos loucos, o hospício” (AMARANTE, 1998).

Em 1841, foi criado no Rio de Janeiro o Hospício de Pedro II. Este seguia a tendência francesa, cuja loucura era tida como doença que carecia de um tratamento médico. Entretanto, ocorriam denúncias de que no âmbito hospitalar os pacientes sofriam vários tipos de violência, problemas agravados pela superlotação (AMARANTE, 1994).

Assim como na Europa dos séculos XVIII e XIX, também no Brasil da segunda metade do no século XX, os doentes mentais eram colocados nas prisões por vagabundagem ou perturbação da ordem pública, os loucos vagavam pelas ruas ou eram encarcerados em hospitais (COSTA, 1981).

A superlotação dos hospícios levou à criação das colônias agrícolas nos anos 1910/20, seus idealizadores acreditam que a cura dos transtornos era possível através da prática de trabalhos. Em 1940 e 1950, predominaram as terapias biológicas, como por exemplo, a eletroconvulsoterapia, as lobotomias, entre outras. Já a partir de meados da década de 1950 os medicamentos assumem a ponta dos tratamentos terapêuticos. Na década seguinte, a psiquiatria pública entra em crise, dado o crescimento da psiquiatria privada, a qual passou a assumir os recursos disponíveis através de convênios com o Estado. Tal fato resultou no crescimento desordenado das internações,

desencadeando excessiva precariedade no tratamento da doença mental (AMARANTE, 1998).

Com o processo de redemocratização política ocorrida no país, o modelo tradicional de assistência à saúde mental no Brasil começa a dar sinais de exaustão. No ano de 1978, na busca por propostas e ações contra o modelo manicomial, assim como a sua modificação, cria-se o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental. Este movimento tinha por meta, como aponta Amarante:

[...] constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade. (AMARANTE, 2003, p.52).

Este movimento constitui-se como um movimento formulador de um pensamento crítico que combatia o tratamento hospitalocêntrico e pregava a desinstitucionalização. Em 1987, ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Nessa época, lançou-se o seguinte lema: “Por uma sociedade sem manicômios”. Em 1988, com a implantação da Constituição Brasileira, preconizou-se com relação à saúde, a criação de um sistema democrático que levaria em consideração as necessidades da população e que permitiria o exercício do controle social sobre as políticas de saúde, com a participação dos gestores, trabalhadores da área da saúde e usuários (AMARANTE, 2003).

No tocante a saúde mental, por suas especificidades, a implantação da política de saúde exige uma luta específica para que esses direitos sejam legitimados, haja vista que a cidadania, para o doente mental, excepcionalmente, ainda é um processo mais trabalhoso que a cidadania no conjunto da população (BRASIL, 1998).

Em 1989 é apresentado o projeto de lei 3.657/89 construído com base na mobilização do Movimento de Luta Antimanicomial com a proposta de extinguir progressivamente as instituições públicas manicomiais e regulamentar os direitos dos doentes mentais, porém, somente após 12 anos é que esta Lei foi aprovada e sancionada. A Organização Mundial de Saúde-OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde divulgaram, em 1990, um documento intitulado como “A reestruturação da atenção psiquiátrica na América-Latina:

uma nova política para os serviços de saúde mental”, objetivando a superação do modelo hospitalocêntrico e da exclusão contra o portador de transtorno mental (AMARANTE, 2003).

Em setembro de 2000 é lançada a primeira edição de Leis e Normas sobre saúde mental. E em 2001, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental. Esta teve como pauta, discussões acerca da Lei 10.216/01 (regulamentando a Política de Saúde Mental) e das portarias do Ministério da Saúde que fundamentam a assistência em saúde mental no Brasil. Na pauta de seu relatório final reafirmaram-se as conquistas obtidas em conferências anteriores e consolidou-se a estratégia dos serviços comunitários (CAPS) enquanto formas de extrema importância para a organização da atenção em saúde mental (BRASIL, 1998).

Além do CAPS, foram implementadas outras estratégias na busca pela efetivação da Reforma Psiquiátrica, como, por exemplo, as Residências Terapêuticas e a articulação com o Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2005).

Salles e Barros (2007) explicam que os serviços substitutivos, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e hospitais dia (HD), são defendidos pelo Ministério da Saúde como estratégia que visa promover a desinstitucionalização da doença e do doente mental. O Brasil tem adotado as propostas da Reforma Psiquiátrica como diretriz para a Saúde Mental, assim tem procurado diminuir o número de hospitais psiquiátricos e aumentar os CAPS para atender a essa população (BRASIL, 2005).

