

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AMURAB SANTIAGO DE CARVALHO MENDES

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PAPEL DA FAMÍLIA:
TRAJETÓRIA HISTÓRICA, LIMITES E POSSIBILIDADES**

PICOS - PIAUÍ

2013

AMURAB SANTIAGO DE CARVALHO MENDES

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PAPEL DA FAMÍLIA:
TRAJETÓRIA HISTÓRICA, LIMITES E POSSIBILIDADES**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira

PICOS - PIAUÍ

2013

Eu, **Amurab Santiago de Carvalho Mendes**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 25 de setembro de 2013.

Amurab Santiago de Carvalho Mendes
Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA

**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo**

M538c Mendes, Amurab Santiago de Carvalho.
Cuidado em saúde mental e o papel da família: trajetória histórica, limites e possibilidades / Amurab Santiago de Carvalho Mendes. – 2013.
CD-ROM : 4 ¾ pol. (39 p.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.

Orientador(A): Prof. Msc. Ana Karla Sousa de Oliveira

1. Assistência Domiciliar. 2. Saúde Mental. 3. Família. I.
Título

CDD 616.89

AMURAB SANTIAGO DE CARVALHO MENDES

**CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E PAPEL DA FAMÍLIA:
TRAJETÓRIA HISTÓRICA, LIMITES E POSSIBILIDADES**

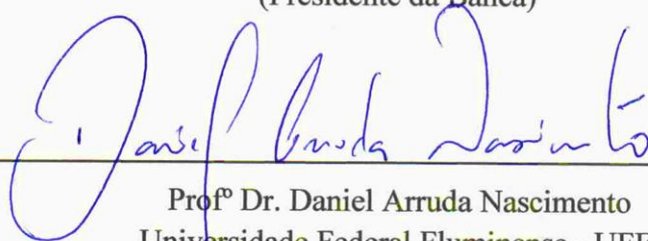
Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 04 / 09 / 2013.

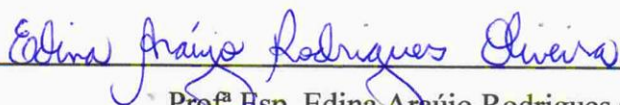
BANCA EXAMINADORA



Prof^a Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira
Universidade Federal do Piauí - UFPI
(Presidente da Banca)



Prof^o Dr. Daniel Arruda Nascimento
Universidade Federal Fluminense - UFF
(1^o Examinador)



Prof^a Esp. Edina Araújo Rodrigues Oliveira
Universidade Federal do Piauí - UFPI
(2^o Examinador)

Dedico este trabalho a cada ser vivo que de alguma forma contribuiu para que o mesmo se tornasse um fato e aos que colaboraram com meu aperfeiçoamento intelectual, transformando-me em um verdadeiro Profissional.

AGRADECIMENTOS

Primeiro e eternamente agradeço a **Deus** pelo dom da vida e por cada oportunidade que me foi dada. Também O agradeço por todas as dificuldades que enfrentei nesta jornada, pois se não fosse por elas, eu não teria saído do lugar, nem muito menos chegado até aqui.

À minha família, sobretudo minha Mãe, por me fazer acreditar que podemos sim ser sempre melhores do que éramos ontem e por me mostrar que se eu quero, e se **Deus** permite, então eu posso.

A cada um dos colegas e amigos que fiz nesta inolvidável fase de minha vida e que transformaram cada momento vivido em instantes infinitamente especiais, enchendo-me de alegrias e muitos risos descontrolados.

Aos Mestres e imortalizadores do conhecimento por cada vírgula de aprendizagem que tentaram me repassar durante as disciplinas, as aulas práticas e os incontáveis (e cansativos!) estágios; e, também, por terem me transformado em um ser humano mais sábio e capaz de mudar o meu mundo e o de quem me cerca.

E a todos os demais, que direta ou indiretamente, contribuíram para que eu me tornasse uma pessoa melhor e bem mais experiente do que eu era ontem.

Muito obrigado por tudo.

“Os homens são tão necessariamente loucos que não ser louco significaria ser louco, só que de um outro tipo de loucura.”

(Pensées, ed. Brunshvicg *in* Foucault)

RESUMO

O adoecimento mental, sob qualquer uma de suas naturezas, permanece sendo algo intrigante no meio científico e social. A história das desordens mentais e principalmente da loucura no avançar dos séculos foi em sua grande parte impregnada de sentimentos e atitudes negativas como a segregação, a exclusão, estigmas, e a violência. Presentemente, tais circunstâncias teimam em permear nosso meio, mas depois de contundentes movimentos de reforma e transformação tanto dos ideais sociais como das formas de lidar com o adoecimento mental, a recuperação desses indivíduos, teoricamente, vem ocorrendo de maneira mais cônica e menos repressora. No Brasil os ideais reformistas seguiram princípios da reforma psiquiátrica italiana e hoje se tem as redes de serviços substitutivos prestando o cuidado psiquiátrico. Em todas essas conjunturas as famílias dos doentes mentais tiveram diferentes posicionamentos frente ao cuidado com seus doentes. Em virtude de tal realidade o presente estudo objetivou construir através de uma revisão da literatura científica um resgate histórico sobre a evolução do cuidar e da assistência em saúde mental, bem como do posicionamento da família nos diferentes momentos desse processo. Trata-se de um estudo bibliográfico, com enfoque qualitativo, abordando a evolução do cuidado em saúde mental e a posição da família neste processo. Para tanto, a coleta de dados ocorreu nas bases de dados *online*, que permitem acessar os artigos científicos na íntegra, tendo sido realizada entre os meses de junho e julho de 2013, principalmente por meio da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Consegiu-se um total de 55 artigos, que após a triagem dos textos, resultaram em 20 para análise. O arranjo dos acontecimentos foram divididos em 5 subgrupos temáticos, a saber: O pretérito da atenção aos doentes mentais: A Liberdade e o cárcere; A posição inicial da família diante do adoecimento mental: A Abnegação; Um novo olhar para o cuidado em saúde mental: A Contestação; A família sob a nova óptica reformista da psiquiatria social: A Reinserção e As minudências da saúde mental dentro da conjuntura brasileira: A Expansão. Observou-se nos resultados que a prestação do cuidado em saúde mental e os paradigmas que rondam essa temática sofreram intensos processos de reformulação e readaptação ao longo de sua evolução histórico-social. A família e os cuidadores diretos dos sujeitos em sofrimento psíquico tiveram diferentes posicionamentos em todo este processo, variando da culpabilidade à provedora principal da atenção. O Brasil também passou por modificações neste campo e com base em outras estratégias tenta definir seu próprio modelo de assistência psiquiátrica, mas enfrenta dificuldades em muitos aspectos. É essencial que haja um eterno diálogo entre os serviços substitutivos, os familiares/cuidadores e o próprio doente mental para que se consiga avançar na atenção a essas pessoas. A atribuição de papéis se faz necessária para evitar sobrecarga na família ou no serviço, além de se ter que investir mais na estruturação dos serviços oferecidos.

Descritores: Continuidade da assistência ao paciente. Família. Assistência domiciliar. Saúde mental.

