

REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REINserÇÃO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA

Psychiatric Reform And Re-Integration Of The Carrier Of Mental Disorders In The Family

Rosani Gambatto¹
André Luiz Picolli da Silva²

Resumo

Atualmente, nessa primeira década do século XXI, existem no país aproximadamente 55 mil leitos psiquiátricos. Pelo menos 20 mil são ocupados por pacientes considerados crônicos ou que, abandonados por suas famílias, transformaram-se em “moradores” de instituições hospitalares. A partir da reforma psiquiátrica no Brasil, em 2001, a desinstitucionalização não se restringe mais à simples substituição de modelos de tratamentos dentro do hospital, envolve também questões socioculturais. Há um deslocamento das práticas psiquiátricas clássicas para práticas de cuidado realizadas na comunidade, e mais especificamente a família. Com base nessa perspectiva, o presente artigo tem por objetivo proporcionar uma reflexão crítica sobre questões referentes à reforma psiquiátrica, que colocou um “ponto de interrogação” sobre o método curativo do saber médico e no estigma do “louco” presente na sociedade, bem como a discussão inicia-se a partir do fato de que o portador de transtorno mental é entregue à família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições dela, especialmente em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida, aspectos esses profundamente interligados. Nesse sentido, no presente trabalho conclui-se que é necessário realizar a (re)inserção do portador de transtorno mental na família, desde que ela seja preparada para tanto, do contrário, o simples encaminhamento do portador de transtorno mental de volta para casa em pouco contribuirá para o seu pleno restabelecimento junto à sociedade.

Palavras-chave: Transtorno mental; Família; Reforma psiquiátrica.

¹ Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC – *Campus* de São Miguel do Oeste. Acadêmica do 6º período de Graduação em Psicologia.

² Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC – *Campus* de São Miguel do Oeste. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Docente do curso de Graduação em Psicologia da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC – *Campus* de São Miguel do Oeste.

Endereço para contato: Rua Miguel Ângelo, 299 São Miguel do Oeste – SC. CEP: 8900-000.

E-mail: rosani_gambatto@yahoo.com.br.

Abstract

Currently, in this first decade of century XXI, there are approximately in the country 55 thousand beds psychiatric. In this number, 20 thousand its are busy for patients considered chronics or that abandoned for its families, become its into hospitals inhabitanicies of institution. When in 2001, with the Brazilian Psychiatric Reform, the des institutionalization did not restrict it only with the simple substitution of models treatments of the hospital, but also involved questions social-cultural. There was a displacement of the practice classical psychiatric for practice of care done in the community, and more specifically with the family. Then, with base in this perspective, the present article has for objective to provide a reflection critical about questions referents the Reform Psychiatric that placed an point of interrogation about method curative of knowledge medicates and in the stigma of the insane person presents in the society. The query begins especially from the fact of that the patients suffering from mental illnesses is delivers to family without the due knowledge of the real necessities of the same one, in material, psicossociais terms of health and quality of live, aspects these, deeply integrated. In this direction, the present work concludes that is necessary to do the (re) integration of the patients suffering from mental illness with the patient's family, since that the same one is prepared for this, oppose it, the simple return of the patients suffering from mental illness for home, little will for its total reestablishment together the society.

Keywords: Mental disorder; Family; Psychiatric reform.

“O doente mental individual, como demonstra o discurso médico, está sempre aquém do progresso da psiquiatria” (Barros, 1997). Esse é o “desabafo” angustiado de um indivíduo, “suposto louco”, que por mais de 14 anos padeceu (e padece) do sofrimento advindo da incapacidade da Ciência e da sociedade como um todo, para darem uma configuração e um tratamento digno às pessoas portadoras das chamadas “doenças mentais”. Nesse sentido, o avanço histórico, científico e filosófico no referido campo somente ocorreu por intermédio dos movimentos sociais nas diversas áreas do saber, sendo que a partir do grito e da luta daqueles que exigem uma transformação digna de suas vidas é que foi possível chegar à atual conjuntura psiquiátrica vivenciada. O que, por sua vez, continua a impor a necessidade de se pensar novas alternativas para situações adversas e cotidianas consideradas muitas vezes banais, dentro do campo da saúde mental.