Portanto, a reforma psiquiátrica brasileira pode ser considerada, na medida do possível, um processo positivo e bem-sucedido. Entretanto, é preciso compreender que não ocorre de maneira homogênea em todo o território nacional, e, que novas problematizações vão surgindo, sendo necessárias novas discussões como as ocorridas em julho de 2010 na IV Conferência de Saúde Mental.

3.3 Família no contexto da desinstitucionalização

“É fácil amar os que estão longe. Mas nem sempre é fácil amar os que vivem ao nosso lado” (Madre Teresa de Calcutá).

O conceito de família engloba um grupo de pessoas diretamente unidas por conexões parentais, cujos membros adultos assumem a responsabilidade pelo cuidado das crianças (GIDDENS, 2005). Porém, esse conceito não se adequa ao nosso cotidiano atual, onde há uma grande diversidade de formas de famílias. Sendo assim, conceituar uma família torna-se tarefa difícil, e, por vezes, esse conceito excede os laços consangüíneos (CASEY, 1992).

Embora haja diferenças conceituais, segundo Scocuglia (2000), há uma unanimidade quanto ao reconhecimento da importância familiar e do confinamento da família na intimidade do lar, principalmente a partir da segunda metade do século XIX.

Reconhecendo, pois a importância da família como suporte social é pertinente discutir acerca das famílias no contexto da desinstitucionalização.

A Reforma Psiquiátrica algumas vezes compreendida como mera desospitalização, sem, por sua vez, garantir as condições necessárias de ressocialização/reabilitação, gera fortes impactos sobre a família, pois é nesta que se dá o embate com a realidade cotidiana do cuidado ao doente mental (AMARANTE, 2003).

Não são insignificantes os casos em que as famílias não dispõem de equipamentos sociais adequados para a assistência e cuidados dos egressos das instituições (SADIGURSKY, 1997).

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do portador de sofrimento psíquico para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (AMARANTE, 1995).

Embora seja a recomendação da Reforma Psiquiátrica que a família esteja inserida no tratamento proposto para o portador de transtorno mental, essa conduta tem sofrido algumas críticas de atuantes na área de saúde mental, por vários motivos, dentro os quais se destacam: a manutenção da

infantilização do usuário, bem como pela negação da família em corroborar no tratamento (PIMENTA, 2008).

A alta hospitalar desencadeia sobrecarga para a família. Defende-se que os profissionais da saúde mental ofereçam suporte aos familiares de pacientes egressos ao lar. Sabe-se, no entanto, que na prática, o grupo como um todo, dificilmente está disponível e/ou disposto a trabalhar a dimensão subjetiva e objetiva do cuidado com o doente mental. É comum profissionais da saúde mental exigirem que a família aceite a doença sem oferecer-lhe suporte e orientações (KOGA, 1997).

Os diferentes percursos da reforma psiquiátrica brasileira têm evidenciado a fragilidade do sistema de saúde para oferecer outro tipo de atendimento que não aquele centrado no leito hospitalar. Também não são valorizadas as múltiplas determinações sociais, econômicas, políticas, culturais e religiosas, individuais e coletivas. Tais fatores corroboram de maneira negativa no contexto da inserção do portador de transtorno mental nas dinâmicas familiares (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

4 – CAMINHO METODOLOGICO

4.1 Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo do tipo explorativo-descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Flick (2009) pesquisa qualitativa é aquela cujo interesse é saber acerca da experiência subjetiva de determinados acontecimentos. Turato (2003) traz ainda o conceito de que a metodologia qualitativa não busca estudar o fenômeno em si, mas entender o significado individual ou coletivo de tal fenômeno para a vida das pessoas.

4.2 Cenário

O estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Caboclos, localizada no município de Barra de Santana. Esta, por sua vez, localiza-se na micro-região do Cariri Oriental da Paraíba, possui uma população de 8990 habitantes, segundo dados do IBGE (2009), e conta com quatro Unidades Básicas de Saúde da Família, com Um Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), com um hospital de pequeno porte e com um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) intermunicipal.

A UBSF de Caboclos abrange vinte sítios e um povoado, comporta 603 famílias em sua área de abrangência, contabilizando aproximadamente 3618 indivíduos, dentre os quais dezesseis são egressos de hospitais psiquiátricos, acompanhados pelo CAPS. Segundo OPAS/OMS (2001), cerca de 8% da população adulta apresentava algum tipo de transtorno mental e comportamental, destes 1% desenvolvem transtornos mentais graves, baseando-se em tais dados, a UBSF de Caboclos possui significativo número de portadores de transtorno mental, o que justifica a escolha desse cenário para realização da pesquisa, bem como por este ser nosso campo de trabalho.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

A amostra contou com doze familiares de portadores de transtornos mentais com histórico de internação psiquiátrica residentes na área de abrangência da UBSF de Caboclos que concordaram em participar da

pesquisa, após serem informados sobre os objetivos e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta de dados, utilizou-se questionário (Apêndice B) e entrevista semi-estruturada (Apêndice C).