ABSTRACT

The mental illness in any one of their natures remains something intriguing in the scientific and social. The history of mental disorders and especially of madness in advance of their centuries was largely imbued with negative feelings and attitudes such as segregation, exclusion, stigma, and violence. At present such circumstances persist in permeate our environment, but after forceful movements of reform and transformation of both the social ideals as ways of dealing with mental illness, recovery of these individuals, theoretically, is occurring in a more conscious and less repressive. In Brazil reformist ideals followed principles of Italian psychiatric reform and today has networks replacement services providing psychiatric care. In all these junctures families of the mentally ill had different positions before care to their patients. Due to this fact, the present study aimed to build through a review of the scientific literature on a historical evolution of care and mental health care, as well as the position of the family in different stages of this process. This is a bibliographic study with qualitative approach, addressing the evolution of mental health care and the position of the family in this process. Therefore, data collection occurred in the online databases that allow access scientific articles in their entirety, having been held between the months of June and July 2013, mainly through the database Virtual Health Library (VHL). Achieved a total of 55 items, which after screening of the text resulted in 20 for analysis. The arrangement of the events were divided into five thematic subgroups, namely: The past tense of care for the mentally ill: The Freedom and prison, the initial position of the family in the face of mental illness: The Selflessness, A new look at mental health care: The Challenge; Family under the new optical reformist social psychiatry: The Reintegration and The minutiae of mental health within the Brazilian context: The Expansion. Observed results in the provision of mental health care and the paradigms that surround this subject suffered intense processes of redesigning and upgrading throughout their historical and social evolution. Family and direct caregivers of individuals in psychological distress had different positions throughout this process, ranging from guilt to the primary care provider. Brazil also underwent changes in this field and based on other strategies attempt to define its own model of psychiatric care, but faces difficulties in many aspects. It is essential that there is an eternal dialogue between the substitute services, family members/caregivers and the patient himself mentally to be able to advance in the care of these people. The allocation of roles is needed to avoid overloading the family or in service, in addition to having to invest more in the structuring of the services offered.

Descriptors: Continuity of patient care. Family. Home care. Mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Geral.....	13
2.2	Específicos.....	13
3	PERFIL METODOLÓGICO.....	14
3.1	Natureza do estudo.....	14
3.2	Procedimentos para seleção do material.....	14
3.3	Análise do material.....	16
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
4.1	O pretérito da atenção aos doentes mentais: a liberdade que aprisiona e o cárcere.....	17
4.2	A posição inicial da família diante do adoecimento mental: a abnegação.....	19
4.3	Um novo olhar para o cuidado em saúde mental: a contestação.....	21
4.4	A família sob a nova óptica reformista da psiquiatria social: a reinserção.....	23
4.5	As minudências da saúde mental dentro da conjuntura brasileira: a expansão.....	24
4.5.1	Dificuldades na continuidade do tratamento psiquiátrico.....	27
4.5.2	Sobrecarga dos familiares/cuidadores na prestação do cuidado domiciliar.....	28
4.5.3	Falta de cumplicidade entre famílias/cuidadores, a rede de serviços substitutivos e a equipe multidisciplinar.....	29
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS.....	34
	APÊNDICE.....	37

1 INTRODUÇÃO

Indubitavelmente a desordem mental, sob qualquer uma de suas naturezas, permanece sendo algo intrigante no meio científico e social. Ainda que já se tenha avançado bastante neste campo a subjetividade e a inconstância das manifestações clínicas do adoecimento psíquico¹ dão subsídios para, ao longo das eras, manter os estigmas e inquietações frente à doença mental.

A história da loucura no avançar dos séculos foi em sua grande parte impregnada de sentimentos e atitudes negativas como a segregação, a exclusão, os pré-conceitos, os estigmas, a violência, mas, sobretudo, por incompreensões fundamentadas em um saber praticamente empírico (FOUCAULT, 2012).

Esse mesmo autor ainda aborda que por não haver uma visão clara das inúmeras faces do adoecimento mental um verdadeiro *apartheid* se instalou entre os indivíduos das sociedades clássicas, onde os sofredores mentais eram excluídos simplesmente por assim o ser e tinham sua liberdade, seus direitos, sua cidadania, e porque não dizer, sua existência extirpados por aqueles que se diziam “normais” e detentores da razão.

É neste contexto que o asilamento e a retirada da condição de indivíduo social se reiteram e culminam na institucionalização dos doentes mentais e na consequente separação destas pessoas das suas origens. Nesse processo a instituição psiquiátrica se configura como um local perverso, de repressão e violência, justificada pela ideia imperante de que os loucos eram sujeitos desordeiros e imprevisíveis que representavam um “perigo ambulante” para os demais seguimentos da sociedade e para eles mesmos (AMARANTE, 2011).

Tais práticas se embasavam na norma de que quem não correspondesse aos princípios éticos e morais instituídos socialmente não poderia compartilhar da liberdade e do direito de ir e vir. Tal comportamento, ainda adotado hodiernamente pelos instrumentos judiciais e pela lei dos homens, possui, até certo ponto, uma fundamentação moral que se embasa na ética das relações sociais, todavia isso só se apõe em casos onde um indivíduo comete atentado contra os direitos dos demais membros de um meio social.

Presentemente, tais circunstâncias teimam em permear nosso meio, mas depois de contundentes movimentos que propunham a reforma de concepções e práticas na lida com o adoecimento mental, a recuperação desses indivíduos, até certo ponto, vem ocorrendo de maneira mais cônica e menos repressora (ROSA, 2011).

¹ No decorrer deste estudo, far-se-á uso de diferentes termos para cognominar os sujeitos e as situações em que o adoecimento mental se desenvolve, visto que não existe ainda um consenso entre os estudiosos da Saúde Mental sobre o uso adequado dessas denominações e expressões.

A Reforma Psiquiátrica, movimento em prol de um tratamento mais humano e digno para os doentes mentais, conduzida por militantes da saúde mental, fundamentou-se na necessidade de se substituir, mesmo que progressivamente, os manicômios por dispositivos terapêuticos (teóricos, institucionais e práticos) mais eficazes e menos intransigentes, ou seja, era preciso desinstitucionalizar esses sujeitos para garantir-lhes uma verdadeira recuperação (GONÇALVES; SENA, 2001).

Entende-se por desinstitucionalizar, a partir de Paulo Amarante (2011), o ato de romper com os paradigmas da psiquiatria clássica que fincava a repressão e o asilamento como o melhor caminho para “curar” os sujeitos em estado de crise mental. Agora, o cuidado prestado no meio social e comunitário corresponderia ao ideal de uma assistência psiquiátrica renovadora, e a retirada dos loucos de dentro das instituições asilares seria a principal consequência desta nova perspectiva.

Aliás, ele defende que o ato de desinstitucionalizar seria ainda uma separação dos aparatos científicos, legislativos, administrativos, muito ligados à doença, e o restabelecimento de uma relação com os sujeitos em sofrimento, ou seja, essas transformações deveriam transcender a simples reorganização do modelo assistencial e alcançar as práticas e concepções sociais.

No Brasil a reforma psiquiátrica apoiou-se no modelo da psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia que idealizava o fim dos manicômios e a sua substituição por novos serviços de saúde mental que não reproduzissem a antiga ideologia psiquiátrica de controle e segregação.

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) sob a égide da Lei 10.216/01, lei esta que legitimou o processo de reforma psiquiátrica brasileira, tenta consolidar um modelo de atenção à saúde mental mais equânime e fundamentalmente comunitário. Procura-se agora garantir a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, sociedade e cidades, e oferecer cuidados com base nos recursos que a comunidade dispõe (BRASIL, 2005).

Apenas com o movimento da Reforma Psiquiátrica, na década de 80, que priorizou mudança do modelo assistencial, a família voltou a compor o cenário da assistência ao doente mental. Com isso novos caminhos começaram a serem traçados para a efetiva assistência psiquiátrica no Brasil.

Rosa (2011) faz um aparato do papel desempenhado pelas famílias das pessoas em sofrimento psíquico em diferentes momentos da história e esclarece que o mesmo também passou por processos de reorganização e de reorientação em virtude das novas formas de se

enxergar e de se trabalhar as desordens mentais e os doentes mentais, variando de acordo com a realidade sociocultural e econômica no decorrer do tempo e do espaço, como complementam Santin e Klafke (2011).

