

UM OLHAR SOBRE A FAMÍLIA E O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Líscia Moreira Carvalho¹

RESUMO

Este artigo é um estudo bibliográfico onde, objetiva identificar e analisar a literatura acerca da família e o indivíduo com problema mental, compreendendo quais concepções sobre essa relação e como vem se configurando. Os resultados nos mostraram que o indivíduo era por sua vez excluído da família substituindo pelo internamento no hospital psiquiátrico, e também, a grande e emergente necessidade de ampliação das políticas de saúde voltadas para o paciente visando melhor qualidade de vida e a prática da promoção da saúde nos sistemas locais de saúde.

Palavra chave: Saúde mental; Família; Portador de transtorno mental

A GLANCE ON THE FAMILY AND THE BEARER OF MENTAL UPSET

SUMMARY

This article is a bibliographical study where, aims to identify and analyze the literature about the family and the individual with mental problem, understanding which conceptions about this relationship and how it has been configured. The results showed that the individual was in turn excluded from the family, replacing them with a psychiatric hospital, as well as the large and emerging need to expand patient-oriented health policies to improve quality of life and the practice of promoting local health systems.

Key word: mental Health; Family; Bearer of mental upset

UNA MIRADA SOBRE LA FAMILIA Y EL PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

RESUMEN

This article is a bibliographical study where, aims to identify and analyze the literature about the family and the individual with mental problem, understanding which conceptions about this relationship and how it has been configured. The results showed that the individual was in turn excluded from the family, replacing them with a psychiatric hospital, as well as the large and emerging need to expand patient-oriented health policies to improve quality of life and the practice of promoting local health systems.

Palabra clave: Salud mental; la familia; Portador de trastorno mental

¹ Graduada em Psicologia pela FTC – Faculdade de Tecnologia e Ciências.
Pós-Graduada em Saúde Mental com Ênfase em CAPS da Pós-Grad, junto a FACCEBA – Faculdade Católica de Ciências Econômicas da Bahia. E-mails: liscia.carvalho@bol.com.br

INTRODUÇÃO

A história da doença mental está fundamentada no modelo tradicional hospitalocêntrico das instituições psiquiátricas e marcada pela exclusão social. Geralmente, isso gera dificuldades para o familiar lidar com o portador de sofrimento psíquico.

Assim, as mudanças das diretrizes da assistência em saúde mental implicam em uma importante mudança da relação do profissional de saúde mental com as famílias dos pacientes, importantes parceiras no processo de reabilitação. Porém, a falta de orientação às famílias pode contribuir no aparecimento de conflitos entre o paciente e a dinâmica familiar, como também, gerar prejuízo para o processo de atendimento terapêutico.

Diante dessa situação, surgiu o interesse em realizar um estudo bibliográfico sobre a família e o indivíduo com transtorno mental. Assim o principal objetivo é por sua vez identificar e analisar a literatura acerca da família e o indivíduo com transtorno mental, compreendendo quais concepções sobre essa relação vem se configurando.

Nesse sentido, foi utilizado como recurso literário sobre o assunto, livros, artigos publicados em revistas, periódicos, dissertações, teses e internet. Para tal busca utilizamos as seguintes expressões chaves: Família, Transtorno mental, CAPS e Reforma Psiquiátrica.

Com base na literatura pesquisada pode se definir como doença ou transtorno mental como uma gama de condições que compromete o perfeito funcionamento da mente, e manifesta-se através de reações somáticas, tais como, aflição emocional, transtorno comportamental e decréscimo das lembranças. Às vezes essa relação é inversa, e doenças oriundas do corpo sucedem em transtornos mentais. As causas que explicam essa doença ainda são mistérios para medicina moderna.

As doenças ou transtornos mentais incapacitam seus portadores de goza da vida em sua plenitude, pois muitas vezes são acometidos pelo sofrimento e falsa de esperança. Assim paciente com problema psíquico é identificado facilmente, pois em geral, são evidenciados pelos indivíduos doentes, através de comportamentos aceitáveis pela sociedade.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Década de 60, marca o início da queda de mais um muro, quando o revolucionário psiquiatra Italiano, Basaglia, juntamente com sua equipe, Rotelli, Venturini, Dell'acqua, de Leonardi e Mauri, dá início a discussões a respeito dos hospitais psiquiátricos, em suas teorias e práticas, o que culminou em uma proposta de rompimento com a cultura vigente, através de uma construção de nova visão a cerca de temas tais

como, sustentação e suporte, normalidade e loucura (BASAGLIA, 1996). Sendo assim, na época da Revolução Francesa, o hospital de Bicêtre, em Paris, era considerada uma verdadeira “casa de horrores” onde os internados, loucos em sua maioria, eram abandonados à conta própria.