4.5 Procedimentos de Coleta de dados

Os participantes foram esclarecidos acerca dos seus direitos, sendo assegurado o anonimato de seus depoimentos. Também garantimos que o fato de não aceitar participar do trabalho não implicaria em prejuízo no seu atendimento na instituição. Após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), o informante respondeu o questionário sócio-demográfico e a entrevista, que foi inicialmente audiogravada, porém, a pedido dos sujeitos da pesquisa, passamos a transcrever os dados no ato da entrevista.

A identificação dos participantes se deu pela análise dos prontuários dos mesmos, encontrados na UBSF, e por informações colhidas através dos Agentes Comunitários de Saúde . Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão para seleção de nossa amostra: familiares que residiam com os portadores de transtorno mental (tendo estes permanecidos internos em hospitais psiquiátricos por, no mínimo, seis meses ininterruptos);concordância em participar livre e conscientemente do estudo; ter tempo disponível para participar do estudo; possuir um nível de comunicação capaz de possibilitar a execução da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas durante visitas domiciliares, previamente acordadas com os mesmos.

4.6 Processamento e Análise de Dados

Para análise dos dados qualitativos, foi realizada à transcrição integral dos depoimentos para posterior análise e categorização dos dados.

Os dados quantitativos foram submetidos a cálculos de frequência e porcentagem e apresentados em gráficos e tabelas elaborados com o auxílio do programa Microsoft Excel 2000.

Para análise dos dados qualitativos, procedeu-se à transcrição integral dos depoimentos, categorizou-se os dados dentro da proposta de análise de conteúdo de Bardin (1977) que consiste em agrupar, codificar e analisar os recortes significativos para o estudo a partir dos sentidos inclusos na fala dos sujeitos.

4.7 Considerações Éticas

Conforme as exigências estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética. Após a aprovação iniciou-se a coleta de dados. Os participantes foram denominados através de pseudônimos, com o objetivo de resguardar o anonimato dos sujeitos.

5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Antes de introduzir a análise e discussões dos resultados, optou-se por construir o perfil dos participantes do estudo, quanto ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, renda familiar e vínculo com o portador de transtorno mental egresso dos hospitais psiquiátricos.

Quanto ao sexo e faixa etária, consolidou-se as informações no quadro abaixo:

Faixa Etária	Feminino		Masculino		Total
	F	%	F	%	
20 – 49	3	25%	–	–	25%
50 – 59	2	16,7%	1	8,3%	25%
60 – 69	6	50%	–	–	50%
Total	11	91,7%		8,3%	100%

Quanto ao Estado Civil 50% são casados, 25% viúvos, 16,67% solteiros e 8,33% divorciados. Dentre os sujeitos da pesquisa: 75% possuem o fundamental incompleto, 16,67 % são analfabetos e 8,33% concluíram o ensino fundamental.

Quanto a religião 83% são católicos e 17% evangélicos. No tocante a renda familiar 58,33 % são aposentados, 25% pensionistas e o restante sobrevive por ajuda de parentes. E, ainda quanto ao vínculo familiar do cuidador com o paciente com transtorno mental constatou-se que 50% são mães, 33,33% irmãs, 8,33% irmãs e 8,33% pais.

5.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS ENCONTRADAS

Analisou-se o conteúdo das falas dos participantes e após repetidas leituras do material transcrito, efetuou-se uma apreensão global dos conteúdos e, posteriormente foram identificados os temas emergidos nas entrevistas.

As respostas à questão: **“Qual sua compreensão acerca da importância da família no cuidar do portador de transtorno mental?”** Possibilitou-nos a elaboração de categorias temáticas que expressam um misto

de conformismo, receios, incompreensão quanto aos processos da doença, tal como descrito a seguir:

6.1 Angústia pela Impossibilidade da Cura

A expectativa frustrada de cura é referenciada na fala de vários entrevistados como aspecto que causa angústia entre os cuidadores.