Têm-se agora a família como uma aliada no processo de recuperação e reinserção social dos doentes mentais, mas este papel ainda não se mostrou totalmente caracterizado nas redes de serviços substitutivos atualmente operantes.

Em virtude de tal realidade o presente estudo buscou reconstruir através de uma revisão da literatura científica um resgate histórico sobre a evolução do cuidar e da assistência em saúde mental, bem como do posicionamento da família nos diferentes momentos desse processo. Justifica-se face à possibilidade de lançar luz sobre o caminho percorrido, dos princípios assistenciais da psiquiatria até o que se dispõe atualmente neste campo, subsidiando uma melhor compreensão a respeito dessa temática e trazendo à tona eventuais dificuldades e/ou avanços, bem como o papel atribuído à família no suporte a esse cuidado.

2 OBJETIVOS

2.1. Geral

Caracterizar historicamente o papel atribuído à família no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico, no âmbito das práticas de atenção em saúde mental

2.2. Específicos

- Traçar um perfil histórico das práticas de cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico;
- Analisar o percurso de legitimação do papel atribuído à família no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico;
- Identificar as principais dificuldades enfrentadas pelos familiares no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico, frente às proposições da Reforma Psiquiátrica Brasileira e Política Nacional de Saúde Mental.

3 PERFIL METODOLÓGICO

3.1 Natureza do estudo

Esta pesquisa apresenta-se como um resgate histórico feito por meio de uma revisão bibliográfica, com enfoque qualitativo, abordando a evolução do cuidado em saúde mental e a posição da família neste processo. Gil (2010) define a pesquisa bibliográfica como sendo um estudo baseado em material já elaborado, sendo este constituído prioritariamente por livros e artigos científicos.

É válido lembrar que, segundo Marconi e Lakatos (2009), nenhuma pesquisa parte da estaca zero. O pesquisador busca fontes de pesquisas já existentes, bibliográficas e documentais. E com citação das principais conclusões a que outros autores chegaram, permite salienta a contribuição da pesquisa realizada, demonstrando contradição ou reafirmando comportamentos e atitudes.

Esse tipo de pesquisa compreende a análise de estudos relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, permitindo sintetizar informações sobre um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES et al., 2008).

Por fim, justifica-se a abordagem qualitativa do referido estudo através das palavras de Minayo (2010), quando a mesma assimila que estudos que buscam responder a questões muito particulares e possuem um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, que trabalham com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, são caracterizados como estudos de enfoque qualitativo.

Assim sendo, o método empregado é o que melhor fornece subsídios para o alcance dos objetivos aqui traçados.

3.2 Procedimentos para seleção do material

Tendo-se em vista o que aqui já foi explanado a respeito da realidade contexto-social da prática do cuidado por familiares de indivíduos em sofrimento psíquico e havendo a necessidade de se delinear um tema para o desenvolvimento da pesquisa, teve-se como questão norteadora para as buscas de evidências em literaturas científicas a seguinte arguição: *Como evoluiu a assistência em saúde mental nos últimos séculos? Que posição a família dos sujeitos em sofrimento psíquico assumiu nos diferentes momentos da história do cuidado em saúde mental?*

Fundamenta-se neste momento a relevância de se realizar um levantamento da literatura científica sobre o referido tema tomando-se, assim, um passo importante a fim de conhecer a realidade da produção de conhecimento nessa área, possibilitando também identificar avanços e lacunas, bem como delimitar prioridades para estudos futuros.

Para a operacionalização das bases científicas utilizou-se os descritores Continuidade da assistência ao paciente, Família, Assistência domiciliar e Saúde mental, presentes na biblioteca de terminologia em saúde (Decs/BIREME). Os mesmos foram aplicados em diferentes combinações e utilizando-se o operador booleano “*and*” para maior abrangência dos dados.

No período compreendido entre junho e julho de 2013, foram realizadas as buscas nas bases de dados eletrônicas disponibilizadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por esta ser atualmente a maior base de dados científicos da área da saúde, contemplando vários outros bancos de dados científicos. Nesta pesquisa as mais acessadas foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF).

Utilizou-se como critérios de inclusão para a seleção dos textos, principalmente: artigos indexados publicados em português e artigos na íntegra que retratassem a temática em estudo. Conseqüentemente, tomaram-se como critérios de exclusão os artigos que não se enquadrassem aos critérios de inclusão e aqueles cujos objetivos fugissem à temática empregada. Foram excluídos, também, os artigos cujo delineamento indicasse estudo bibliográfico.

Ao todo foram selecionados 55 artigos científicos das diferentes bases de dados, mas após filtragem pelos critérios de inclusão/exclusão apenas 20 destes foram contemplados para comporem a pesquisa.

Salienta-se ainda que foram utilizados neste estudo pelo menos seis livros de renomados autores que configuram o cenário intelectual das pesquisas em saúde mental (em nível nacional e mundial), consolidando um saber de inestimável valor científico para a humanidade. São eles: Michel Foucault, Paulo Amarante e Lúcia Rosa.

Por se tratar de uma temática que envolve um processo histórico-social de desenvolvimento de práxis do cuidado, preferiu-se não se fazer uso de um recorte temporal para a delimitação das publicações, o que possibilitou a comparação de uma realidade transpassada e do atual contexto no que versa o cuidado domiciliar de pessoas em sofrimento psíquico.

3.3 Análise do material

A extração das informações necessárias para a consecução da pesquisa ocorrera através de um instrumento previamente, e exclusivamente, elaborado para este estudo (APÊNDICE A). Isso se fez necessário para o aperfeiçoamento do trabalho de caracterização das publicações e posterior extração dos principais resultados das mesmas, o que contribuiu para o alcance das respostas às questões norteadoras da revisão.

O instrumento criado contemplou: título do artigo, periódico de publicação, ano de publicação, objetivos, tipo e abordagem do estudo, local da pesquisa (instituição, cidade e estado), população e amostra, além dos principais resultados encontrados pelos autores.

A interpretação dos resultados foi realizada por meio de avaliação criteriosa dos estudos revisados e comparação com o conhecimento teórico existente, bem como a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão. Somente a partir disso foi possível contextualizar, ao final, a evolução histórica do cuidado em saúde mental, bem como situar a posição assumida pela família no cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Assim, após a apreciação dos artigos e dos livros selecionados, as informações obtidas foram congregadas segundo a linearidade histórica da evolução, permitindo o arranjo dos acontecimentos através dos seguintes temas: *O pretérito da atenção aos doentes mentais: a liberdade e o cárcere; A posição inicial da família diante do adoecimento mental: a abnegação; Um novo olhar para o cuidado em saúde mental: a contestação; A família sob a nova óptica reformista da psiquiatria social: a reinserção e As minudências da saúde mental dentro da conjuntura brasileira: a expansão.*

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O atual cenário da saúde mental segue novas proposições de atenção psiquiátrica e reloca os diferentes atores desse processo frente ao cuidado direcionado aos sujeitos em sofrimento psíquico, demandando reorientações de práticas e reorganizações de serviços e saberes.

Através de um resgate histórico sobre essas vertentes, torna-se possível compreender o papel assumido pelos familiares e cuidadores desses indivíduos até se alcançar o que atualmente está sendo empregado nos serviços de atenção em saúde mental e dentro dos domicílios dos usuários.