Pensamentos e ações determinam a cultura e, ao mesmo tempo, são determinados por ela, pois as sociedades, em sua diversidade múltipla, ditam normas e regras que são aceitas e incorporadas moralmente pelas comunidades, no intuito, cada vez mais freqüente, de adequar e unificar procedimentos e critérios, que não apenas distinguem os povos, mas, sobretudo, aproximam os indivíduos membros de um grupo. É importante destacar que tais normas e regras são criadas objetivando um bem comum à sociedade, mas, contudo, podem acabar tornando-se instrumentos de coerção e segregação dentro da própria sociedade, Foucault (1987), Nietzsche (1983) e Goffman

(1987), o que torna importante que qualquer nova mudança ocorrida na sociedade seja pensada e estudada com o maior grau de precisão possível.

A vida contemporânea, principalmente nessa primeira década do século XXI, dispõe a possibilidade de reflexão sobre posturas e comportamentos que são decorrência do modo de pensar. Mais do que a necessidade de mudanças, de criar novas alternativas, de resistir e manter viva a esperança de transformação, num mundo cada vez mais excludente e violento, é preciso questionar o modelo vigente. Viver no risco e na incerteza é o grande desafio da condição humana e, utilizando uma metáfora, é possível dizer que a vida humana é uma aventura, uma viagem rumo ao incerto. Por isso, é necessário que qualquer reflexão sobre a condição humana esteja sempre ao lado da auto-reflexão e a crítica ao lado da auto-crítica, para que os indivíduos percebam-se também como sujeitos de suas construções teóricas.

A reforma do pensamento, em época de incertezas, pressupõe a consciência reflexiva de si e do mundo para o exercício de uma auto-ética que é complexa e que entende o ser humano como um ser relacional, que vive em comunidade. Assim sendo, no presente artigo busca-se discutir questões referentes à reforma psiquiátrica, que colocou um “ponto de interrogação” sobre o método curativo do saber médico e no estigma do “louco” presente na sociedade, bem como a família do portador de transtorno mental, que por medo, vergonha ou falta de informação não está preparada para manter próximo esse membro da família.

De acordo com Machado (2000), Foucault, a partir de uma “inspiração em Nietzsche”, descreveu uma “experiência trágica da loucura” e assim pôde ultrapassar “verdades terminais”. Isso mostra ser possível evitar uma razão psiquiátrica, psicológica ou psicanalítica, e pensar a experiência da “loucura” como um valor positivo capaz de avaliar as teorias e práticas históricas sobre a própria “loucura”, Machado (2000) e Foucault (1984, 1999). Assim, no pensamento de Foucault, é possível encontrar a idéia de que instituir limites é uma estrutura fundamental de toda cultura, que estabelece fronteiras que se deslocam continuamente, e exclui o que ameaça sua ordem. Um desses limites fundantes da cultura ocidental foi o crescente processo de subordinação da loucura à razão, que nesse início do século XXI ainda é caracterizada pela “psiquiatrização” ou a “psicologização” da loucura.

Foucault (1999) relata que até a renascença, a loucura esteve ligada à presença de transcendência imaginária. A partir de Descartes e da valorização crescente da razão, a loucura passa a ser entendida como “desrazão”, como tudo aquilo que impede o pensamento (Descartes, 1973). Mesmo assim, ainda é uma doença como qualquer outra, sem uma distinção significativa das demais. Só na modernidade que a loucura passa a ser entendida como “doença mental”, que por sua vez, traz à tona o internamento psiquiátrico.

O processo histórico de controle que Foucault pretende evidenciar atinge o máximo de sua eficácia por meio das diversas ciências do homem, que patologizaram a doença mental como alienação. Uma das funções delimitadas para essas novas áreas do saber como, por exemplo, a Psicologia e a Psiquiatria, é desalienar esse homem com doença mental, tornando-o novamente apto para exercer sua razão, trazendo-o de volta “...à sua essência, à sua natureza, à sua verdade. A cura do louco está na razão do outro...” (Machado, 2000, p. 21). Nesses termos, é possível perceber que a loucura sempre existiu, bem como o lugar para tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, sendo, porém, a partir da instituição psiquiátrica que tais locais tornaram-se sinônimo de exclusão e isolamento específico para o louco. Essa realidade, (de exclusão e isolamento) ainda existe, porém de forma mais amena, pois, conforme a aspiração da reforma psiquiátrica, é necessário admitir a exis-

tência da exclusão para admitir também a existência de diferenças que precisam ser reconhecidas e respeitadas.