Eu não entendo porque ele nunca melhora, nunca fica bom..., tem hora que está bonzinho e tem hora que parece esta com o coisa ruim no couro, eu fico cheia de alegria quando ele está bem, e cheia de tristeza quando ele volta a falar sozinho, a ficar vendo coisas (Zenaide)

Ela já ficou internada, agora está no CAPS que é até melhorzinho, já tomou choque, já engoliu mais de mil comprimidos nessa vida, agora está tomando injeção, mas boa, boa mesmo não fica não. Isso cansa a gente, cansa nossas esperanças, e como dizem que a esperança é a última que morre eu to é morrendo junto da minha, digo assim, da minha esperança(Alzira)

Quando começou a aparecer essas estranhezas dela eu levei pra rezadeira, pra padre, pra igreja de crente, pra médico de tudo quanto é canto fiz promessa, jejum e não teve nada que fizesse ficar bom de vez. Dá uma melhoradinha, mas quando piora, é sempre mais forte, eu sonhava dela casada, com os filho dela, mas quem vai querer se ela nunca fica boa de verdade... (Tereza)

Eu acho importante isso da gente cuidar, da família assim, porque cada uma tem a cruz que pode carregar, o ruim é só que é cuidar pra sempre, num é assim de melhorar né? (Aroldo)

Em todas as falas é evidenciado que a singularidade da doença mental, cujo prognóstico não é absoluto, e a possibilidade de cura completa bastante remota como fator que dificulta a convivência entre o doente e a família, fato já confirmado em estudo desenvolvido por Colvero, Ide e Rolim (2004). Assim, o cuidador percebe sua função como eterna, sem descanso e, por vezes, sem retorno.

6.2 A triste sorte de cuidar sozinho

O cuidar é definido como “comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de

favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer (COSTERNARO; LACERDA, 2001).

E cuidadores são aqueles que se ocupam em suprir as necessidades de autocuidado e atenção a indivíduos portadores de certo grau de dependência, em um intervalo de tempo que pode variar do diário e contínuo até a um longo período de tempo. O cuidador é quem assume a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir alguma necessidade de um indivíduo cuidado, objetivando a melhoria de sua saúde. Observa-se, portanto, que o ato de cuidar envolve o comprometimento de alguém para com outro alguém (BRAZ; CIOSAK, 2009).

Observa-se, nos seguintes discursos, as impressões sobre a necessidade de cuidar:

Você sabe como é minha vida, dois filhos assim doentes, logo dois, e é tudo só nas minhas costas. O pai num quis nem saber, só viveu pra cachaça, e eu sozinha pra carregar a família nas costas. Quando eles estavam internados era melhor por uma parte, porque eu dormia, eu ia pras missas, pras novenas, hoje eu só trabalho, trabalho, eu estou é adoecendo também (Madalena)

Ficou tudo nas minhas costas, tenho que levar ela pra o CAPS , tenho que lembrar do remédio, tenho que olhar se o banho é bem tomado, é um bebê que eu tenho que cuidar direto,eu sei que cada pessoa tem sua missão, mas isso até que cansa né? Minhas outras irmãs nem aqui aparecem, sobrou tudo pra mim, a médica dele passou remédio para mim porque estou muito cansada e irritada (Tania)

Eu até achava assim, que se ele pudesse ficar uns dias no hospital, e uns dias aqui em casa era melhor, o povo lá do CAPS não quer que interne, mas quando o calo aperta é nos meus pés, não nos dele. Meu marido num quer nem saber disso, ele acha que o menino adoeceu por minha causa, pela criação, onde já se viu, e os outros irmãos tão morando no Rio, eu não tenho idade pra tanta tarefa não, minha pressão só vive alta, mas o médico do posto falou, que é pra eu não me aperrear que a pressão sobe, como que não vou me aperrear nessa vida que levo (Zenaide)

Só que eu tive que deixar tudo depois dessa doença, eu não gosto de ficar reclamando não, por isso eu nem fico pensando ... , o povo da minha família é bom pra dar palpite, aparecer nos dias de festa, no dia das mães, mas a labuta de todo dia é minha, só minha. (Dalila)

Ela quebrou o resguardo da minha irmã mais nova, e desde desse tempo o juízo afrouxou, resguardo quebrado é assim mesmo, ai desde de menina eu acostumei a correr atrás dela pra tudo quanto é canto, quando

ela estava internada eu tinha uma vida melhor, eu era uma adolescente mais normal...(Quitéria)

Para este familiar fica explícito a sobrecarga de trabalho, que na maioria das situações fica destinado às mulheres. Para Lemos e Gazola (2006) o cuidado é uma atividade relacionada as mulheres desde os primórdios da história, onde os homens tinham função de prover o sustento e as mulheres de cuidar da prole. Acrescenta-se ainda que, em muitas situações o cuidado, mesmo em famílias numerosas, é exercido por uma única pessoa, o que diminui as possibilidades para que este invista em atividades de lazer e busca por serviços de saúde.