4.1 O pretérito da atenção aos doentes mentais: a liberdade e o cárcere

Em ‘A História da Loucura: na Idade Clássica’ (2012), Foucault busca contextualizar o caminho percorrido pelo louco ao longo dos séculos, além de situar temporalmente o desenvolvimento das práticas assistências para com os mesmos dentro das sociedades e da família.

Tal fato é evidenciado no contexto histórico em que a sociedade lança seu olhar para o adoecimento mental e por não compreendê-lo de fato, a princípio julga a loucura como sendo a impossibilidade do pensamento e, por conseguinte, de produção, autonomia, trabalho e sobrevivência, desqualificando estes sujeitos para o convívio comum.

É fato concreto que os sujeitos em sofrimento psíquico divagavam pelas urbes e sociedades por não conseguirem se adequar às condutas impostas pelos meios sociais, pois estas só se enquadravam aos indivíduos ditos possuidores da razão. Aqui se abriu caminho para um novo momento em que a figura do louco começa a ser associada a outros sentidos, não mais somente como um indivíduo irracional, mas como um potencial causador da desordem social e familiar, como fica claro nesta passagem de Foucault (2011):

A prática do internamento no começo do século XIX, coincidiu com o momento em que a loucura é percebida menos com relação ao erro do que com relação à conduta regular e normal. Momento em que aparece não mais como julgamento perturbado, mas como desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre.

Esse mesmo autor relata que surge, assim, como medida econômica e precaução social, o “Hospital dos Loucos”, o que acarretou um evento decisivo na história da saúde mental: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade.

Essa passagem também é ratificada por Castel (1978) que traz uma abordagem capaz de refletir o pensamento que pairava nos meios sociais da época:

Insensato, o louco não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de 'servir', não entra no circuito regulado das trocas [...]. Núcleo de desordem, ele deve [...] ser reprimido [...]. Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam às pessoas 'normais' e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional.

Rosa (2011) adverte que a atitude social de tornar a loucura administrável, medicalizou-a. Tal ação arbitrou um novo *status* jurídico e social para os sujeitos em crise psíquica, que passaram de meros irracionais a alienados, doentes. A condição de periculosidade, incapacidade e inimizabilidade outorgou à psiquiatria o poder de sequestrar o 'doente' alienado, por meio da internação asilar. A partir disso, entre os séculos XVII e XVIII a condição de "doente mental" incide sobre o louco.

No entanto, Foucault (2012) afirma que a internação é uma criação institucional própria do século XVII, mas não se esperou até lá para se "fechar" os loucos e foi nessa época que se começou a "interná-los", misturando-os a toda uma população com a qual se lhes reconhecia algum mimetismo existencial, como os doentes venéreos, os devassos, os libertinos, os homossexuais, dentre outros. Perdeu-se, assim, os índices de sua individualidade.

Foucault (2011) ressalta que neste mesmo período a prática médica não havia se configurado na atenção hospitalar, além de ter sido rotulada como individualista ao resumir o papel do médico à simples transmissão de receitas que objetivavam a cura das doenças. Era um verdadeiro jogo entre a natureza, a doença e o médico que não permitiu a formação de um saber hospitalar, nem a interferência médica dentro dos hospitais já existentes.

Ainda nesta ordem, somente a partir do momento em que o hospital é concebido como uma ferramenta de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização do mesmo, se firmando e se multiplicando em seu interior. "O grande médico de hospital, aquele que será mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do final do século XVIII" (FOUCAULT, 2011).

Entrementes, Paulo Amarante (2011) contextualiza a atitude segregativa imperante neste ínterim sob a óptica do tratamento moral de Phillippe Pinel que propunha essencialmente submeter os doentes mentais a um tratamento asilar, sob um regime de completo 'isolamento'. Este, no entanto, não significa a perda da liberdade, pois, muito pelo contrário, é o tratamento que pode restituir ao homem a liberdade subtraída pela enfermidade.

Além disso, o primeiro e mais fundamental princípio terapêutico do “tratamento moral”, o princípio do ‘isolamento do mundo exterior’, é uma construção pineliana que até os dias atuais não está totalmente superada nas práticas psiquiátricas.

O histórico ‘gesto de Pinel’ desacorrendo os loucos das influências do mundo externo poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. No entanto, Amarante (2011) salienta que **o que de fato existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição e os loucos foram desacorrendos, porém institucionalizados**².

Rosa (2011) comunga com estas circunstâncias ao situar o trabalho desenvolvido por Pinel na França, como um marco no nascimento da psiquiatria. Todavia, o asilamento pineliano reproduziria a concepção de que o ambiente molda o homem, assim sendo, a justificativa para a clausura em um asilo como sendo “isolamento terapêutico” se embasa na necessidade de se romper os focos de influência externa sobre os loucos, particularmente na família.

É também a partir disso que Amarante (2011) aponta que os doentes mentais permaneceram enclausurados, não mais por repressão, mas por um imperativo terapêutico. Rosa (2011) então conclui que foi neste lance que se construiu uma outra relação entre o doente mental e sua família, diferentemente das sociedades pré-capitalistas, em que o louco era uma questão da alçada familiar.

Finalmente, no começo do século XIX, instalou-se as grandes estruturas asilares, justificadas pela maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes.

Para justificar o isolamento dos loucos, Esquirol dava cinco razões principais: 1. Garantir a segurança pessoal dos loucos e de suas famílias; 2. Liberá-los das influências externas; 3. Vencer suas resistências pessoais; 4. Submetê-los a um regime médico; 5. Impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais. (FOUCAULT, 2011)

4.2 A posição inicial da família diante do adoecimento mental: a abnegação

Rosa (2011) busca justificar o distanciamento entre família e o seu louco através das sistematizações pregadas por Esquirol, onde o mesmo defendia, dupla e paradoxalmente, a posição assumida pela família diante do adoecimento mental. De um lado, ela era considerada

² **Grifo do autor.**

como estando sob a ameaça de alienação, e, por isso, necessitava ser protegida. Em outro aspecto, o isolamento deveria ser realizado, porque a família seria propiciadora de alienação mental.

A origem da alienação provinha da estrutura familiar e tinha uma causalidade moral assim manifestada pelo próprio Esquirol:

Algumas vezes, a causa do delírio existe no seio da família. Desgostos domésticos, reveses da fortuna, a inveja, a presença de indivíduos que despertam ou irritam as paixões mal apagadas provocaram o extravio da razão e são obstáculos insuperáveis para seu restabelecimento. (ESQUIROL *apud* BIRMAM, 1978).

Birman (1978) ainda afirma que o conflito entre os impulsos e a vontade, características da loucura, estaria presente e estimulado na família. Destarte, retirar o alienado desse meio e isolá-lo corresponderia, portanto, a este remanejamento de forças no espaço externo. Desse modo, o louco foi colocado num lugar que funcionaria como uma vontade poderosa que daria limites aos seus excessos.

Rosa (2011) coaduna seu pensamento afirmando que a família seria, ainda, um agente etiológico da alienação nas condições de sua emergência, forjada pela desregulação precoce dos afetos. Com a instauração do “modelo médico” de assistência, que visava obter a cura, a família fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade.

A partir de então, ao longo do século XVIII, desenvolve-se uma medicina na qual o conjunto médico-doente se vai tornando o elemento constituinte (FOUCAULT, 2012). Isso também foi observado por Amarante (2011) quando o mesmo aborda que a psiquiatria se referia à relação médico-paciente, mas na verdade o que ela estabelecia era uma relação médico-doença.