Segundo Leone (1999): O percurso da psiquiatria, o médico Phillipe Pinel, ao assumir o posto de diretor do hospital, com objetivo de estudar e tratar os pacientes, separou e categorizou as variedades de “alienação mental”

Na prática alienista era empregado o tratamento moral que tinha como fundamento o isolamento do doente do contato social ou de qualquer outro que interferisse no decurso natural da doença. Nesse contexto para estudar e tratar alienação, surgiu o hospital psiquiátrico ou manicômio, pois acreditavam que assim seria mais fácil estudar e desenvolver a cura.

A desinstitucionalização, conforme defendida por Basaglia (1995;p.99): “a Instituição Psiquiátrica está a serviço da classe dominante, o que caracteriza as Instituições em nossa sociedade, é a nítida divisão entre os que têm o poder e os que não tem”, é o primeiro contraponto, intrínseco, a permanência dos hospitais psiquiátricos.

Segundo Leone (1999), as críticas de diversos pesquisadores à psiquiatria tradicional, referente ao controle, segregação, e violência empregada nas instituições psiquiátricas, bem como o sofrimento psíquico resultante da alienação social e existencial do paciente, culminaram na reforma psiquiátrica, que propõe renovação terapia psiquiátrica através de adoção de tratamentos alternativos.

Para Roottelli (1990;p.36), os serviços manicomiais: “Deveriam tornar-se uma rede, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, de tempo, encarregando-se de identificação das situações de sofrimento e opressão, da reinserção no corpo social, e do consumo de produção de intercâmbio, de novos papéis, de outros modos de ser para o outro, aos olhos do outro”, (ROOTIELLI, 1990).

Dessa forma, no século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados “indesejáveis” à sociedade, como os leprosos, sífilíticos, aleijados, mendigos e loucos. Portanto, eram lugares de exclusão social da pobreza e da miséria produzidas pelos regimes absolutistas da época.

Outro marco na história da psiquiatria brasileira foi a forte influência internacional, decorrente de países como Itália, Inglaterra e Estados Unidos, a exemplo, das críticas ao regime militar vigente e as denúncias de fraudes no Sistema Nacional de Assistência

Psiquiátrica, na década de 70 e início dos anos 80, feitas pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

Para Amaral (1999) o surgimento da reforma psiquiátrica é oriundo de um processo histórico, pautado na perspectiva crítica e prática, que tem por finalidade questionar o tratamento psiquiátrico farmacoterápico e planejamento de propostas de transição do modelo clássico e paradigma psiquiatra.

Na concepção de Amarante (1995;p.491), a Reforma Psiquiátrica “significa um conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade com o doente”.

Concluimos que a reforma psiquiátrica implica na incorporação gradativa de uma rede de serviços assistenciais, que visem à melhoria da condição de vida do portador de doença mental, cuja concretização pressupõe a inserção no sistema hospitalar de atendimento ao doente psíquico, de serviços de assistência, primária, sanitárias e sociais, por exemplos, ambulatórios, emergências e unidades de observação psiquiátrica; em hospitais gerais; centros de convivência, centros de atenção psicossocial, núcleos de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, residências terapêuticas, lares abrigados; em hospitais dia.

Dessa forma, para que o processo de desospitalização se dê de uma forma não traumática e sustentada, é importante que a Rede de Trabalhos Substitutivos esteja montada em todas as suas estruturas e serviços. "Não basta desospitalizar, tem que haver uma boa forma de continuar prestando atendimento aos pacientes", enfatiza Paulo Amarante (1995), pesquisador da Fiocruz - especialista em saúde mental e um dos precursores da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

A aprovação da Lei 10.216, em 06/04/2001, consolidou o “desarmamento do poder”, ao estabelecer a defesa dos direitos do portador de doença mental e combater a implantação de serviços manicomiais.

Para Remen (1998), o rótulo, uma tentativa de assegurar o controle e administrar a incerteza, pode nos dar a segurança e o conforto de uma conclusão mental e nos encorajar a não pensar mais no assunto. Quando ousamos dizer “certo”, “errado”, “sorte”, “fracasso”, “epiléptico”, “esquizofrênico” ou mesmo “louco”, estamos realizando um julgamento, que partiu de nossos princípios morais e éticos e, portanto de um referencial próprio de avaliar o mundo que nos cerca. Em decorrência deste fato, aquilo que é “feio”, “triste” ou “normal” para uma pessoa, pode ser visto como “bonito”, “alegre” e “anormal” para outro.

Também, Remen (1998, p.68), diz que: “quando vemos com novos olhos nos surpreendemos com a benção que descobrimos em um trabalho que estamos realizando há

muito tempo. A vida pode ser vista de várias maneiras, com os olhos, com a mente, com a intuição”, (REMEN, 1998, p,68).

Porém, a vida só é verdadeiramente conhecida por aqueles que falam a língua do significado, que se lembram de enxergar com o coração.

Desta forma, entende-se que a reflexão pode trazer de volta, ao julgador, uma profunda identificação pessoal no emprego destes rótulos. Ao ir além da conclusão mental subjetiva, pode-se descobrir por trás de cada rótulo, um ser humano que a nossa imagem e semelhança clama por dignidade e respeito. E somente com os olhos da solidariedade, do coração conseguiremos romper um dos pilares que sustentam nossos muros.