Em estudo destinado a investigar os impactos na saúde dos cuidadores de paciente acometidos por Alzheimer o autor afirma que a sobrecarga emocional por este vivenciada pode interferir no cuidado prestado ao paciente, sendo inclusive fator preditor de maior número de hospitalizações entre os pacientes, aumento de institucionalizações e maior mortalidade entre os cuidadores (OSINAGA, 2004), o que acredita-se possa ser semelhante ao desgaste daqueles que convivem e se responsabilizam pelos pacientes egressos das instituições manicomial, talvez por esse motivo este sujeito faça referência ao seu estado de saúde debilitado.

Podemos perceber ainda que, por vezes, os familiares concebem os portadores de transtorno mental como incapazes de realizar as mais simples tarefas, reafirmando a perda da autonomia que perpassa o ambiente manicomial e adentra as dinâmicas familiares.

Eu cuido porque é minha obrigação, se não for eu quem haverá de ser?”(Aroldo)

Podemos observar ainda na fala acima que este cuidador compreende sua função como algo que lhe é inerente, segundo Boff (1999) o cuidar é permeado por compaixão. Discursos como esse refletem o papel inevitável de cuidar fundamentado na percepção de quão necessária se faz essa atitude, seja pela carência de outro que a isto se predisponha, ou por outra infinidade de sentimentos e conjunturas nas relações sócio-afetivas.

6.3 Onde come um não come dois

O ônus financeiro para a família do portador de transtorno mental é evidenciada nas falas dos familiares entrevistados como segue:

Com esse remédio que o CAPS dá ele só vive querendo comer, não tem comida que dê, eu tenho até vergonha, mas a senhora sabe, o jeito é trancar a despensa, porque ele come até estourar, e aí o resto dos filhos vão comer o que? (Madalena)

É muita dificuldade financeira, é muita privação, falta o feijão, falta o arroz, farinha, falta tudo aqui em casa, a aposentadoria dele num sai, é uma dificuldade danada, ainda falta dois anos pra eu me aposentar, e como vou colocar um roçado se tenho que está com ele pra cima e pra baixo, os governo deviam ver nossa situação (Tereza)

Um dá um ajudinha, porque o povo aqui é bom, por onde ele passa ganha um prato de comida, ...outra vez é outro que manda um litro leite, porque meu dinheiro pra tudo, remédio quando falta lá no posto, comida, é coisa demais pra mim dá conta. Ele é meu filho né, não posso deixar abandonado, só que isso de que onde come um come dois é só ditado, conversa fiada pra boi dormir... (Adelaide)

A sonolência, efeito colateral de alguns psicofármacos, ou parte da sintomatologia clínica, em conjunto com a alteração do comportamento, compromete a participação do portador de transtorno mental no mercado de trabalho (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008). Associe-se a assertiva anterior com uma série de questões sociais, como o preconceito por parte dos eventuais empregadores, ausência e/ou inadequação de informações acerca do portador de transtorno mental, dentre muitos outros fatores contribuem negativamente na inclusão daqueles no mercado de trabalho.

Através da análise de tais discursos percebe-se a presença da sobrecarga financeira no contexto diário das famílias, pois apenas algumas dessas famílias recebem benefícios do INSS para suprir as despesas do seu familiar portador de transtorno mental, assim, conseguiu-se apreender que por vezes, além da preocupação em suprir as necessidades da casa e do tratamento, os demais integrantes da família sofrem privações, em decorrência do orçamento rígido e controlado.

6.4 A não compreensão da doença

Ele dorme o dia todo que DEUS deu, e a noite toda fica conversando, querendo abrir as portas, isso lá é doença que se apresenta? Tem dia que

desanda a chorar, chora de encher os açudes, outra vez fica só rindo sozinho, não entendo essa doença não (Cassadra)

É uma esquisitisse só, as vezes é até engraçado as coisas que ela fica falando, porque é tudo da cabeça dela, mas eu tento botar as coisas no juízo dela e ela se Poe brava, não quer aprender, não quer mudar, o povo diz pra eu aceitar meu destino, mas pra quem ta de fora é fácil falar né? Se ela pelo menos obedecesse quando eu digo que ela ta inventando historias... (Dalila)

A sociedade decide quais sintomas ou padrões de comportamento serão definidos como desviantes, anormais (HELMAN, 2007), e, embora essas definições existam, nem sempre o comportamento tido como anormal é bem-aceito e compreendido. Os conceitos de saúde e doença são definidos a partir de um contexto histórico e cultural. A saúde está relacionada à conservação da vida, a salvação; e a doença, ao sofrimento, à dor (OSINAGA, 2004).