Enfim, Rosa (2011) aponta que a relação da família com o portador de transtorno mental passa, inicialmente, a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência. **Restava, então, à família aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado, como prometia o modelo médico vigente, pondo-a em segundo plano no processo de recuperação desses indivíduos³.**

³ Grifo do autor

O resultado alcançado com a abordagem hospitalocêntrica do alienismo e as práticas do “isolamento terapêutico” conduzidas por Phillippe Pinel foi a cronificação do adoecimento mental e uma incurabilidade factual, segundo Rosa (2011).

4.3 Um novo olhar para o cuidado em saúde mental: a contestação

Avaliada apenas de acordo com seu valor funcional, a criação das casas de internamento pode ser considerada um fracasso. Seu desaparecimento em quase toda a Europa no começo do século XIX, como centros de recepção de indigentes e prisão da miséria, sancionará seu fracasso final: remédio transitório e ineficaz, precaução social muito mal formulada pela industrialização nascente (FOUCAULT, 2012).

A loucura como anormalidade e o aparato manicomial como objeto da razão permaneceram por quase dois séculos. Então no século XX manifestações de críticos passaram a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais e o sistema manicomial. As maiores críticas aconteceram diante do poder médico e de suas práticas de exclusão do sujeito (FOUCAULT, 2012; SANTIN; KLAFKE, 2011; ROSA, 2011).

Rosa (2011) temporaliza em seu estudo o questionamento e a metamorfose do edifício psiquiátrico imperante até o pós-guerra, que é quando a psiquiatria clássica assume um estatuto de crise existencial e abre espaço para o surgimento da psiquiatria social através de um leque de modelos assistenciais, que a autora denomina de “o campo Psi”.

Esse aprofundamento histórico também foi citado por Moreno e Alencastre (2003) onde os mesmos confirmam que as censuras ao modelo asilar iniciaram-se durante e após a Segunda Guerra Mundial, quando ocorreram novas reformulações da assistência psiquiátrica, principalmente através da Psiquiatria Institucional na França, das Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, da Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos e da Psiquiatria Democrática na Itália.

Deram-se os primeiros passos da grande revolução psiquiátrica que resultaria, mais tarde, em um movimento organizado em prol de melhores condições de tratamento aos doentes mentais, bem como na transformação do espaço asilar com a possibilidade de desospitalização dos pacientes, ou seja, seu retorno à sua família e à sua comunidade (ROSA, 2011; AMARANTE, 2011; MORENO; ALENCASTRE, 2003). Propunha-se, então, a modificação do aparato asilar imperante; uma verdadeira “Reforma Psiquiátrica”.

Pela objetividade deste estudo, dar-se-á ênfase ao processo de reforma psiquiátrica Italiana, sob a perspectiva da Psiquiatria Democrática de Franco Basaglia, por ter sido esta a

grande influenciadora do processo de reformulação e reorientação da psiquiatria e da assistência em saúde mental no Brasil.

A proposta basagliana era promover uma ruptura com o paradigma clínico e psiquiátrico, desconstruindo os aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais e políticos que lhe davam sustentação. Por ter convivido em meio às práticas clássicas da psiquiatria durante sua experiência no hospital psiquiátrico de Gorizia, na Itália, Franco Basaglia implementou uma negação ativa ao modelo vigente defendendo insistentemente a sua substituição por novos serviços de base comunitária (ROSA, 2011; AMARANTE, 2011; PINHO et al., 2010; MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Rosa (2011) atenta que o protótipo alvitado pelo novo modelo assistencial de Basaglia, ativou o poder de outros profissionais, da própria equipe de saúde mental e dos usuários, familiares e público em geral dos serviços.

Em complementaridade, os autores supracitados, assim como Soalheiro (2012), Santin e Klafke (2011), e Dimenstein (2010), definem os principais aspectos desse novo modelo de atenção em saúde mental (e talvez os mais promissores): o deslocamento do objeto da psiquiatria da doença mental (que deveria ser colocada entre parênteses!) para a “existência sofrimento” do sujeito enfermo; a emancipação e a ampliação do poder de troca desses sujeitos em detrimento da cura, a partir de sua reinserção no mundo social; e finalmente define a “desinstitucionalização” como o caminho para reconstruir as pessoas como atores sociais.

Este último fator é lembrado, também, por Gonçalves e Sena (2011) que assim o sinaliza:

A desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativos-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade.

Diante disso, o trabalho de desinstitucionalização constitui-se como um esforço permanente de desconstruir condutas tidas como únicas e verdadeiras e construir na multiplicidade de fatores que envolvem o relacionamento do portador de sofrimento psíquico e seus familiares uma experiência de convivência o mais saudável possível (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

É perceptível que a família manteve-se distanciada deste processo contestatório e de reformulação dos modos de se lidar com o adoecimento mental, fato este perfeitamente

justificável pela forma como a reestruturação do aparato manicomial ocorreu: de dentro para fora dos hospitais psiquiátricos. Recordemos que a família, até então, não se incluía nas propostas hospitalares de atenção e muito menos foram convidadas, a princípio, para participarem deste processo encabeçado, sobretudo, pelos trabalhadores já imersos naquelas instituições.

Tais aspectos somados à esperança pela cura desses indivíduos (que ainda se mantinha acesa) contribuíram imensamente para o total despreparo das famílias dos doentes mentais para lidar com o seu iminente retorno ao âmago familiar e comunitário.

No transcorrer deste importante período de mudanças e atribuições de novos valores, papéis, funções e da emergente necessidade de uma união de forças entre profissionais da saúde mental, a família, a sociedade e os pacientes, arquitetou-se as novas formas de cuidar em saúde mental que se imbricavam com a restituição dos doentes mentais a suas famílias e sua retirada progressiva dos muros das instituições e do asilamento.

Contudo, não é de se surpreender que, pela maneira como se desenrolou todo este aparato, as famílias não conseguiriam se adaptar a todas estas mudanças paradigmáticas no mundo da saúde mental, visto não terem recebido todo o suporte psicológico, econômico, social e afetivo necessários para a desinstitucionalização dos sujeitos. Essa realidade se configura até os dias atuais como já constatado em alguns estudos (SOALHEIRO, 2012; AMARANTE, 2011; OLIVEIRA e MENDONÇA, 2011; ROSA, 2011; CAMATTA et al., 2011).

4.4 A família sob a nova óptica reformista da psiquiatria social: a reinserção

Para Oliveira e Mendonça (2011), o que se almejava com reforma psiquiátrica era o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito principal de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como único horizonte. Esperava-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Com o advento desses novos saberes para o cuidado em saúde mental a família é retomada agora não como cúmplice do asilamento, mas como parceira no processo de mudança de sentidos e significados; não como agente etiológico, mas como uma rede de relações, um suporte para o indivíduo enfrentar condições de adversidade em sua vida (PINHO et al., 2010).

A instituição familiar passa a representar o elo entre o sujeito em sofrimento psíquico e o seu retorno ao mundo social, além de ser a responsável privilegiada por sua reintegração na sociedade quando aqueles passam a deixar diariamente todo o aparato oferecido pelos serviços que substituíram os asilos e centros de internação.

Haja vista a complexidade dessas dimensões a proposta de reinserção social do doente mental e a sua aproximação com a família não se mostrou, e ainda hoje não representa, uma tarefa fácil para os que vivenciam diariamente esta realidade, como asseguram Santin e Klafke (2011). Ao mesmo tempo em que as famílias anseiam por ter todos os seus membros próximos, elas também refletem o medo e o preconceito ainda presentes em nossa sociedade, o que, muitas vezes, as deixam resistentes a acolher o ente que adoeceu.