Delgado (1992; p.80-84), afirma que no século XIX as ações reformistas adquiriram caráter didático, objetivando a orientação científica instituições especializadas. Com a chegada do século XX, as ideias reformistas são influenciadas pela crítica a insuficiência do asilo, de onde decorre colônias agrícolas. Outra iniciativa da reforma no Brasil, entre as décadas de 60 e 70, com emergente psiquiatria comunitária, bem como a estrutura manicomial consolidada na Era Vargas.

O questionamento da clínica é a base, embora esta não pode deixar de considerar o enfrentamento frente as vertentes metodológicas dos tratamentos dados aos loucos. Para os autores (Leal, 1994; Bezerra Jr., 1996) ao enfrentar o problema da clínica a fundo, intrinsecamente relaciona-se com tratamento da loucura, tendo vista que historicamente a clínica representa o principal recurso social para se relaciona com o fato da loucura.

Com uma análise na segunda parte da década de 70, em vigência do Estado autoritário, notamos o surgimento de críticas quanto à eficiência da assistência pública em saúde e ao governo central com sua política de saúde privatista. Associadamente surgem às denúncias de fraude no sistema de financiamento de serviços, abandono, violência e maus tratos empregados nas instituições psiquiátricas. Estas críticas pautavam se nos exageros e divergências, e não nas instituições e no método psiquiátrico, em si. Em 1978, as lutas dos trabalhadores por questões trabalhista em seu discurso humanitário, culminou na criação do Movimento dos Trabalhadores (MTSM), que atingiu grande repercussão e posteriormente se tornou símbolo da luta antimanicomial, ao lidera atos que promoveram o avanço dessa causa.

Na década de 80, com a vitória da oposição nas eleições governamentais de 1982, em diversos estados, a congestão dos hospitais psiquiátricos do país e alguns anos depois, as eleições presidenciais, de Tancredino Neves e José Sarney foram os marcos da chegada dos protagonistas e do programa do movimento sanitário à gestão efetiva dos

serviços e das políticas públicas. Período em o próprio Estado se confunde como o movimento sanitarista (AMARANTE,19995;P.42).

Com aperfeiçoamento da instituição psiquiátrica e da gestão pública, as ações adquiriram o cunho institucionalizante. Enquanto que as formulações oficiais foram observadas a dominância nociva do padrão asilar e custodial e seus determinantes econômicos e políticos, ao passo que não houve mudança significativa nas ações concretas (PEREIRA in LEAL, 1997;p.328-342).

O movimento brasileiro após a inserção dos novos protagonistas tiveram como marcos iniciais, I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores , ambos realizados em 1987. Esse encontros foram definidos ainda na I Conferência, ao constatarem que as resistência passiva e ativa do setor privado, da estrutura manicomial, do Estado burocrático e conservadorismo psiquiátrico, estavam impedindo a junção das ideias reformistas nas políticas oficiais, através perspectiva sanitarista (OLIVEIRA,2000, p.55-66).

Para Amarante (1995),

Para Amarante (1995), na conferência propriamente dita, a estratégia deixou-se ver na tentativa conduzida pela Divisão (DINSAM), em articulação com a Associação Brasileira de Psiquiatria, no sentido de dar ao evento congressual ou científico, esvaziando seu caráter comunitário ou de participação social.

A ênfase crítica passou a volta-se para natureza do saber, das práticas e das instituições psiquiátrica

Assim, a crítica passa a enfatizar que a própria natureza do saber, das práticas e das instituições psiquiátricas deve ser questionada na perspectiva da cidadania do louco, e a escolha da expressão 'manicômio', tradicionalmente reservada ao manicômio judiciário, aponta, segundo Amarante, "não existe diferença entre ele ou um hospital psiquiátrico qualquer". A ação na cultura passa a ocupar um lugar estratégico no agora denominado Movimento da Luta Antimanicomial chama a sociedade para discutir e reconstruir o'louco' e com a 'loucura'.

A participação dos agora chamados 'usuários' (no lugar de 'pacientes') e familiares nas discussões, encontros e conferências uma característica marcante do processo.

Também, foi esse o ponto de partida na revisão legislativa. Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PTMG) apresentou o a lei n ° 3.657/89, que viria a ser conhecido como a Lei da Reforma Psiquiátrica.VASCONCELOS, 1992). O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos

para a criação de "recursos não manicomiais de atendimento"; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação.

Nesse período – década de 1980 – é importante destacar a apresentação do projeto de lei original, em 1989, teve o efeito de produzir "uma intensificação sem precedentes da discussão sobre o tema em todo o país", que não ficou restrita aos meios especializados e fez avançar o movimento da reforma, (BEZERRA, 1996).

Percebe-se a intensificação do debate e a popularização da causa da reforma desencadeada pela iniciativa de revisão legislativa certamente impulsionaram os avanços que a luta alcançou nos anos seguintes. Pode-se dizer que a lei de Reforma Psiquiátrica proposta pelo deputado Paulo Delgado protagonizou a situação curiosa de ser uma 'lei' que produziu seus efeitos antes de ser aprovada.