É certo, pois que o desconhecimento sobre tais eventos podem corroborar com o desgaste das relações entre cuidador e indivíduo cuidado. É preciso que aquele que cuida aceite as limitações e singularidades do seu familiar, bem como, é preciso que uma rede de apoio seja firmada em torno dos que provêm as ações de cuidado, oferecendo-lhes esclarecimentos, compartilhando responsabilidades e destinando a eles o suporte adequado.

Há ainda uma última categoria em que foram comportados os discursos favoráveis a desinstitucionalização

6.5 Felicidade pelo regresso

Antes eu não via quase nunca meu filho, era difícil pra eu ir lá visitar, era difícil pra eu ter dinheiro de passagem, e quando eu ia, ele chorava muito, agora ta em casa, comigo, é meio cansativo...ele é meu filho e eu tenho que cuidar dele, ta aqui nas minhas vistas e não deixo ninguém fazer mal pra ele (Paula)

Ele vinha mordido, magro, amarelo quando ficava lá naquele hospital. (Madalena)

Mas eu penso assim que em casa ele vai se acostumando mais a viver feito gente. Bom mesmo eu sei que ele num fica, normal como os outros não dá pra ser, mas já melhorou demais... Eu fico é contente porque ele está melhor e aqui no meio de quem gosta dele. (Rute)

Ele se desenvolveu muito depois do CAPS..., e é claro que eu fico contente...(Gorete)

Eu acho bom isso do CAPS, ela é outro agora, brinca lá, faz amigos, recebe os conselhos dos doutor, aprende as coisa, eu acho ela muito melhor do que quando ele ficava no hospital.4 (Dalila)

Segundo Goffman (1999) a instituição total é definida como um local separado da sociedade mais ampla, onde o interno passa um período de tempo considerável, leva uma vida fechada e formalmente administrada, perde a autonomia do ato, não pode equilibrar de maneira pessoal as suas necessidades e seus interesses não são levados em consideração. Diversos estudos demonstram ainda que durante a internação as regras básicas de convivência são desaprendidas e ao sair o indivíduo institucionalizado fica marcado pelo estigma e preconceito, porém pudemos encontrar indivíduos que compreendem os avanços dos seus familiares após a desinstitucionalização, como também reconhecem a importância do CAPS nesse processo.

Assim, segundo tais depoimentos, embora ocorram dificuldades no tocante a convivência com o portador de transtorno mental, alguns familiares sentem satisfação pelo regresso dos seus ao âmbito familiar, bem como percebem a importância da família no processo de ressocialização.

6.6 Condensação das categorias analisadas

Através da condensação das categorias encontradas com os instrumentos utilizados na coleta de dados, tornou-se possível à visualização dos seguintes resultados:

Verificou-se que a concepção primordial dos familiares com relação ao cuidar dos pacientes em sofrimento psíquico desinstitucionalizados remete sentimentos negativos e tristes. O ato de cuidar é visto como inevitável, como uma obrigação que outrora era da instituição e, atualmente, lhes é imputado.

Há ainda a percepção de um cuidado compreendido como eterno, visto que os familiares não vislumbram a autonomia total por parte dos portadores de transtorno mental, o que faz com que estes se entristeçam frente essa perspectiva.

A angústia devido a impossibilidade da cura, a sobrecarga de trabalho por ser o cuidado transferido a um único membro da família, à sobrecarga financeira e a falta de entendimento acerca do transtorno mental foram evidenciados pelos entrevistados.

Identificou-se ainda que os serviços substitutivos inerentes da Reforma Psiquiátrica não são compreendidos em sua totalidade pelos depoentes de nossa pesquisa, embora percebam as vantagens que estes serviços trouxeram para os seus familiares e o quanto acrescentaram na sua qualidade de vida, quando focam na obrigação do cuidar atual, referem de forma saudosa acerca dos hospitais psiquiátricos.

Paradoxalmente, apesar de tais dificuldades serem veementemente enfatizadas nos discursos, encontrou-se também falas que remetem a alegria pelo egresso dos familiares ao seio das dinâmicas familiares.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Combater a inércia é a única forma de reconquistar a vida”
(Saldanha Coelho)

Por fim, a conclusão almejada. Todavia, ao término de nosso trabalho persiste a sensação de que não há uma conclusão propriamente dita, mas sim, um caminho de percepções do qual deriva uma série de mais e mais questionamentos.

Entretanto, a realização do presente estudo possibilitou-nos uma sutil aproximação com a subjetividade dos sentimentos que permeiam o cuidado dos sujeitos regressos dos hospitais psiquiátricos no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Alcançados os resultados encontraram-se famílias inseridas em um contexto social desfavorável, envoltos por necessidades e apoio quanto aos seus anseios e dúvidas acerca de suas novas responsabilidades enquanto famílias ativas no cuidado dos pacientes com transtorno mental.

Através das entrevistas pudemos conhecer um pouco da vida dos familiares em questão, de suas histórias, de seus trabalhos, dos seus relacionamentos sociais e de expectativas e frustrações em diversos sentidos. Pudemos conhecer, enfim, um pouco do que consiste a responsabilidade de cuidar, e de como essa mudança afetou suas vidas.

Mas principalmente, e conforme era nosso objetivo, ao cruzarmos todas as informações obtidas, permitimo-nos considerar que a inserção dos familiares outrora institucionalizados é representada pelo grupo pesquisado, ao menos por gritante maioria deles, com imagens muito internalizadas de sobrecarga de atribuições e medos.

Os achados indicam que, para o grupo pesquisado, as concepções em torno do cuidado que denotam sentimentos negativos.

As implicações do cuidar de portadores de transtorno mental dependem da fase da doença, da qualidade da rede de suporte familiar, da história de vida de cada família e da forma como cada família enfrenta a situação. É, sem dúvida, uma experiência muito pessoal. Compreender como os cuidadores vivenciam esta experiência pode ajudar profissionais da saúde no planejamento de programas de orientação aos cuidadores.

Se não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes às famílias, como se estas fossem, indistintamente, capazes de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental.

Em síntese, o presente estudo, dentro das limitações que esse tipo de trabalho impõe, nos proporcionou compreender e descrever parcela da subjetividade que está envolto nas ações de cuidado dos cuidadores.

Almeja-se que as conclusões consideradas possam auxiliar na compreensão do saber e no lidar com os familiares dos portadores de sofrimento psíquicos. Ressalta-se também a necessidade de estudos mais aprofundados acerca deste tema, bem como discussão, desenvolvimento e implementação de políticas de cuidado destinada aos cuidadores.

8 – REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994

_____, P. **O homem e a serpente. Outras histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____, **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998

_____, P. **Saúde Mental, políticas e instituições; programa de educação a distância**. Rio de Janeiro: Fiotec / Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica**. Cadernos de. Saúde Pública, v.11 nº. 3. Rio de Janeiro jul/set.1995b.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temas de saúde mental**. Brasília: Imprensa Nacional, 1998

BRASIL, Ministério da Saúde. **Por uma política de Saúde Mental**. Brasília: 1999.

_____, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental no Brasil**. Brasília: 2005

_____. Lei 10.213, de 6 de abril de 2001. Disponível em: [HTTP://www.planalto.gov.br/legisla/htm](http://www.planalto.gov.br/legisla/htm). Acesso em: 30 julh.2010

Boff, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.

BORBA, L.O; SCHWARTZ, E; KANTORSI, L.P. **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental**. Acta Paul Enferm , v. 21, nº 4, 2008.

BRAZ, E; CIOSAK, S. I. **O TORNAR-SE CUIDADORA NA SENESCÊNCIA**. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 13, nº2, 2009

CASEY, James. **A história da Família**. Ática: São Paulo, 1992

CASTEL, R. **A ordem Psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo**. Rio de Janeiro, Ed. Graal,1978

CIRILO, L.S. **Novos Tempos: saúde mental, CAPS e cidadania no discurso de usuários e familiares.** Campina Grande: UEPB, 2006.161 f.

COLVERO, L.A; IDE, C.A.C; ROLIM, M.A. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença.** Revista da Escola de Enfermagem da USP , v.38, nº 2 , 2004

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Campos, 1981.

COSTENARO, R.G.S; LACERDA, M.R. **Quem cuida de quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria (RS): Centro Universitário Franciscano; 2001.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2009.

FOCAULT, Michel. Trad. José Teixeira Coelho Netto. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

FURTADO, J.P. **Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos no SUS.** Revista Ciência. Saúde Coletiva, vol.11, nº.3, Rio de Janeiro, 2006.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia.** Artmed:Porto Alegre, 2005, 4ª edição.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** São Paulo, Ed. Perspectiva, 1999. 6ª edição.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde & Doença.**Porto Alegre: Artemed; 2007

KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar.** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.

LEMONS, N.D; GAZZOLA, J.M, RAMOS, L.R. **Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador.** Saúde e Sociedade. 2006; 15(3):170-9

LOUGON, M. **Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica.** Physis: Rev Saúde Coletiva 1993

NÉRI, A. L.; CARVALHO, V. A. M. L. O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E. V.; NÉRI, A. L.; CANÇADO, F.A. X.; GORXONI, M. L. ; ROCHA, S. M. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 778 – 90.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório da Organização Mundial de Saúde.** Doenças mentais atingem 450 milhões de pessoas, 2001.