A Construção da Doença Mental

A compreensão da doença mental tem passado por diversas fases na história da humanidade. Na antiguidade pré-clássica, as doenças eram explicadas como resultantes da ação sobrenatural. A partir de 600 a.C., os filósofos gregos trouxeram a idéia organizacionista da loucura e até o começo da Idade Média o tratamento era de apoio e conforto aos doentes mentais (Lopes, 2005).

No final da Idade Média até a Idade Moderna houve uma mudança radical desses conceitos e o doente mental passou a ser visto como “possuído pelo demônio”, assim, o tratamento que antes era humanitário passa a ter uma realidade de espancamentos, privação de alimentos, liberdade tanto de expressão como de autonomia, discriminação, aprisionando esses doentes para que pudessem se livrar desse “demônio” (Lopes, 2005).

Um dos nomes lembrado e considerado importante quando se passa pela linha histórica da doença mental é Philippe Pinel (século XVIII), que teve o mérito de libertar os doentes mentais das correntes que privavam os doentes mentais de viverem uma vida digna. Segundo Szasz (1994), Pinel declarava que os sofredores que estavam sob sua custódia eram seres humanos e, como tais, dignos dos direitos. A libertação do doente mental empreendida por Pinel deveria ser vista, portanto, mais como uma reforma social do que como uma inovação no tratamento médico. Os asilos formam substituídos, então, pelos manicômios, destinados somente aos doentes mentais.

Porém, houve uma leitura modificada do tratamento moral de Pinel, com o passar do tempo, modificaram-se os cuidados originais do método inicialmente empregado. O comportamento dos internados passou por uma imposição de ordem e disciplina institucional, utilizava-se um tratamento violento e desumano, como banhos frios, chicotadas e máquinas giratórias (Szasz, 1994). Sendo assim, tornou-se muito enfatizado o modelo de entendimento e tratamento, que considerava a doença mental constituída apenas pelo desencadeador biológico e organizacionista.

De acordo com as transformações ocorridas, a sociedade estabeleceu regras ou padrões dos atributos físicos e comportamentais considerados “normais” e os indivíduos que se desviam dessa norma são rotulados de “anormais” e estigmatizados. O conceito de normalidade, por sua vez, é determinado pelas exigências de cada momento histórico, portanto, os critérios de desvio estão relacionados com o contexto social. Nesse sentido, a pessoa estigmatizada pode passar por dramas em sua vida como, por exemplo, a partir do momento em que o indivíduo, em função de um ou mais atributos seus, é identificado e rotulado como desviante ou anormal, os demais atributos passam a ser subestimados e o indivíduo passa a ser visto unicamente em termos de característica estigmatizante (Glat, 1988). Dessa forma, muito do que o estigmatizado faz ou que ocorre com ele é interpretado em função do desvio. Quando uma pessoa com doença mental, por exemplo, sofre um acidente ou se envolve em dificuldades, o problema é imediatamente atribuído à sua doença. Se o mesmo fato, entretanto, ocorresse com uma pessoa dita “normal”, provavelmente se buscaria uma explicação externa.

Como Goffman (1982, 1985) relata, em qualquer grupo social em que se compartilha um conjunto de valores em relação ao qual os indivíduos são situados, cada um é percebido e tratado pelos outros de acordo com as características da categoria social a qual pertence. Quando alguém é rotulado como portador de um determinado transtorno, sua identificação pessoal se desenvolve em conformidade com o papel que lhe é atribuído, pois os papéis e identidades sociais também são “colocados” nos indivíduos (Ciampa, 1994). Não só ele passa a agir segundo os padrões de comportamento esperado para o seu papel, como os “outros” também contracenam com ele enquanto pessoa estigmatizada, reforça-se ainda mais a posição do estigma social. Os diferentes desvios aos padrões de normalidade são considerados mais ou menos estigmatizantes dependendo, a cada momento histórico, dos valores em jogo em cada cultura. Conseqüentemente, um fato social pode ser aumentado ou reduzido pelas pessoas que lhe dão significado como, por exemplo, é o caso da “doença mental total” de um indivíduo que pode ser minimizada ou ampliada, em decorrência de fatores sociais.

Assim como houve a evolução histórica do processo do cuidar do doente mental, o conceito sobre ele também sofreu modificações ao longo do tempo. Nesse início do século XXI, predomina o termo “transtorno mental”, como substituto ou sinônimo de “doença mental”. De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), o transtorno mental é caracterizado por uma série de distúrbios estabelecidos na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Correlatos de Saúde (CID-10). Embora os sintomas variem, tais transtornos se caracterizam por uma combinação de idéias, emoções, comportamentos e relacionamentos entendidos como anormais com outras pessoas. São exemplos de transtorno mental a esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas. Contudo, é necessário ressaltar que a diferença entre o que é considerado normal ou anormal em um comportamento humano precisa ser entendido como uma questão de grau de variação de um fenômeno, e não como uma questão de diferença de natureza de um fenômeno. No entanto, premissas como o que é doença? O que não é? O que é loucura? A que serve? muito já foram discutidas e mesmo assim estão longe de um consenso na comunidade científica e, conseqüentemente, de terminarem com um “ponto final”, havendo no mínimo, ainda, “várias reticências” e integrantes “pontos de interrogação” a serem compreendidos.

A partir dessa perspectiva, é possível perceber que a vida apresenta problemas para todas as pessoas, principalmente para aquelas colocadas à margem dos grandes centros e sistemas de saúde, como as que residem em área rural e as classes sociais com menor poder aquisitivo dentro da população. Nessas populações, são problemas comuns: o isolamento, a falta de transportes e comunicações e limitadas oportunidades educacionais e econômicas. Os serviços de assistência para portadores de transtornos mentais e sociais tendem a centrar os recursos e a perícia clínica nas grandes áreas metropolitanas, deixando poucos e limitadas opções para os habitantes rurais que porventura necessitem de atenção em saúde mental. Portanto, há uma alta probabilidade de existir uma complexa e multidimensional ligação entre a pobreza e saúde mental, porém, em sua definição mais estrita, a pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos, talvez

mais apropriados para discussões relacionadas com transtornos mentais, pode-se entender como pobreza o estado em que não se dispõe dos meios suficientes para o exercício de uma cidadania, podendo incluir-se, assim, a falta de recursos sociais e/ou educacionais.

As mudanças tecnológicas, especialmente a revolução nas comunicações, oferecem oportunidades para um incremento da disseminação de informações e emancipação de seus usuários. Os programas de televisão, filmes, romances e até mesmo as histórias em quadrinhos, por um lado, possuem aspectos negativos. A mídia pode ter influência sobre os níveis de violência, sobre o comportamento sexual e sobre o comportamento agressivo e outras tendências agressivas.

É importante olhar o portador de transtorno mental numa perspectiva global, na utilidade de registrar “pedaços culturais” dele, sendo importante uma compreensão histórica e cultural como do indivíduo em si, com sua história de vida, sua trajetória, seus sonhos, angústias, bem como a sua integração e convívio com a família e a comunidade.

A Desconstrução do Hospício e um Novo Olhar sobre a Loucura

Existem, atualmente, nessa primeira década do século XXI, no país, aproximadamente 55 mil leitos psiquiátricos. Pelo menos 20 mil são ocupados por pacientes considerados crônicos ou que, abandonados por suas famílias, transformaram-se em “moradores” das instituições hospitalares. Esses pacientes não têm onde viver fora dos manicômios e também se adaptaram à lógica desses locais que não os prepararam para “viver fora de lá” (Silva, 2004).

A instituição psiquiátrica retirou dos “loucos”, durante os anos de clausura, algo precioso: o direito à existência pública. Reduzidos ao anonimato e à miséria por anos, esses sujeitos foram privados de tudo de bom que a humanidade foi capaz de produzir, sendo, igualmente, privados da oportunidade de aderirem às lutas pela construção de um mundo melhor para todos, principalmente, para si próprios.

A exclusão, no caso dos “loucos”, segundo Silva (2004), produz um fenômeno, que pode ser chamado de “desfiliação”, que é caracterizada,

sobretudo, pela falta de recursos materiais. Porém, essa se distingue da pobreza propriamente dita, por agregar a ela a ruptura dos vínculos e a ausência do futuro, gerando uma invisibilidade social. Os pacientes internados em hospitais psiquiátricos eram submetidos a internações fechadas, em instituições que se caracterizavam como verdadeiros depósitos humanos. Os pacientes eram “despejados” de sua identidade e os tratamentos massificados se limitavam a altas doses de medicamentos que visavam fundamentalmente a “fazer calar” os sintomas. Essa situação fez com que esse modelo de entendimento e tratamento do transtorno mental fosse transferido para fora do hospital psiquiátrico e o tratamento dos indivíduos portadores desses transtornos limitado quase que exclusivamente à farmacoterapia, como é possível encontrar nos manuais de condutas psiquiátricas (Cordás e Moreno, 1995). Para modificar esse quadro, no dia 18 de maio de 1987, teve início o movimento da luta antimanicomial, cuja proposta é abolir os tratamentos realizados aos pacientes psiquiátricos nos manicômios e substituí-los por dispositivos e procedimentos terapêuticos que possibilitem o cuidado em liberdade e o resgate da cidadania do portador do sofrimento psíquico (Silva, 2004).

A luta antimanicomial propôs nova forma de “encarar” os pacientes portadores de transtorno mental, com uma abordagem terapêutica que respeita o sujeito em sua diferença e singularidade, que escuta e acolhe seu sofrimento, por meio de projetos terapêuticos individuais e/ou grupais e que preserva seus vínculos sociais e familiares (Canedo, 1996). A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do portador de transtorno mental tornou-se objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade, mesmo que de forma ainda restrita. O modelo de assistência psiquiátrica ainda predominante no Brasil, com base na legislação de 1934, propõe, fundamentalmente, a hospitalização e o asilamento do doente mental, visando atender, sobretudo, a segurança da ordem e da moral pública. Embora predominante, este modelo é no século XXI considerado falido pela comunidade científica voltada para a área da Saúde. Um novo modelo é edificado a partir da contribuição de vários segmentos da sociedade e implica a desconstrução literal do modelo psiquiátrico. A reforma psiquiátrica no

Brasil é configurada como um movimento com diferentes graus de adesão e entendimento por parte dos profissionais e de alguns segmentos da sociedade.

Ao propor a inserção dos ditos loucos no território da sociedade geral, os saberes psi abrem mão do poder do controle, historicamente a eles delegado, de gestão da vida do louco ou do controle dos distúrbios de uma população. Abrem mão do *status* de mantenedores da ordem pública, abdicando da condição de instrumentos de promoção da segurança pública. O território deixa de ser um lugar distante, estático, inacessível ou mesmo pura delimitação geográfica, para ser visto e considerado como e espaço da vida em suas possibilidades, saídas e desafios.

A Família do Portador de Transtorno Mental

A partir da reforma psiquiátrica no Brasil, em 2001, a desinstitucionalização não se restringe à simples substituição de modelos de tratamentos dentro do hospital, envolve também questões socioculturais, há um deslocamento das práticas psiquiátricas clássicas para práticas de cuidado realizadas na comunidade e mais especificamente a família. No entanto, é necessário questionar: será que a família tanto como a comunidade está preparada para a inserção do portador de transtorno mental no seu cotidiano? Partindo do pressuposto de que esse transtorno tem características multifatoriais (biológica, social, psíquica e cultural) o seu portador é identificado, sobretudo, pelos seus sintomas e freqüentemente apresenta um comportamento considerado como desviante, transgressor, que viola as normas socialmente aceitas, sendo a família, ou pessoas mais próximas a esse indivíduo que identificam tais comportamentos, que, de acordo com Rosa (2002, p.271).

Tende a sobrecarregar a família emocionalmente, pois o convívio com uma pessoa que não se considera enferma costuma gerar tensões. Quando se esgotam os argumentos para convencer o portador dessa enfermidade de sua realidade e necessidade de tratamento, muitas vezes a família tem que recorrer a expedientes persuasivos a até mesmo repressivos para ser ouvida. Obviamente, essas estratégias são acompanhadas por sentimentos de

culpa e raiva associados a atitudes de superproteção para com o enfermo. Cria-se uma zona tensionante permeada por sentimentos ambivalentes.

Além disso, nem todos os familiares possuem condições estruturais, econômicas além de emocionais para conduzir satisfatoriamente o processo de convivência com a doença. Há o estigma social, que afeta não só o doente, mas também a sua família e as pessoas que o rodeiam. Algumas das atitudes mais depreciativas relativas aos doentes mentais estão enraizadas na sociedade e traduzem-se, freqüentemente, na linguagem estigmatizante usada para descrever doentes mentais - “malucos” ou “psicopatas”, por exemplo. Algumas pessoas continuam a referir-se aos hospitais psiquiátricos como “casa dos loucos”. Ainda com respeito ao estigma social, percebe-se que ele se estende para a família do doente mental, o que por sua vez prejudica as chances de recuperação no tratamento, tornando-se dessa maneira um ciclo vicioso, pois acaba agravando a situação considerada preocupante (Chaves, 2004).

Conseqüentemente, o mesmo ocorre para as famílias que possuem um membro familiar portador de um transtorno mental, o aparecimento da enfermidade mental e suas conseqüências fazem agravar eventuais conflitos e dificuldades do cotidiano, como em qualquer mudança no ciclo de vida familiar (Carter & McGoldrick, 1995). Nesse sentido, o portador de transtorno mental implica uma sobrecarga emocional e temporal por exigir da família maior dedicação, tendo em vista as possíveis crises ou surtos, precisando de um cuidado e atenção permanente.

Como nem todas as famílias estão aptas a prover cuidados necessários aos portadores de transtornos mentais como, por exemplo, em função da crise econômica que eventualmente poderá surgir, tal situação acaba desencadeando mudanças na estrutura familiar. As famílias reagem a esse quadro empobrecedor e às demandas do portador de transtorno mental, construindo estratégias de sobrevivência e buscando dividir com o estado o encargo dos cuidados com seu ente enfermo (Rosa, 2002, p 280).

Geralmente as famílias chegam aos serviços psiquiátricos angustiados, estressados, com aguçado sentimento de culpa, sem compreender o transtorno mental e sem saber como

lidar cotidianamente e praticamente com as questões que este coloca. E com seus recursos materiais e psicossociais saturados e/ou esgotados.

Essas situações também ocorriam quando das internações nos antigos manicômios ou hospícios, no antigo modelo clássico da psiquiatria, porém com uma configuração diferenciada, pois assim que o doente era internado em um hospital psiquiátrico, o internamento era em tempo integral e o tratamento somente medicamentoso, a ação da família se resumia em fornecer informações para o preenchimento do prontuário na recepção do hospital psiquiátrico, excluindo a família do tratamento. Dessa maneira, nesse modelo de tratamento, quando o portador de transtorno mental sai do hospital, a família está, geralmente, desinformada e despreparada para cuidar desse indivíduo, e ocorre, a partir de então, inúmeras reinternações, sendo que o indivíduo apenas acaba circulando de um hospital para outro. Nesse sentido, o portador de transtorno mental, ao mesmo tempo em que é integrante da família, acaba considerando-se um estranho no meio e “há o desejo consciente e inconsciente do paciente de ser cuidado pela instituição” (Galizzi, 1994).

Fica cada vez mais evidente que o modelo biomédico vigente, baseado em drogas e em hospitais, isto é, arraigado nos modelos cartesiano e da etiologia específica das doenças, não é totalmente adequado para compreender, interpretar, explicar e resolver os amplos aspectos relacionados com a saúde e a doença. Na verdade, esse modelo é insuficiente para resolver a maioria dos problemas que afeta a saúde da população. Uma das soluções possíveis, diante desse quadro da política pública, poderia ser em relacionar os aspectos biológicos da doença às condições físicas e psíquicas dos indivíduos em seu ambiente natural e social. Não se trata apenas de enfatizar a complexa interdependência entre a mente e o corpo, mas também levar em consideração os fatores ambientais e sociais na prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Porém, o modelo de atendimento está mudando e cada vez mais está baseado na inserção familiar e social. Para isso, o poder psiquiátrico criou uma rede de atenção à saúde mental substitutiva. Esses são serviços abertos de atenção diária ao usuário de saúde mental e seus familiares

em boa parte de suas necessidades. A rede é composta por unidade básica de saúde, centros de atenção psicossocial, enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais, centros de convivência e cooperativa e residências terapêuticas. Essas residências terapêuticas, por exemplo, estão incluídas no programa federal de desinstitucionalização e de redução de leitos psiquiátricos e são destinadas às pessoas que permaneceram longo período de tempo internadas e que perderam os vínculos familiares. São moradias assistidas que abrangem oito pessoas, com a possibilidade de retomar suas vidas, por meio da reconstrução de suas histórias e identidades (Vieira, 2005).

Com o surgimento dos novos serviços como, centros de atenção psicossocial e hospital-dia, centrados em uma internação parcial, procura-se incluir a família nos tratamentos, sendo esses serviços utilizados basicamente para casos “menos graves”, mas que necessitam de um acompanhamento. À medida que a família é incluída nesses programas e abordagens, passa gradualmente a compreender o transtorno mental e suas implicações, tornando-a mais sensível para aceitar o paciente em casa, visto que “quanto maior for a crença de poder controlar o comportamento do doente mental, maior será a intenção comportamental de permanecer com o doente mental em casa.” (Crispim, 1992).

Porém, apesar de ideal teoricamente, na prática cotidiana ocorre uma contradição séria entre as propostas da reforma psiquiátrica e a efetiva devolução ou manutenção do portador de transtorno mental na família. O portador de transtorno mental é entregue à família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições da família, especialmente em termos materiais, psicossociais, da saúde e qualidade de vida, aspectos esses profundamente interligados. É importante que a família e a assistência sejam pensadas em suas múltiplas dimensões, a fim de se descobrir possibilidades de intervenção e de ajuda, é necessário perceber as implicações políticas e sociais que há nas distinções que são feitas entre profissionais e familiares e entre estes e todo o corpo social. Nesse sentido, é preciso ainda construir um novo paradigma e, conseqüentemente, uma nova linguagem, que possa dar conta da complexidade dessas questões, apoiando-se na participação e no desenvolvimento que proporcionem liberdade e autonomia ao sujeito.

Além disso, apesar da família poder constituir o melhor espaço de relações afetivas, esta se encontra em crise em relação às condições de cuidar. Nesse sentido, defender o cuidado unicamente na família implica em realizar de maneira um regresso na história, retirando do estado a obrigatoriedade da assistência ao portador de transtorno mental. Dessa maneira, o que se espera com a reforma psiquiátrica é o resgate e o estabelecimento da cidadania do portador de transtorno mental, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento, sem a idéia de cura como o único horizonte, sem que, contudo, ocorra uma omissão do estado em detrimento de uma sobrecarga de famílias individuais. De acordo com Gonçalves e Sena (2001, p. 17):

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

Para procurar excluir o pensamento binário (se tem ou não a doença), sendo que há um reducionismo dos sistemas de saúde, uma tendência a compartimentalização, e não um olhar sobre o todo da pessoa, uma das etapas para a formação de um sistema de saúde que fortaleça as pessoas para terem sua própria autonomia, é de interagir diferentes paradigmas do conhecimento, produzindo diferentes olhares, e, nesse sentido, é importante possuir estruturas complexas e não com-

plementares ou intermediárias, fornecendo suporte 24 horas por dia, em funcionamento integral.

É importante repensar o cuidado as famílias que convivem com o doente mental, não como um fenômeno defendido em si mesmo, mas numa concepção que favoreça a diversidade de diálogos e, assim, as construções, saberes e ações, entre profissionais e entre estes e a família, a partir de uma interação entre essas instâncias. Nessa urgência de mudança de paradigma, repensar questões sobre uma própria e nova prática já é um meio de transformar o modelo vigente, uma vez que a discussão sobre a reforma psiquiátrica se torna importante para as famílias, e que deve ser realizado, no entanto, com respeito, tanto com os próprios portadores de doença mental, que devem ser tratados acima de tudo e antes de mais nada como pessoas, e com suas famílias, que devem ser preparadas para receberem esse membro da família, visto que a família participativa e atuante é essencial no tratamento e na melhora do portador de transtorno mental. Espera-se que a superação das contradições impulse um progressivo movimento de transformação da prática, primeiramente dos profissionais de saúde, perpetuando para o próprio paciente, sua família e se estendendo para a sociedade como um todo, para isso, no entanto, é preciso coragem, competência e audácia, é preciso uma mudança não só nos sistemas de saúde, mas, e principalmente, nos conceitos, mentalidades e ações da sociedade, para que sejam capazes de realmente proporcionar a inserção do portador de transtorno mental, o que até agora somente tem se configurado como um idealismo ou uma utopia.

Referências

- Barros, L. F. (1997). *Memórias de Delírio: Confissões de um esquizofrênico*. Rio de Janeiro: Imago.
- Berke & Hyman (2000). *Compreensão dos transtornos mentais e comportamentais*. Recuperado em 23 jun 2005: <<http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>>.
- Canedo, I. R. (1996). Atendimento a pacientes psicóticos: uma experiência em processo. *Psicologia Ciência e Profissão* (16), 13-17.
- Carter, B., & McGoldrick. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Chaves, Ana C. (2004). *Programa de esquizofrenia*. Recuperado em 07 jun 2005: www.proesq.org.br/estigma.
- Ciampa, A. C. W. (1994). *Psicologia Social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense.
- Cordás, T. A. & Moreno, R. A. (Orgs.). (1995). *Condutas em psiquiatria*. São Paulo: Lemos.
- Crispim, M. A. (1992). *Atitude familiar frente ao doente mental e intenção de permanecer com este em casa, após alta hospitalar: uma aplicação da teoria de Fishbein e Ajzen*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Unb, Brasília.
- Descartes, R. (1973). *Meditações*. São Paulo: Victor Civita.
- Desjarlois, N. (1995). *Compreensão dos transtornos mentais e comportamentais*. Recuperado em 23jun2005: <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>.
- Dill E Dill.(1998). *Compreensão dos transtornos mentais e comportamentais*. Recuperado em 23 jun 2005: <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>.
- Foucault, M. (1984). *Doença mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasiliense.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M.(1999). *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Galizzi, H. R. (1994). Hospitalismo: diagnóstico psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro 43 (7), 370-6.
- Glat, R. (1988). Integração do excepcional: realidade ou mito? *Mensagem da APAE*. Abril/Junho de 1988, 15(49), 11 –14.
- Goffmam, E. (1982). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorizada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Goffmam, E. (1985). *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis. Vozes.
- Goffmam, E. (1987). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves A., & Sena R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Reflexos da reforma psiquiátrica sobre o cuidado com doentes mentais na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Klein, B. (1999). *Compreensão dos transtornos mentais e comportamentais*. Recuperado em 23 jun 2005: <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>.
- Lewis E Lieberman. (2000). *Compreensão dos transtornos mentais e comportamentais*. Recuperado em 23 jun 2005: <http://www.psiqweb.med.br/acad/oms1.html>.
- Lopes, M. H. I. (2005). *Pesquisa em Hospitais Psiquiátricos*. Rio Grande do Sul. Recuperado em 26 jul 2005: <http://www.bioetica.ufrgs.br/psiqpes>.
- Machado, M. (2000). *Foucault. A filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Nietschie, F. (1983). *A genealogia da moral*. Lisboa: Guimaraes.
- Rosa, L.C. (2002). *As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental*. São Paulo: Cortez.
- Silva, R. (2004). Uma parceria da loucura. *Revista Diálogos*, 1(1), 22-23.
- Vieira, M.C.T. (2005). Luta antimanicomial. *Jornal de Psicologia*. Fev/mai.
- Szascz, T. (1994). *Cruel compaixão*. Campinas: Papirus.

Recebido em/received in: 17/10/05
Aprovado em/approved in: 01/12/05