Outrossim, Reinaldo e Saeki (2004) advertem que para o doente, para seus familiares e pessoas que estejam mais próximas de seu convívio, a experiência do adoecimento implica em desorganização. A rotina é modificada e todos os comportamentos do enfermo são observados como resultado da doença. Nos momentos de crise, os familiares do doente sentem-se incapazes de relacionarem-se com ele. Atribuindo essa atitude ao fato de desconhecerem a doença (o que faz com que atividades rotineiras tornem-se impraticáveis) e mostrando-se ineficazes para atender a qualquer situação cotidiana.

As circunstâncias supracitadas e que surgiram – ou, melhor, ressurgiram – após a devolução dos doentes mentais ao âmbito familiar terrificavam a família que se via na “obrigação” de receber seu enfermo de volta. A estrutura socioeconômica, moral e organizacional da maioria delas também eram precárias em decorrência de inúmeros fatores sociais e existenciais, contribuindo grandemente para dificultar a ressocialização desses sujeitos.

Amarante e Cruz (2008) afirmam, finalmente, ser preciso saber lidar com as famílias não apenas como parentes ou cuidadores, mas como agentes sociais e sujeitos políticos. Observou-se isso também em Reinaldo e Saeki (2004) quando os mesmos julgaram necessário enriquecer as redes familiares e sociais desses pacientes em termos quantitativos (serviços extra-hospitalares de apoio, profissionais qualificados) e qualitativos (apoio, informação, pesquisas, entre outros).

4.5 As minudências da saúde mental dentro da conjuntura brasileira: a expansão

Como explanado outrora, o processo de reformulação da atenção em saúde mental brasileiro foi fortemente influenciado pelas perspectivas da psiquiatria democrática italiana,

formulada pelo psiquiatra Franco Basaglia e cujos princípios já foram citados anteriormente. Tal modelo direcionou a mudança do paradigma manicomial, que aqui vigorou desde o século XVIII até grande parte do século XX, para os novos mecanismos assistenciais de cunho comunitário, participativo e não-hospitalocêntrico.

Rosa (2011) chama a atenção para o fato de as circunstâncias históricas do Brasil terem sido distintas da realidade europeia na era clássica e isso influenciou na evolução do cuidado psiquiátrico. Aqui a assistência psiquiátrica hospiciocêntrica/hospitalocêntrica instituiu-se no âmbito de uma sociedade colonial, rural e escravocrata, onde o trabalho era algo negativo e destinado somente às pessoas inferiormente alocadas nas camadas sociais: servos, escravos, presos, etc. Quem detinha um maior poder aquisitivo não trabalhava, colocava subalternos para trabalharem para si.

Essa realidade também não se assemelha ao iniciar das práticas psiquiátricas na Europa, pois como já exposto neste estudo o momento social onde os loucos foram notados como doentes mentais e a psiquiatria como a responsável por sua cura ocorreu no limiar da expansão burguesa em que o trabalho separava os indivíduos entre os produtivos, que eram bem vistos no meio social, e os improdutivos, que eram segregados. Os doentes mentais ficavam nesta segunda posição pelos incontáveis motivos aqui já explanados.

A população psiquiátrica, durante os primeiros passos dados pela assistência psiquiátrica brasileira, compunha-se predominantemente de homens livres, brancos e pobres, deslocados numa sociedade que se estruturava no trabalho escravo. Avançando-se um pouco nas eras históricas, somente com a instauração da República é que a loucura e o louco tornam-se objeto de especialistas e ganham contorno de doença mental no Brasil. Foi aí que, segundo a autora supramencionada, o cuidado em saúde mental saiu do empirismo para entrar na fase científica.

Jorge et al. (2007) elucida em um estudo que no Brasil, a atual concepção política da reforma psiquiátrica foi construída a partir I Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 1987, quando foram formuladas propostas para reestruturação da assistência em saúde mental pautada no modo psicossocial de cuidar.

Foi exatamente nesta época que, segundo Moreno e Alencastre (2003) se priorizou a mudança do modelo assistencial e a família voltou a compor o cenário da assistência ao doente mental. Todavia, vê-se que o processo de recomposição da assistência mental brasileira não levou séculos para se formular como na Europa, mas isso se explica, como lembra Rosa (2011) por meio de uma citação de Venâncio (1990), pelo fato de o mesmo ter tido como principal difusor o próprio Estado e ter germinado numa conjuntura autoritária.

Somente em 1992, com a II Conferência Nacional da Saúde, a reforma psiquiátrica se tornou política oficial do país e as famílias passaram a integrar as comissões representativas junto aos órgãos institucionais (JORGE et al, 2007).

Sendo assim, as modificações no campo da saúde mental foram sendo progressivamente impostas pelas entidades estatais, a princípio com pouca participação da família e do doente mental nesse processo, que eram vistos mais como destinatários das mudanças, do que protagonistas das mesmas.

Paulo Amarante (2011) celebra “a inclusão de novos sujeitos de direitos e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental no Brasil” a partir da promulgação da lei 10.216 em 6 de abril de 2001. Ele salienta que embora o projeto original tenha inicialmente sido rejeitado, depois de doze anos de tramitação, foi substituído, contemplando prioritariamente a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial da saúde mental brasileira. A arcaica legislação de 1934 foi então revogada e essa lei ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Nas últimas décadas o processo brasileiro de reforma na saúde mental vem tornando o cuidado na comunidade e a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico o foco de sua atenção. O momento atual é de investimento em infraestrutura de serviços e redefinições no campo da assistência à clientela na área da saúde mental (CARDOSO; GALERA, 2011). O mesmo se dá através da construção das novas redes de serviços substitutivos ao manicômio.

Os principais recursos que constituem essas redes e que hoje estão implementados em grande parte do território nacional são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas conformações, os Serviços de Residência Terapêutica (SRTs), os leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o Programa de Volta para Casa e os atendimentos prestados pelas equipes de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2004).

Cardoso e Galera (2011) ainda suplementam que essas inovações rogam por mais estudos e adaptações dos profissionais e serviços de saúde para que possam atender às demandas de seus pacientes e cuidadores. Com internações psiquiátricas criteriosas e marcadas por períodos mais curtos de institucionalização, pacientes e familiares vem se tornando cada vez mais os principais provedores de cuidados em saúde mental em nível de Brasil.

Porém, como em muitos outros países, esta rede de serviços ainda está em desenvolvimento e carece de aumento da implantação de infraestrutura extra-hospitalar mais próxima ao cotidiano de seus clientes (o que facilitaria o acesso aos mesmos) e da firmamento de

papeis para os diferentes atores que pertencem a este meio (ROSA, 2011; JORGE; FRANÇA, 2007; GONÇALVES; SENA, 2001).

Dá-se, agora, seguimento à parte final dessa análise discursiva com a apresentação das problemáticas presentes no atual cenário da atenção psiquiátrica no Brasil e que foram observadas nos trabalhos analisados por este estudo. Para tanto, dividiu-se as mesmas em três eixos de acordo com suas semelhanças temáticas.

4.5.1 Dificuldades na continuidade do tratamento psiquiátrico

A continuidade do tratamento ainda está centrada na adesão à medicação e na vinculação a um serviço de saúde mental, mais precisamente ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o que, de certa forma, pode estar colaborando para que o tratamento de indivíduos em sofrimento psíquico ainda seja visto por alguns como possível apenas em locais especializados. Também a família ainda pouco participa das atividades deste serviço. Há minimização da responsabilidade de profissionais dos serviços primários, limitando consideravelmente a rede de serviços substitutivos (MELLO; SCHNEIDER, 2011; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011; CAMATTA et al., 2011).

Isso pode estar relacionado à precária articulação entre os CAPS e a rede de atenção básica, que ainda não definiu sua função no processo de ressocialização dos doentes mentais, como também afirma o estudo de Mello e Schneider (2011). A formação acadêmica dos profissionais que integram as equipes responsáveis pelo cuidado multiprofissional aos usuários continua insatisfatória e isso se reflete na prestação do cuidado, bem como, no reconhecimento do real papel da família na continuidade do mesmo.