Disponível <http://boasaude.uol.com.br/news/index.cfm?news_id=3634&mode=browse> Acesso em: 05 set. 2011.

OSINAGA, V.L.M. **Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de mental e a assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares** [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: Teoria e Prática*, 11º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

PIMENTA, L.S. **A Relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no centro de atenção psicossocial: uma perspectiva institucionalista**. Belo Horizonte: PUC, 2008. 124 f.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. COSTA, N.S. **Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil**. 6 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

ROSSI, V. E. C. **Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com diabetes mellitus tipo 2**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2005. Disponível na Internet em <http://www.teses.usp.br/download.php/teses/disponiveis>. Acessado em 15 de Janeiro de 2005.

ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 6ª Edição. Medsi. Guanabara Koogan. 2005.

SADIGURSKY, D. **Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família**. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.

SALLES, M.M; BARROS, S. **Reinternação em hospital psiquiátrico: a compreensão do processo saúde-doença na vivência do cotidiano**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, nº 1. São Paulo, 2007.

SCOCUGLIA, Jovanka.B.C. **Cidade: Hábitus e Cotidiano Familiar**. Editora Universitária- UFPB: João Pessoa, 2000

SILVEIRA, C. L BRAGA, VIOLANTE ,A. B. **Acerca do conceito da loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental**. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. vol.13 nº.4 . Ribeirão Preto. Julho/ Agosto de 2005.

STELMAKE, L.L; NOGUEIRA, V.M.R. **O cuidar domiciliar na política nacional de saúde**. Rev. Libertas, vol.10, num.2. Juiz de Fora, p.148-171, jul-dez/2010.

TORRE, E.H.G. AMARANTE, P. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.** Revista Ciência. Saúde Coletiva, vol.6nº.1, Rio de Janeiro, 2001.

TURATO, E. **Tratado da Metodologia da pesquisa clinico- qualitativa: construção teórica epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2003

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTUDO: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE
TRANSTONO MENTAL: impactos sobre a saúde familiar

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, seus dados serão retirados da pesquisa sem nenhum prejuízo profissional ou pessoal.

Eu,

_____ ,
abaixo assinado (a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL : impactos sobre a saúde familiar. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

1. O estudo se faz necessário pela necessidade de conhecer o significado de cuidar do portador de transtorno mental para os familiares, como forma de contribuir com a sociedade em implementações de políticas que favoreçam aos familiares dos portadores de transtornos mentais.

2. A participação neste projeto **não** tem objetivo de me submeter a um tratamento.
3. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.
4. A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico meu ou de meus familiares.
5. Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.
6. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.
() Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
() Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.
7. Observações Complementares.

Campina Grande, _____ de _____ de 2011.

Participante

Responsáveis pelo Projeto:

(Prof^a. Ms.Lívia Sales Cirilo –
Orientador)

Lannuzya Veríssimo e Oliveira
(Orientanda)

APÊNDICE B**Questionário sócio-demográfico**

1. Idade: _____
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Estado Civil: () Casado (a)
() Solteiro (a)
() Viúvo (a)
() Divorciado (a)
() Outro
4. Nível de escolaridade : () Não alfabetizado
() Ensino Fundamental
() Ensino Médio
() Ensino Superior
() Outro
6. Religião: _____
7. Renda Familiar: () Aposentado
() Pensionista
() Renda por atividade atual
() Renda por ajuda de parentes
() Outro
8. Grau de parentesco com o portador de transtorno mental: () Filho
() Mãe/Pai
() Irmão
() Conjugue
() Outros.Qual?_____
9. Quantas pessoas residem na casa:_____
10. Seu familiar portador de transtorno mental recebe benefício do governo:
() Sim
() Não

APÊNDICE C

Roteiro de Entrevista Semi-dirigida

1. Qual sua compreensão acerca da importância da família no cuidar do portador de transtorno mental?
2. Ocorreu alguma mudança na sua relação com seu familiar após a reinserção deste no ambiente familiar? Qual?
3. Como tem sido, para você, tornar-se um dos responsáveis no cuidar de seu familiar?
4. Quais as dificuldades enfrentadas?
5. Você recebe alguma orientação sobre o lidar com o seu familiar portador de transtorno mental? Como?
6. A tendência atual é de que as pessoas internadas em Hospitais Psiquiátricos passam a ser cuidadas em CAPS. O que você acha disso?
7. Se familiar é atendido no CAPS? Há quanto tempo?
8. O que você acha do tratamento oferecido nesse serviço?
9. Como você avalia o tratamento oferecido no hospital quando seu familiar foi internado?