Segundo Tenório (1995;p.65), A reformulação da instituição de cuidados , depende de uma reformulação conceitual quanto ao que está em jogo na doença mental, sem dispensar o saber tradicional da clínica, a psiquiatria dita renovada incorpora outros saberes, outros procedimentos e outras preocupações, constituindo o "campo terapêutico em expansão". No vocabulário consagrou-se a expressão 'clínica ampliada' para denotar novo paradigma.

A década de 1990 viu amadurecerem e consolidarem-se os processos que compõem hoje o cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Partindo do nível central de gestão (a Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde), obtivemos grandes avanços nesse campo, principalmente em se tratando de estudos científicos e o aumento na sensibilidade dos profissionais da área, mostrando que em se tratando do doente mental, todos são co-responsáveis em sua recuperação.

Prosseguindo, no ano de 1991, a portaria 189 do Ministério da Saúde instituiu no plano nacional, no rol dos 'procedimentos' e dispositivos de atenção em saúde mental, custeados por verba pública, a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial. A importância desse ato está em que, até então, não havia, no arcabouço normativo, a possibilidade de remuneração e incentivo públicos a outras modalidades de assistência que não as tradicionais (internação e ambulatório de consultas).

Em janeiro de 1992, a portaria 224 aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo. Os NAPS e CAPS são definidos como: unidades de saúde locais / regionais que contam com população adstrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional.

Pela regulamentação legal, deve-se oferecer os seguintes atendimentos: individual; grupos (psicoterapia, grupo operativo, oficina terapêutica, atividades socioterápicas, entre outras); visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração destes na comunidade e sua inserção social, (BRASIL, 1994).

Isso mostra um avanço nas políticas de tratamento, abolindo o método tradicional equivocado para métodos mais humanos e participativos.

Quanto a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, é um marco histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira. As recomendações gerais sobre o modelo de atenção propunham a adoção dos conceitos deterritório e responsabilidade como forma de "ruptura com o modelo hospitalocêntrico" e de garantir "o direito dos usuários à assistência e à recusa ao tratamento, bem como a obrigação do serviço em não abandoná-los à própria sorte" (BRASIL, 2002).

O relatório pedia ainda a implementação de programas de atenção em saúde mental na perspectiva da municipalização, já prevista em lei. Pode-se dizer que o avanço vigoroso e consistente da reforma psiquiátricabrasileira na década de 1990 prossegue nos primeiros anos da presente década, inclusive com a aprovação da Lei de Saúde Mental. A iniciativa de fazer passar as internações pelo controle público destes pólos configurou "um esboço de gerência daquilo que parecia ingerenciável" (DELGADO 1997).

LEGISLAÇÃO ACERCA DA SAÚDE MENTAL E AS PERSPECTIVAS ATUAIS

Antes mesmo da demorada aprovação da lei nacional (a Lei da Saúde Mental), sete estados e o Distrito Federal já haviam aprovado leis que previam a substituição progressiva da assistência em hospital psiquiátrico de internação pelo tratamento em outros dispositivos e serviços, e o Ministério da Saúde editara 11 portarias que, em seu conjunto, constituem um arcabouço normativo importante, tanto para o controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento no país (tendo-se produzido, inclusive, o fechamento de um número significativo deles, por não cumprimento das condições mínimas estabelecidas pelo ministério), quanto para o incentivo à criação de dispositivos de novo tipo, que dependiam sistematicamente de financiamento público (BRASIL, 2000).

Dessa forma, além das portarias que deram existência institucional aos Caps e Naps, destacam-se duas mais recentes, que instituem os "serviços residenciais terapêuticos". Os serviços residenciais terapêuticos são casas inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar e servir de moradia para os pacientes "egressos de internações

psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares" (portaria 106), a fim de viabilizar sua reinserção social. Portanto, permitir que essas pessoas tenham uma moradia assistida, porém fora do ambiente hospitalar, com arquitetura, espaço físico e mobiliário adequados a uma casa, e que elas sejam acompanhadas em seu processo. I. A portaria ataca ainda os interesses da empresa hospitalar privada, em geral, são incompatíveis com a 'desospitalização', ao obrigar que as residências terapêuticas sejam "exclusivamente de natureza pública", com uma ressalva para o setor não governamental 'sem fins lucrativos', (BRASIL,2000).

Em 2001, o Presidente da República sancionou a Lei (Lei 10.216), aprovada pelo Congresso Nacional. A aprovação da lei aconteceu depois de decorridos 12 anos da apresentação, pelo deputado Paulo Delgado, do projeto de lei original. Nesse período, o texto sofreu inúmeras mudanças, que o amenizaram, é verdade, mas que produziram, assim mesmo, uma lei progressista.

Em um primeiro escrito sobre o assunto, Delgado (2001;p.147), já indica algumas conseqüências imediatas (conseqüências que podem e devem surgir, lei já está em vigor e não precisa de regulamentação complementar). Dizendo respeito aos direitos do paciente. A primeira é a implementação, nas emergências psiquiátricas, da exigência de notificação ao Ministério Público Estadual das internações involuntárias, isto é, feitas sem o consentimento do paciente. Isso representará maior controle sobre a internação, visando a coibir as internações desnecessárias e abusivas – a internação psiquiátrica decidida pelo médico à revelia do paciente continua existindo, e isso é importante enfatizar, pois os adversários da reforma acusam-na, entre outras coisas, de "acabar com as internações", mas deixará de ser feita "ao largo dos dispositivos de defesa individual". É urgente, "que (se) distinga com clareza e eficácia administrativa a incapacidade laborativa da incapacidade civil", (DELGADO,2001;P.25).

No Brasil tem sido feita ao longo dos últimos vinte anos, paralelamente à tramitação da revisão legislativa e sem dela depender para alcançar resultados já significativos. Nas últimas duas décadas, deu-se uma nova direção ao modelo assistência, (DELGADO,2001;P.147).

O campo hoje multiprofissional da psiquiatria, fundado pelo gesto inaugural de Pinel de se interessar pela lógica da loucura e propor para ela uma terapêutica, representa a relação sistemática, não de técnicos, mas da sociedade com a loucura (relação que a reforma pretende tornar mais inclusiva). A clínica, portanto, situa-se no rol das respostas sociais à loucura e tem aí um lugar privilegiado, de possibilidade singular de trabalho.

Dessa forma, dar-se ao problema da loucura uma outra resposta social, não asilar, evitar a internação como destino e reduzi-la a um recurso eventualmente necessário,

agenciar o problema social da loucura de modo a permitir ao louco manter-se, como se diz, na sociedade.

Assim, o sucesso da reforma – sua eficácia terapêutica e seu apelo ideológico – reside em larga medida na percepção desse fato e um amplo arcabouço de cuidados para sustentar a existência de pacientes que, sem isso, estavam condenados a errância ou à hospitalização quase permanente. São criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados e de cuidados integrais. São incorporados ao campo dos cuidados procedimentos e instituições tais como trabalho protegido, residências terapêuticas, lazer assistido e outras formas de intervenção ampliada.

Segundo Rotelli (1990), é constituída uma rede que passa a designar cuidados que afirma: tratar, uma tarefa à própria existência do sujeito assistido.

Finalmente, promover um aperfeiçoamento técnico e institucional do tratamento tem efeitos positivos também do ponto de vista da cidadania brasileira. Movimentando-se no sentido contrário ao da redução das políticas sociais do Estado, ela aponta para a construção de uma sociedade mais inclusiva e para a recuperação do sentido público de nossas ações. Trata-se, enfim, de uma transformação generosa e radical de algumas das mais importantes instituições sociais de nosso tempo.

FAMILIA: ESTRUTURA E FUNÇÕES

Para Neder (1988), é propícia todo o suporte afetivo inicial, além de material que é necessário ao bem estar do indivíduo. É ainda a partir dela, que se dá a construção do referencial de cada pessoa, de princípios éticos e humanitários e onde se conjuga o respeito, as diferenças, o ideal da solidariedade.

É fácil perceber que, de todas as instituições, essa é a mais elementar, vista sempre como ponto de encontros, encontra-se presente e permanece enquanto espaço privilegiado de socialização, da prática, de definição de limites e divisão de responsabilidades, de busca em coletivo e estratégia de sobrevivência, considerado o primeiro local para o exercício da cidadania sob o prisma da igualdade, do respeito e dos direitos humanos. É na família que pode se chegar às verdadeiras interpretações que cada indivíduo tem e faz no mundo.

Para Taylor (1992), constituída de pessoas que pertencem concomitantemente a vários subgrupos. Tradicionalmente é definida como duas ou mais pessoas relacionadas entre si, por vínculos de sangue ou legais tais como casamento e adoção. Nesse sentido, constituída por indivíduos diferente, , como os membros se articulam variam conforme os

fatores: sociais, de época, cultural, localização geográfica, economia, momento político e histórico.

Sabe-se também que, a saúde dos indivíduos possui estreita ligação com as crenças, valores, relações e deveres, pois a cultura a estrutura social e o ambiente físico influem na forma como os indivíduos percebem e vivenciam a saúde e isto, determinam a forma como as famílias cuidam de seus membros. A família tal como afirma Leininger (1991) costumam ter significações de saúde e doenças próprias de cuidar, originados de seu contexto sociocultural.

A família muitas vezes passa por situações, episódios do cotidiano, que produzem efeitos profundos na sua saúde. A doença grave e a deficiência poderiam ser citadas como determinantes desse feito que tem como fator comum a necessidade dos demais membros adaptarem-se a situação alterada, com cada um, inclusive assumindo novos papéis. Essa nova adaptação poderá afetar o indivíduo nesse núcleo.

Um dado importante está relacionado às doenças mentais infantis que expressam em frequência a dificuldades afetivas, das relações interpessoais familiares. O papel dos distúrbios familiares, nos sintomas das crianças, tem sido evidenciado na área de saúde mental.

Ante esta perspectiva, a família passou a se constituir em objeto de investigação. Passou a existir a convicção de que é praticamente impossível assistir o indivíduo (doente ou sadio) de forma completa quando não se considera pelo menos em seu contexto mais próximo, a qual ele pertence, pois vários estudos vêm demonstrando que a família tanto pode ser entendida como fonte de saúde como de doença para seus membros (BUB, 1994).

Dessa forma, já não basta assistir um indivíduo cômico de que ele pertence a uma família, necessário se faz assistir a família. Portanto, é agente de cuidados para seus membros, também deve ser considerada como objetivo dos profissionais da área de saúde, principalmente do psicólogo, já que o apoio psicológico é uma atividade da psicologia.

Sendo assim, é confirmado que embora a saúde da família e de seus membros seja diferente, estão interligados. A solução da saúde / doença de um dos membros afeta a saúde da família. Se por um lado é fácil reconhecer que a família constitui uma unidade que presta cuidados, fica difícil concordar em que ela seja sempre eficiente no desempenho desse papel, pois é possível que a mesma família seja um sistema de saúde mais adequado em certas situações que em outras, assim como existem famílias que cuidam melhor de seus membros do que outras.

Em vários estudos Bub (1994), têm demonstrado que assistir a família, necessário se faz conhecer a realidade familiar em toda sua concretude. Portanto acredita-se que cuidar da família em uma unidade básica de saúde exige conhecer como essa

família cuida e cria seus filhos, identificando suas dificuldades e suas forças. Assim, só o profissional com seus saberes técnicos, científicos e humanísticos pode ajudar.

TRANSTORNO MENTAL E FAMÍLIA

Para abordar de modo satisfatório a família do indivíduo com problema mental é necessário que se adote uma perspectiva histórica. A psiquiatria mostra que a atenção reservada à família é relativamente recente (TSU, 1994).

Enquanto apenas os manicômios respondiam pelas necessidades de cuidados prestados nesta área, a interação entre instituição, paciente, família e comunidade se encontravam principiante. O problema era colocado sempre “fora”, em um espaço alheio ou estranho, o que podemos interpretar como indício do real afastamento frente do processo saúde /doença, havendo olhares voltados apenas à doença, não contemplando a pessoa com sua história e seu contexto (WAIDMAM, 1999).

Vendo na história da psiquiatria, pesquisas de estudiosos na Europa e Estados Unidos voltaram olhares e efetuaram estudos que buscavam compreender como as relações familiares estariam diretamente ligadas ao surgimento dos transtornos mentais.

Com o término da segunda guerra mundial trouxe inúmeras transformações estas se refletiram também na assistência psiquiátrica, havendo grande interesse pelos aspectos sociais e familiares. Percebe-se que as intervenções relacionadas à família são desenvolvidas tendo como finalidade a questão econômica, visando a diminuição das taxas de internação. Portanto, neste contexto, surgem novas maneiras, favorecendo um nível mais coletivo de participação, reconhecendo o valor da família na atenção inserindo-a no projeto terapêutico, tanto para quem é cuidado quanto para quem cuida.

Assim, interagir com o sofrimento significará interagir também com estas áreas de problemas (EVARISTO, 2002). Isso contribui para o entendimento da família como a unidade básica da saúde, num modelo de intervenção que possibilite resolver os problemas, diminuindo o stress e, indiretamente, as recaídas (FALLON 1997).

Na visão da família como a unidade básica, podemos pensar que para de provedor ela necessita além dos recursos institucionais, do preparo e dos apoios de profissionais.

Na abordagem de Koga e Furegato (1997;p.77), os problemas enfrentados pela convivência da família com o doente mental, encontram três tipos de sobrecargas impostas às famílias: financeiras, físicas e emocionais, identificando ainda alterações nas atividades de lazer e sociabilidade.

Pesquisas bibliográficas foram identificadas, entre outras, as dificuldades surgidas no enfrentamento dos problemas socio economicos, a desconfiança depositada na pessoa que convive , o estigma, o desprezo e o desrespeito dos que o cercam.

Outro estudo teve como focos, familiares que cuidavam de uma pessoa portadora de doença mental, nestes dois temas centrais foram encontrados o caráter relacional e temporal da convivência com o doente mental (JEON 1998).

Contudo pode se observar que depois do estágio inicial do choque, os familiares passaram a aceitar a nova situação.

Portando, foi possível identificar as dificuldades sentidas pela família no convívio com a experiência da deficiência. Conforme estudiosos citados existe um pensamento central em todos os comentários: a idéia que o Transtorno Mental é penoso para quem vivencia , e não menos difícil para a família que convive no cotidiano .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da literatura a Família assume papel de coadjuvante no que diz respeito à saúde e doença, estigmas e paradoxos.

A realidade da psiquiatria no país, através da literatura mostra a desordem, em sua maioria.Assistencialmente, o individuo é reinserido ou mantido no convívio familiar, levando possivelmente a duas situações, o descompasso temporal quanto aos ritmos da vida diária e os conflitos gerados pelo paciente.

Tais dificuldades devem ser entendidas, como desafios para os profissionais da área, onde as práticas renovadas de assistências ampliam-se suas possibilidades de atuações. Assim é necessário conhecer a demanda que impede a busca de instrumentos, que ofereçam o suporte necessário de aproximação do universo familiar do doente mental significa estar em contato com realidades complexas e conflitantes que pedem uma assistência voltada à cooperação e à integração, uma vez que as expectativas dos familiares têm relação direta com as expectativas dos profissionais como um todo.

Nesse sentido, é necessário repensar na forma alternativa de oferecer subsidio à família, sempre tentando compreender o significado da doença mental para esses familiares Assim, trabalhar com famílias , é um campo de atuação inesgotável. É uma tentativa de apreender a partir dos olhares das famílias. Uma vez que, o, impõe aos seus familiares a vivência de sentimentos e emoções, que consciente ou inconscientemente, são difíceis de elaborar e entender. Isto evidencia a grande necessidade de intervenções que acolham o

sofrimento apresentado, considerando a subjetividade das pessoas e favorecendo a dinâmica do apoio mútuo.

É possível perceber que a literatura que trata desse tema ainda é escassa diante da importância do problema, mostrando a necessidade de novas pesquisas e publicações sobre esta temática. Pois, mesmo com todos os avanços no campo da saúde mental, verifica-se que ainda se tem muito que descobrir, principalmente com relação ao envolvimento familiar como peça importante, integrante e fundamental para a recuperação do doente como também a quebra de preconceitos bastante arraigados na mente da sociedade no que diz respeito à visão do indivíduo doente. Logo, os profissionais juntamente com o cuidado e proteção da família, tem uma importância bastante significativa, no tratamento do paciente.

A conversa, a atenção, o amor dos familiares, o respeito de todos, devem ser regras de convívio e não exceções, pois quando o indivíduo é tratado com exclusão e afastado do convívio social, agrava mais ainda o seu estado inicial, tendo-se que recorrer à farmacologia para tirar-lhe a razão, a sua razão.

Nesse caso a política dos CAPS, tem ajudado sobremaneira e tem servido como o ponto de amparo, ou de apoio, a fim de suprir essa carência, embora com algumas falhas. Considerando que o sucesso e grandes resultados, será uma grande caminhada, no entanto, para uma ciência relativamente nova tem obtido grandes avanços e tem-se conseguido, através de grandes iniciativas como a criação dos CAPS, amenizar a dor de muito ser humano que muitas vezes necessita apenas de um ombro amigo para conversar.

Os resultados nos mostraram que o indivíduo diagnosticado com algum problema mental era por sua vez excluído da família sendo por sua vez substituído pelo internamento. E também, ampliação das políticas de saúde voltadas para o indivíduo com algum problema mental e a família, visualizando a prática da promoção da saúde nos sistemas locais de saúde.

Com isso podemos concluir que todo o sistema inconsciente de operações exercidas pelas famílias, na impossibilidade de enfrentar a dor mental, no sentido de se evadirem do sofrimento. A maneira pela qual a família vive traumatismos depende do próprio acontecimento e do sentido dado a esse acontecimento. Como a família elabora um traumatismo depende da sua capacidade para acolhê-lo, decifrá-lo, metabolizá-lo.

Dessa forma, a aparelhagem psíquica familiar comum e compartilhada por todos, fundamenta-se na capacidade contendo, ligando, decodificando e transformando - angustias arcaicas de um mundo interno, sólido e coerente. Quanto mais uma família se apresenta incapaz deve viver e elaborar limitações, privações, sofrimentos, morte e luto, mas instalar-

se-ão defesas grupais radicais que levam a uma contínua evasão do que provoca dor mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

AMARANTE, Paulo (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set., 1995.

_____. *A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica*. In: AMARANTE, Paulo (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.

ALVES, Domingos Sávio. 'O ex-tentando ver o futuro'. *Cadernos Ipub*, Rio de Janeiro, 1999, n° 14, pp. 21 - 30.

BASAGLIA, F. *As instituições da violência*. In: BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro, Graal, 1985. p. 99 - 133.

_____. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil e Debates, 1979.

BEZERRA Jr., Benilton. *A clínica e a reabilitação psicossocial*. Em A. Pitta (org.), *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo, Hucitec. 1996.

BICHAFF, Regina. *A percepção do usuário sobre o modelo assistencial*. In: BRASIL. *Câmara dos Deputados*. Lei nº 10.216, 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção dos direitos humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 2, 9 abr. 2001.

_____. *Congresso Nacional. Lei 8.142. Brasília*, DF: Gráfica do Congresso Nacional, 1990.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 10. ed. São Paulo: Rideel, 2004. (Coleção de leis Rideel. Série compacta).

_____. *Ministério da Saúde. CAPS – Nova sistemática de cadastramento, funcionamento e registro de dados epidemiológicos – Portarias 336/02 e 189/02 – Perguntas e Respostas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/SAS/ASTEC, 2002g. Mimeo.

_____. *Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental 1990 – 2002*. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002.

_____. *Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 1.077, de 24 de agosto de 1999*. In: _____. *Legislação em saúde mental 1990 – 2002*. 3 ed. Revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria Executiva, 2002i.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 1.455, 31 de julho de 2003*. Define incentivo financeiro para os CAPS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, p. 21-26, 4 ago. 2003a

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde. Cadernos de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2001. p. 147.

DELGADO, Pedro Gabriel. *As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco na Brasil*. Rio de Janeiro, TeCorá. 1992.

_____. *Reforma Psiquiátrica e Cidadania: o debate legislativo*. In: Saúde em Debate. 35: 80-84, jul. 1992.

_____. *Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na Reforma psiquiátrica brasileira*. Cadernos Ipub, Rio de Janeiro, 1997.

_____. *No litoral do vasto mundo: lei 10.216 e a amplitude da reforma Psiquiátrica*. Em Venancio e Cavalcanti (orgs.), *Saúde mental: campo, saberes e discursos*. Rio de Janeiro, Edições IpubCuca. 2001.

DONATO, S . *Uma Leitura de Foucault: A história da Loucura na Idade Clássica*. Ijuí: Ed. UNIJUI, 1999. Monografia (Graduação em Filosofia), Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

DUNCAN M. *Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtornos Mentais*. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1996.

EVARISTO P. *Gestão da psiquiatria na comunidade*. UNOPAR Cient Cienc Biol Saúde 2000.

FALLON I. *Intervento psicoeducativo integrado em psiquiatria*. Trento: Erickson, 1997.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo, Perspectiva. 1993.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R. *Convivência com a pessoa Esquizofrênica: sobrecarga familiar*. IN: LABATE R.C. (Org.). *Caminhando para a assistência integral*. Ribeirão Preto: SCALA, 1998, p.36 - 33 - 77.

LEAL, Erotildes. *A noção de cidadania como eixo da prática clínica: uma análise do Programa de saúde mental de Santos*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social / Uerj. (mimeo.). 1994.

LEOPARD, M. T. *Metodologia da Pesquisa na Saúde*. 2. ed. Florianópolis: Pallotti, 2001.

MARI, J.; VILLARES, C. C.; REDKO, C. P. *Concepções de doença por familiares de pacientes Com diagnóstico de esquizofrenia*. Revista Brasileira de Psiquiatria. v.21, n. 1, p.36 - 47, mar 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Brasil 1994. *Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992)*. Brasília, Coordenação de Saúde Mental / MS MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Brasil 2000 *Legislação em saúde mental 19002000*. Brasília, Série Legislação em Saúde nº 4.

OLIVEIRA, M. M.B; JORGE, M.S.B. *Doente Mental e sua relação com a família*. In: Labate R.C. (Org.) *Caminhando para a assistência integral*. Ribeirão Preto: Scala, 1998, p. 37-93-88.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra. *Reabilitação psicossocial no contexto da desinstitucionalização: utopias e incertezas*. In: JORGE, Maria Salete Bessa; OLIVEIRA, Francisca Bezerra; SILVA, Waldine Viana da. (Orgs.). *Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio*. São Paulo: Lemos, 2000. p.55- 66.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Lugar de Louco é no Hospício?! Um estudo sobre as representações sociais em torno da loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica*. In: DELGADO, Pedro Gabriel; LEAL, Erotildes Maria; VENÂNCIO, Ana Teresa (Orgs.). *O Campo da atenção psicossocial*. Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Cora; Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 328 - 342.

PITTA, Ana Maria Fernandes. *O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?* In: _____. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-26.

REMEN, Gerald. *Princípios de psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro, Zahar. 19981.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, Ota de; MAURI, Diana. *Desinstitucionalização, uma outra via*. In: NICÁCIO, Fernanda (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

SARACENO, Benedetto. *Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*. In: PITTA, Ana (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18.

SAMPAIO, José Jackson C. et al. 1996 'A 12. Resende, Heitor 1987 '*Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica*'. SARACENO, B. *Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio*. In: PITTA, A. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SERPA Jr., Octavio Domond de 1996. '*Sobre o nascimento da psiquiatria*'. Cadernos Ipub, n º 3, pp. 1530.

TAYLOR, C. M. *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. 13. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TENÓRIO, Fernando. *Considerações sobre a assistência no Instituto de Psiquiatria da UFRJ*. Cadernos Ipub, Rio de Janeiro. 1995, n º 1, pp. 65-89.

WAIDMAN, M. A. P. *Enfermeira e Família Compartilhando o Processo de Reinserção Social do Doente Mental*. Curitiba: UFSC, 1998. p. 114. Dissertação (Mestrado), Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal.

WAIDMAN MAP, Jouclas VMG, Stefanelli MC. *Família e doença mental*. Fam Saúde Desenv 1999.