Percebe-se então que estamos vivenciando um momento de adequações no que concerne a reestruturação dos serviços e na definição dos papeis a serem desempenhados por cada um dos componentes das redes de dispositivos substitutivos. Os profissionais das equipes multidisciplinares também se encontram inseridos neste processo de mudanças, mas isso ainda não está sendo empregado dentro das universidades durante a formação dos mesmos, que somente após entrarem no mercado de trabalho é que vislumbram o difícil papel que irão desempenhar.

Além disso, o cenário de dificuldades dos serviços substitutivos em atender a demanda crescente, de dar respostas à crise e oferecer suporte as famílias, dificuldades aparentemente resolvidas no modelo manicomial, tem produzido insegurança e descrédito junto a alguns familiares, no que diz respeito ao movimento da reforma psiquiátrica (ROSA,

2011; MELLO; SCHNEIDER, 2011; DIMENSTEIN et al., 2010; KOGA; FUREGATO, 2002).

As expectativas geradas pela família com o retorno do paciente ao lar após a alta hospitalar são, em algumas circunstâncias, frustradas pelo fato de a maioria dos pacientes sofrerem de doenças incuráveis, o tratamento ser longo e não haver remissão total dos sinais e sintomas característicos de algumas doenças psiquiátricas (DIMENSTEIN et al., 2010; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011).

Fica explícito que apesar de se ter consciência dos pormenores do cuidado em saúde mental, principalmente do longo processo de tratamento da maioria das enfermidades, tanto os serviços quanto as famílias cuidadoras não se encontram plenamente preparadas para lidar com as constantes crises e consequentes reinternações desses sujeitos. O aumento crescente das demandas dos serviços dificulta o emprego da visão holística de tratamento, onde se busca enxergar o sujeito como um todo, não somente sua doença.

4.5.2 Sobrecarga dos familiares/cuidadores na prestação do cuidado domiciliar

Alguns estudos revisados apontaram que a sobrecarga dos familiares/cuidadores resulta das tarefas advindas do papel de cuidador e das mudanças que ocorreram em sua vida social e profissional, pois eles precisam colocar as necessidades dos pacientes como prioridade em detrimento às suas. Além disso, a sobrecarga é agravada pela falta de informação a respeito da doença, do tratamento utilizado e das estratégias mais adequadas para lidar com os comportamentos problemáticos dos pacientes e para o manejo das situações de crise (BANDEIRA et al., 2008; DIMENSTEIN et al., 2010; OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011).

Os familiares, na interação com os pacientes e no manobro cotidiano, sofrem principalmente no plano psicológico, no material e no plano da organização da própria vida. Enfrentar e aceitar são as grandes dificuldades vivenciadas pelos familiares, que passam, então, a sofrer desabilitações sociais transitórias e distúrbios da relação entre seus entes (FILIZOLA et al., 2011).

Entende-se que esta realidade pode ser justificada pelo fato de a (re)atribuição da função de cuidadora não ter sido feita com a família no papel de copartícipe da reforma psiquiátrica. Como já dito em outro momento, no começo desse processo a mesma era tida como destinatária das mudanças e não como atuante.

Se, para uma família de paciente psiquiátrico, o fardo se limitasse ao problema financeiro, às dificuldades domésticas e aos problemas de saúde, um programa social pré-estabelecido e vertical poderia ser resolutivo. Entretanto, muitos outros aspectos da vida do doente mental são alterados com o estabelecimento da doença, expressos através de sua conduta nas relações consigo próprio, com as pessoas ao seu redor e com os demais setores da vida e da sociedade (KOGA; FUREGATO, 2002).

Vários autores destacaram o posicionamento da figura feminina no papel de cuidadora dos sujeitos em sofrimento psíquico quando estes estão em casa (ROSA, 2011; FILIZOLA et al., 2011; SANTIN; KLAFKE, 2011; PINHO et al., 2010). Mesmo após inúmeras transformações e críticas, ainda não se afastam da mulher a responsabilidade e a exigência dos papéis socialmente atribuídos a ela de procriar e criar filhos saudáveis e preparados para assumir o mercado profissional e a vida em coletividade (FILIZOLA et al., 2011), deixando claro que o provimento de cuidado para familiares é uma questão de gênero historicamente produzida e mantida pela sociedade que vê na mulher uma cuidadora por excelência, tanto para familiares adoecidos ou não (ROSA, 2011).

Sabe-se, porém, que com o novo modelo de vida imposto pelo capitalismo atual, com a conquista de seu espaço frente ao mercado de trabalho e com o desbravar de novos horizontes em inúmeros outros aspectos de sua vida, a mulher esteja assumindo muitos outros papéis que não só de cuidadora, mãe, esposa e dona de casa. Sendo assim, é esperado que isto viesse influenciar na prestação de cuidados especiais a toda e qualquer pessoa que necessite de uma maior atenção por parte desta figura, como é o caso dos doentes mentais.

4.5.3 Falta de cumplicidade entre famílias/cuidadores, a rede de serviços substitutivos e a equipe multidisciplinar

Oliveira e Mendonça (2011) também revelaram em sua pesquisa que muitos pacientes psiquiátricos e familiares sentem dificuldade de usufruir dos serviços e dispositivos substitutivos devido a alguns percalços, como: gastos com passagens, distância geográfica e a resistência de alguns usuários que compareciam às unidades referenciadas apenas para as consulta médicas.

Dimenstein et al. (2010) revelou que profissionais de serviços pouco familiarizados com os parâmetros da reforma, assumem que já cuidam do usuário e que não têm possibilidade de cuidar também das famílias, referindo o grande número de pessoas que estão

nos serviços, a dificuldade de envolver os familiares em grupos, a sobrecarga do trabalho, entre outros.

Além disso, os familiares não compreendem a lógica da gestão e das políticas de saúde mental que estão sendo empregadas como revelou a pesquisa de Camatta et al. (2011). Este mesmo estudo destacou ainda que os familiares sentem-se até satisfeitos com o espaço físico dos serviços, principalmente dos CAPS, mas julgam haver necessidade de melhorias na estrutura e na organização dos mesmos.

Desta forma observa-se que a reestruturação que vem ocorrendo nos serviços e na forma de atender os seus usuários veio acompanhada de muitos fatores que dificultaram a sua aceitação, sua implementação e sua ampliação. Parece estar havendo um distanciamento do que se imaginou inicialmente para o que se está sendo implantado.

Os familiares/cuidadores também são convocados a participar das ações realizadas dentro dos serviços e até percebem sua importância no processo, mas quase sempre alegam indisponibilidade para isso (ROSA, 2011; SANTIN; KLAFKE, 2011; DIMENSTEIN et al., 2010).

Por outro lado, os profissionais se queixam dessa ausência e do aumento de trabalho para a equipe que a mesma provoca. Dessa situação derivou o reconhecimento, pela equipe multiprofissional, da necessidade de oferecer algum tipo de suporte para estas famílias, de modo que possam sustentar uma perspectiva de coparticipação pelo cuidado (DIMENSTEIN et al., 2010).

Logo se percebe que a não participação da família nas atividades propostas pelos dispositivos vai se refletir no cuidado ao seu doente que ficará unilateralizado podendo, desta maneira, gerar sobrecarga no serviço e na equipe profissional, correndo-se o risco de não se oferecer a atenção que o usuário requer.

Dimenstein et al. (2010) conclui em seu trabalho que é papel dos profissionais e dos dispositivos substitutivos ajudar as famílias em termos da estruturação da sua vida cotidiana e convívio com seu familiar, orientá-las em termos de estratégias práticas de manejo da enfermidade, esclarecer sobre as propostas terapêuticas, compartilhar informações sobre diagnóstico, medicação, o que fazer em situação de crise, dentre outros aspectos. Essas são ações cruciais para que as famílias possa ser um recurso ativo no processo de cuidado e reinserção social dos usuários.

Soalheiro (2012) cita Minkovitz para ressaltar também alguns aspectos que dizem respeito às obrigações das pessoas de apoio, aquelas que cumprem funções de cuidadores: entender que o seu papel é o de facilitar e não de manipular, aprender como essa pessoa se

comunica e se comunicar melhor com ela, escutar ativamente e usar todas as formas de comunicação, dar espaço para que a pessoa expresse seus desejos reais, respeitar a vontade da pessoa, mesmo se ela tomar uma decisão que seja equivocada.

É compreensível que as transformações que ocorreram e que vem acontecendo até os dias atuais no complexo campo da saúde mental não tenham se configurado em sua plenitude ainda, mas sabe-se também que nenhuma transformação é em primeira instância bem aceita por todos, pois para isso inúmeros fatores necessitam ser atendidos, o que requer dispêndio de grande demanda de conhecimento, tempo, verbas, trabalho, políticas, serviços e muitos outros instrumentos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela consecução deste estudo bibliográfico e pelo resgate de um implexo processo histórico sobre a saúde mental e o cuidado com as pessoas em sofrimento psíquico no transcorrer desses últimos séculos, viu-se ao fim de tudo que a saúde mental, em suas diferentes anuências, sempre deteve um lado impenetrável e desafiador que a puseram em diferentes contextos na história, passando de uma verdade impura e irracional para um momento de maior assistência e de caráter humanitário.

A clausura e o asilamento se mantiveram reinantes por muito tempo, aliás, tempo até demais, e isso se deve, em partes, à grande necessidade que os doentes mentais possuem de um alguém que os represente, que deles cuide e que busquem seus direitos, podendo ser este um familiar, um amigo, um profissional, ou até mesmo um alguém totalmente desconhecido, mas que não aceite a aniquilação de uma existência humana em função de uma sociedade mais pura e racionalizada.

As famílias e os cuidadores desses sujeitos ocuparam momentos importantes nessa conjuntura, mas também, figuraram instantes de um quase anonimato em virtude do poder massacrante do preconceito, do medo, da estigmatização e da impiedade humana diante daquilo que parecia não ter sentido para o homem: a loucura.

Ficou evidente que agora a instituição familiar deve manter seu papel de importante provedora do cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico, o que nunca deveria ter lhe sido retirado em momento nenhum da história. O que difere no atual processo de cuidar é que a mesma não se encontra mais sozinha no desempenho deste papel. Têm-se buscado implantar diversos dispositivos assistenciais criados em um regime de coparticipação e que não mais objetivam a cura dos doentes mentais, mas sempre a chance de oportuniza-los a conseguir viver e conviver dentro de uma sociedade bem fundamentada e equânime.

Todo este aparato também permeou o cenário psiquiátrico brasileiro e nestes últimos tempos muito se evoluiu na tentativa de garantir aos doentes mentais e a seus corresponsáveis o direito a um notável atendimento nos serviços substitutivos ao manicômio, assim como, a uma grande parte dos subsídios indispensáveis para a melhora na qualidade de vida dos mesmos e de seus cuidadores.

Indiscutivelmente há muitos percalços a serem suplantados: a falta de apoio por parte de muitos profissionais e serviços à família dos usuários, a má distribuição de deveres que ocasiona a sobrecarga na família ou nos serviços; o medo diante das crises que ocasiona recorrentes internações; os poucos subsídios governamentais que restringem o melhoramento

das condições dos dispositivos; o não sinergismo entre a família e as redes de apoio que comprometem a qualidade do cuidado oferecido por ambas as partes, enfim, vários empecilhos que necessitam ser conjuntamente desvanecidos e debatidos entre todos os protagonistas do cuidado em saúde mental.

E é desta maneira que se encerra este estudo, com a perspectiva de avanços nas relações estabelecidas entre os familiares/cuidadores – a rede de serviços substitutivos – a equipe multidisciplinar – e o sujeito em sofrimento psíquico. Espera-se também que a sociedade saiba oferecer o espaço necessário para acolher estes indivíduos em sua totalidade, não enxergando apenas sua condição mental. Defende-se que só assim se vai conseguir alcançar a tão sonhada “ressocialização” dos doentes mentais.

Louvaminhando as palavras usadas pela Psicóloga Dr^a. Magda Dimenstein (2006) para relevar um trabalho desenvolvido por ela, diz-se aqui também, que este estudo notadamente não traz nenhuma novidade. Não se trata de algo inusitado ou mesmo desconhecido da maioria daqueles que vivem o cotidiano da saúde mental. Entretanto, o mesmo propiciará um melhor conhecimento a respeito do que já foi e do que poderá vir a ser o cuidado no vasto campo da saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. **Saúde mental, formação e crítica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Laps, 2008.

BANDEIRA, M. et al. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **J Bras Psiquiatri**. Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008.

BIRMAM, J. **A psiquiatria como discurso da moralidade**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1978.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Aprova os direitos dos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial na área. **Cartilha Direito à saúde mental**. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Brasília (DF), 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, 2005.

_____. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

CAMATTA, M. W. et al. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 11, p. 4405-4414, 2011.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, 2011.

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

DIMENSTEIN, M. et al. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1209-1226, 2010.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**. Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-83, 2006.

FILIZOLA, C. L. A. et al. Saúde mental e economia solidária: a família na inclusão pelo trabalho. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 45, n. 2, p. 418-425, 2011.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na Idade Clássica**. 9ª ed. São Paulo: editora Perspectiva, 2012.

_____. A casa dos loucos. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 26ª ed. São Paulo: Editora Graal, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 4, n. 2, p. 48-55, 2001.

JORGE M. R.; FRANÇA J. M. F. A associação brasileira de psiquiatria e a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 23, n. 1, p. 3-6, 2007.

JORGE, M. S. B. et al. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 42, n. 1, p. 135-142, 2007.

KOGA, M.; FUREGATO, A. R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 1, n. 1, p. 69-73, 2002.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

MELLO, R. M.; SCHNEIDER, J. F. A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 226-233, 2011.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2010.

MORENO, V.; ALENCASTRE M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 37, n. 2, p. 43-50, 2003.

OLIVEIRA, E. B.; MENDONÇA, J. L. S. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após alta hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 198-203, 2011.

PINHO, L B. et al. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a parceria da família: o discurso do distanciamento. **Interface - Comunic. Saúde, Educ**. v.14, n.32, p.103-13, 2010.

REINALDO, A. M. S.; SAEKI, T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 38, n. 4, p. 396-405, 2004.

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

SANTIN G.; KLAFKE T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 34, 2011.

SOALHEIRO, N. I. Política e empoderamento de usuários e familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica. **Cad. Bras. Saúde Mental**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 30-44, 2012.

APÊNDICE

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO PARA INTEGRAÇÃO DE DADOS DE UMA
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

FORMULÁRIO	
Título do artigo:	
Referência (Formato ABNT):	
Descritores:	
Periódico:	
Ano de publicação:	
Objetivos:	
Tipo de estudo:	Abordagem: () Quantita. () Qualita.
Descrição dos participantes (População e Amostra):	
Local da pesquisa (instituição, cidade e estado):	
Principais resultados do estudo:	

Observações do revisor: