

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

**A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA
FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO PORTADOR DE
TRANSTORNO MENTAL**

Cláudia Cristina Góis
Gislaine de Lima Martins
Maria Gilvânia Vieira

Presidente Prudente/SP

2004

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTONIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

**A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA
FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO PORTADOR DE
TRANSTORNO MENTAL**

Cláudia Cristina Góis
Gislaine de Lima Martins
Maria Gilvania Vieira

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Professora Silvana Malaman Trevisan Dias Batista.

Presidente Prudente/SP

2004

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado como requisito parcial para
obtenção do Grau de Bacharel em Serviço
Social

Silvana Malaman Trevisan Dias Bastista
Orientadora

Márcia Heloisa de Oliveira
Examinadora

Andréia Colato Galli
Examinadora

Maluco Beleza

Enquanto você se esforça pra ser
Um sujeito normal
E fazer tudo igual

Eu do meu lado, aprendendo a ser louco
Um maluco total
Na loucura real

Controlando a minha maluquez
Misturada com minha lucidez

Vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza

Este caminho que eu mesmo escolhi
É tão fácil seguir
Por não ter onde ir

Controlando a minha maluquez
Misturada com minha lucidez

Vou ficar
Ficar com certeza
Maluco beleza
Eu vou ficar...

Raul Seixas

AGRADECIMENTOS

Queremos agradecer primeiramente a Deus, por ter nos dado: sabedoria, discernimento e força nos momentos de dificuldades na realização desse trabalho, sem ele não teríamos tido sucesso!

Agradecemos a todos os nossos familiares e amigos por terem nos apoiado durante esta caminhada, nos incentivando a perseverar na concretização do nosso objetivo.

Somos gratos a nossa orientadora que com extrema sabedoria exerceu seu papel com competência e dedicação.

Enfim, agradamos a todos que participaram direta e indiretamente para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho intitulado como “A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL”, tem o propósito de demonstrar a importância da participação da família no tratamento da pessoa portadora de transtorno mental, enfatizando o conjunto das transformações sociais e seu reatamento na vida dessas famílias.

O interesse por esse assunto é decorrente das observações de uma das componentes do grupo em seu campo de estágio, efetuado na UBS II (Unidade Básica de Saúde II) de Pirapozinho, na área de saúde mental, onde a tentativa é buscar entender quais são as dificuldades encontrada pela família quanto a sua participação no tratamento do portador de transtorno mental.

Na realização desse estudo, utilizamos como método de investigação a pesquisa qualitativa e o método dialético.

Também, fizemos uso da técnica de entrevista semi-estruturada visando a coleta de dados como meio de verificação da hipótese levantada.

Descreve as principais transformações ocorridas no decorrer da história da psiquiatria no Brasil demonstrando a influência de outros países no processo dos avanços da psiquiatria brasileira, dando enfoque às dificuldades que a família perpassa quando tem um membro acometido de transtorno mental em casa, e suas dificuldades em lidar com tal realidade.

PALAVRAS CHAVE: doença mental, tratamento, participação; família.

ABSTRACT

The current work entitled "The Importance Of The Participation And Follow Up Of The Process Of The Treatment For The Mentally Disturbed Person", has the purpose to show how significant is for the family to get involved in the treatment of the person who has been mentally disturbed. This work emphasizes the set of social transformations and how it bounces back on the life of these families.

The interest for this subject is due to the observations from one of the member of our group in its internship field which is over at the BHU II (Basic Health emit II) in Pirapozinho, in the area of mental health. Where the purpose is try to understand the difficults found by the treatment for the mentally disturbed person .

In order do accomplish this study, we used as a method of investigation the qualitative research as well as dialectic methodology.

We also used the semi-structured interview technique aiming at the gathering of data as a means of checking the hypothesis put forward.

This work describes the main transformation occurred during the historyof Psychiatry in Brasil showing the influence from other countries on the process of the progress of Brazilian Psychiatry. This work focus on the struggles which the family goes through when a family member suffers from a mental disturbance, and it focus on the difficulties in dealing wilth this reality.

KEY WORDS: Mental illness, treatment, participation; family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS:

FIGURA 1 – Classificação dos serviços por atendimento na área de saúde mental do Município	40
FIGURA 2 – Faixa etária.....	41
FIGURA 3 – Composição familiar	45
FIGURA 4 e 5 – Renda e ocupação das 05 (cinco) famílias entrevistadas	46
FIGURA 6 – Situação habitacional	47

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS	68
ANEXO A	69
ANEXO B	71
ANEXO C	72
ANEXO D	73
ANEXO E	74
ANEXO F	75

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 AS METAMORFOSES EM TORNO DA PSIQUIÁTRIA: UMA APROXIMAÇÃO TEMÁTICA	12
1.1 Abordagem histórica em torno da loucura	12
1.2 Philippe Pinel e as transformações em torno da “loucura” no século XVIII	13
1.3 Reforma psiquiátrica: contexto histórico.....	21
1.4 Movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM).....	24
1.5 Espaços de busca de novas alternativas para enfrentamento do modelo hospitalocêntrico.....	26
2 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE	30
2.1 Breve relato histórico com relação à inserção da família como colaboradora dos serviços de assistência psiquiátrica ao PTM	36
3 CENÁRIO DA PESQUISA: TABULAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	39
3.1 Apresentação da pesquisa realizada na UBS II de Pirapozinho, com o universo de 05 pacientes psicóticos e seus familiares, atendidos pela equipe multi-profissional	45
3.2 Visão dos técnicos, usuários e familiares em relação à participação da família no tratamento do PTM.....	47
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	66

INTRODUÇÃO

O presente TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) tem como tema: **“A Importância da Participação e Acompanhamento da Família no Processo de Tratamento do Portador de Transtorno Mental”**.

A idéia de pesquisa sobre o assunto surgiu mediante a experiência de estágio de uma das integrantes do grupo no ano de 2003 tendo seqüência até o ano de 2004, na UBS II (Unidade Básica de Saúde II) de Pirapozinho, Estado de São Paulo.

Tal experiência despertou na estagiária uma “curiosidade” no sentido de entender o porquê que muitas das famílias não acompanhavam seu familiar no tratamento.

Nesse sentido, a mencionada estagiária passou a observar constantemente a reação dos usuários que não dispunham do acompanhamento de seu familiar.

A priori a hipótese levantada pelo grupo era de que a família não participava desse processo de tratamento por falta de vontade própria, porque ela não estava preocupada com o doente mental, portanto uma concepção oriunda do senso comum, que necessitaria de um estudo consistente.

Isto posto, efetuamos um estudo de natureza qualitativa do tipo estudo de caso.

Para a realização da coleta de dados, utilizamo-nos de um roteiro de perguntas semi-estruturadas, destinadas aos usuários, familiares e técnicos, as quais possibilitaram a geração de dados quantitativos e qualitativos. Sendo que para a demonstração dos dados obtidos no corpo deste trabalho, não foi citado o nome de nenhum dos entrevistados.

O mencionado estudo, encontra-se estruturado em 03 (três) capítulos, a saber:

Capítulo I - As metamorfoses em torno da psiquiatria: uma aproximação temática.

Tal capítulo irá retratar o processo de evolução da “loucura” e os principais acontecimentos históricos que influenciaram o processo da reforma psiquiátrica, incluindo os movimentos, conferências e encontros realizados entre os profissionais da área de saúde mental, bem como alguns membros da sociedade civil.

Capítulo II – A política de saúde mental na contemporaneidade

Nesse capítulo foi discorrido sobre a política nacional de saúde mental na contemporaneidade, onde pontuamos seus avanços e dificuldades para sua efetivação, como também a relação da família com o portador de transtorno mental.

Capítulo III - Cenário da pesquisa: tabulação, interpretação e análise dos dados.

O mencionado capítulo refere-se à análise de todas as informações obtidas no decorrer do trabalho, onde se desmistifica a visão de que a família é “culpada” pela psicopatologia do indivíduo acometido de transtorno mental.

A conclusão retrata os resultados alcançados durante a realização de toda a pesquisa.

CAPÍTULO I

1 AS METAMORFOSES EM TORNO DA PSIQUIATRIA: UMA APROXIMAÇÃO TEMÁTICA

1.1 Abordagem histórica em torno da loucura

Com a desagregação da estrutura feudal no século XIV, surgem os primeiros sinais da constituição lenta e permanente de um novo modo de produção; o modo de produção capitalista, que consigo traz alterações nas relações sociais. Isto posto, aquelas idéias mágico religiosas até então atribuídas à “loucura”, assim como os aspectos inerentes à vida social, econômica, política, cultural e ideológica passam por modificações profundas, caracterizadas pelo Estado absolutista, resultante de fortes conflitos entre o Estado Feudal e Sociedade Civil, marcando toda a história de formação do mundo capitalista.

Neste contexto histórico de formação da era capitalista o conceito da “loucura” sofreu inúmeras mudanças. A primeira mudança se deu em torno das atribuições “mágico religiosa”, as quais são contestadas e conseqüentemente substituídas pelas idéias “alienistas”, qual seja: a loucura passa ser entendida como um distúrbio funcional, uma doença que como qualquer outra necessita de tratamento.

O indivíduo que era considerado “endemoniado”, passa ser denominado “doente mental”. Uma denominação que busca romper, e rompe definitivamente com a anterior, mas que já nasce carregada de estigmas sendo contestada historicamente conforme poderá ser constatado no decorrer do presente trabalho.

Com o advento da sociedade burguesa no século XVII e XVIII, se estabelece uma nova postura com relação aos aspectos econômicos, políticos e sociais, os quais são traduzidos no projeto da Ilustração, que é a expressão histórica do iluminismo.

O iluminismo tinha como objetivo a libertação do homem da ignorância, dos mitos, para fortalecer o saber e o uso da razão, cujo objetivo era a emancipação de auto-governo humano, de modo a tornar o homem consciente de sua realidade, assim como responsabiliza-lo por seu próprio destino.

Essa nova postura exigida do homem em relação à sociedade é caracterizada como forma de romper com a cultura tradicional (sagrado, mito e o encantamento do mundo) até então predominante, para dar abertura à instauração de uma nova ordem burguesa, onde o homem passa ser o centro da sociedade tornando-se um sujeito autônomo e igual em estado de natureza um valor em si próprio.

Nessa nova abordagem do mundo, o “louco” e a loucura tornaram-se uma ameaça à nova ordem burguesa, que era pautada nos princípios da razão, e a partir do momento que os princípios da razão burguesa passou a ser ameaçada (justiça, administração, disciplina, polícia e governo) pelo “louco”, este era visto como uma ameaça ao sistema.

Diante dessa ameaça que o “louco” representava à burguesia, esta atribui o problema existente da loucura que era meramente político a alçada técnica delegando mandato à psiquiatria. A partir de então a psiquiatria passou a “seqüestrar” o doente mental nos asilos, visando o isolamento e a medicalização desses indivíduos como forma de excluí-los do mundo social para que nada pudesse atrapalhar seus objetivos.

Nesse cenário Philippe Pinel¹, considerado o pai da psiquiatria, divulga suas idéias à sociedade com relação à psiquiatria, cujo objetivo era a instauração de um tratamento mais humanizado ao PTM (Portador de Transtorno Mental), através do qual visam romper com as práticas de violência e repressão.

1.2 Philippe Pinel e as transformações em torno da “loucura” no século XVIII

¹Philippe Pinel: Médico, pioneiro no tratamento dos doentes mentais, Pinel nasceu a 20 de abril de 1745, em Saint André, canã de Alban, no departamento do Tarn, Sul da França, entre Castres e Toulouse. Faleceu a 25 de outubro de 1826, em Paris.

Pinel deu um salto qualitativo em torno da psiquiatria, pois, além de entender a “loucura” como sendo uma doença mental (assim como também entendiam os alienistas²), partiu do pressuposto de que a ‘loucura’ é um sofrimento do homem enquanto pessoa e assim buscou não só defini-la conceitualmente, como fizeram os alienistas, mas objetivou uma transformação social da “loucura”, ou seja, passou a construir uma forma de atendimento que visava humanizar as relações dos “loucos” dentro das instituições psiquiátricas.

Com Pinel, surge a possibilidade de “cura” da loucura por ele entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão no interior da razão. A “loucura” a partir de então, passa a ser entendida como alienação, como o estado de contradição entre a razão, portanto, como estado de privação de liberdade, de perda do livre arbítrio. Sendo assim, se alguém está alienado não há razão e se não há razão, não há liberdade. Não havendo o princípio da liberdade há contradição com os princípios da Revolução Francesa que tem como palavra chave a “liberdade”, fato que deu abertura a questionamentos posteriores.

Através do entendimento sobre psiquiatria proposto por Pinel, no século XVIII começam a surgir os primeiros hospitais destinados ao tratamento da “loucura”, sob a ótica de que o “louco”, como qualquer doente, **necessita de cuidados, de apoio, de remédios e de um tratamento mais humanitário.**

Pinel, obteve tais concepções sob a loucura, através de suas experiências como médico psiquiatra nos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, uma vez que ele observava as formas de “tratamento” aplicada aos PTM’s (Portadores de Transtornos Mentais), sob o mecanismo do enclausuramento, e assim, notou a ausência do caráter humanitário nos atendimentos, já que os PTM’s quando encontravam-se em crise eram acorrentados, amarrados, e contidos através do uso de eletro-choques, camisa de força, enfim, os meios utilizados para contenção das crises eram totalmente desumanos. Tomado pelo sentimento de indignação Pinel, visando alterar esse quadro propôs algumas mudanças, das quais discorreremos a seguir:

- Eximir o uso das correntes nesses hospitais;

² Especialidade médica consagrada ao estudo, diagnóstico e tratamento dos distúrbios mentais. O nome psiquiatria substitui o de médico alienista, que se refere ao conceito de alienação mental, termo que por sua vez, tinha progressivamente substituído o de loucura.

- Oferecer treinamento aos funcionários dos hospitais, para que trabalhassem com competência;
- Reforçou a importância das relações do doente com a família e com os outros doentes.

Essas novas idéias de Pinel alteraram o princípio do “tratamento” dispensado ao PTM e fez emergir uma infinidade de manicômios que trazem em seu bojo o instrumento da “cura” e não mais do enclausuramento propriamente dito.

Pinel, portanto, cria mecanismos de inclusão da família no processo de tratamento da “loucura” já que considera as inter-relações familiares importantes para a libertação do “louco” alienado dos hospitais, visto que com a exclusão social do louco do meio social através da internação psiquiátrica e também com a mudança do estatuto de “louco” para doente mental uma nova relação se constitui entre o “louco” e sua família, o que é diferente do período pré-capitalista, onde o “louco” era responsabilidade única e exclusiva de sua família.

Na sociedade moderna burguesa o saber alienista irá se inserir no meio familiar e em especial do “louco”. Dessa forma o alienismo se efetiva como uma nova forma pedagógica para com a família, de modo a influenciar sua organização interna a partir da abordagem do “louco”.

O alienismo juntamente com as sistematizações de Esquirol³, passa a trabalhar as relações familiares, justificando cientificamente o princípio do isolamento terapêutico do “louco” nos asilos (estabelecimentos públicos que foram instituídos por meio da Lei nº 30/1838, oriunda da proposta de Esquirol, para dar assistência aos insanos), cuja conduta consistia no seu isolamento

³ Jean Étienne Dominique Esquirol, nasceu em 1772, faleceu em 1840. Estudou e trabalhou com Pinel, junto com seus colaboradores, entre os quais J.P. Falret, trabalhou na preparação da Lei de 30 de junho de 1838 que foi modelo para muitos países, para a assistência aos insanos, cujos reflexos foi a obrigatoriedade da criação de estabelecimentos públicos para os insanos que ele denominou asilos. A idéia do nome veio da sua formação religiosa e para evitar o nome Hospital que na época tinha má fama. Em 1838 publicou o tratado “Des maladies mentales considérées sous les rapports medical, hygienique et medico-legal”. Neste trabalho ele definiu uma série de fenômenos psicopatológicos, tais como a idiotia, demência, alucinações, que são empregados até hoje. Um outro ponto foi diferenciar a mania (delírio geral da loucura propriamente dita) das monomanias. O conceito das monomanias (loucura parcial) teve grande importância nos primeiros momentos da psiquiatria legal. As monomanias eram divididas em : intelectuais, afetivas e instintivas.

completo, tanto da sociedade como de sua própria família, tendo em vista que a família era acusada de ser a propiciadora da alienação mental.

Nesse sentido, Esquirol apud Vasconcelos (2003, p.50-51), se manifesta:

[...] 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.

Frente a isto, o alienismo e as sistematizações de Esquirol determina a loucura como doença mental e sua causa centra-se nos afetos e impulsos interiores inadequados ao modelo normativo, sendo a família a principal causadora da alienação. A família também era considerada impotente e frágil no sentido de controlar e até pôr limites às vontades excessivas dos loucos. Daí a alternativa para a contenção de seus excessos, seria o isolamento terapêutico, sob a concepção de que seriam eles reeducados com vista a constituir uma nova moral para a regulação das relações familiares, bem como para os relacionamentos amorosos uma vez que a causa da alienação moral situava-se no desregramento da moral.

É por meio dessa concepção em relação à família que Esquirol desenvolve sua teoria pautada na prevenção da alienação, contendo em si as formas ideais para os pais educarem seus filhos, centrado na ordem, na disciplina dos comportamentos, característicos da sociedade capitalista, sendo a família o canal viabilizador desse modelo.

Diante do exposto, a família é utilizada apenas como objeto cuja função é prestar informações necessárias sobre o paciente, tais como: encaminhá-lo ao asilo, visitá-lo e fornecer as informações sobre a história de sua enfermidade. Portanto, involuntariamente corroborando para que o “louco” seja afastado de suas relações sócio-cultural e familiar, restando-lhe apenas, ficar aguardando o retorno do paciente “curado” promessa constante da pedagogia de Esquirol, ou seja, a relação da família com o PTM passa ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais encarregadas de promover a “cura” e a assistência da loucura.

Ocorre que, com o passar dos longos séculos, a família não obtinha nenhum retorno desse “tratamento”, e nenhuma explicação do motivo pelo qual seu familiar nunca voltava para sua casa.

Diante dessa conotação em torno da “loucura” é que o projeto capitalista desfrutou e ainda desfruta das idéias dos alienistas e da teoria de Esquirol, visto que é por meio da alienação que a classe dominante consegue manipular a sociedade, sem que esta questione de imediato o que está posto como correto e adequado.

Porém, a sociedade em relação à “loucura”, sem obter resposta alguma passou a não mais aceitar essas condições impostas, e a partir do século XVIII, passou a contestar tais idéias. A primeira contestação do alienismo foi fruto da proposta de Philippe Pinel, o qual abriu espaços para contestações posteriores, criadas pela própria sociedade civil principal vítima do capitalismo, as quais se configuraram nos movimentos da reforma psiquiátrica.

Sendo assim, o alienismo apresenta-se com dois aspectos negativos: a cronicidade da doença mental “uma incurabilidade de fato” (VENÂNCIO, 1990, p. 61) e uma crise teórica das explicações morais, que fez ressurgir na segunda metade do século XIX as teorias apoiadas no fisicalismo, que surgem como um desdobramento dos estudos anátomo-patológico da medicina predominante da Alemanha. Esta teoria apesar de tornar-se hegemônica passa a coexistir de forma tensa com as explicações morais com o advento da psicanálise; sendo assim, o modelo asilar continua a triunfar como principal modalidade de assistência ao PTM, mesmo sendo esta instituição considerada historicamente como um espaço de segregação e violência, a qual sofre denúncias mais contundentes a partir da 2ª Guerra Mundial.

Após a 2ª Guerra Mundial (1945) ocorrem várias transformações na estrutura da sociedade burguesa. Nesse momento se dá a passagem do capitalismo concorrencial (livre mercado sem a regulação do Estado) para o monopolista, onde o Estado é chamado para intervir e regular as relações sociais.

Nesse período se estabelece o Welfare State, ou seja, o Estado de Bem-Estar Social, apoiado nas teorias de John Keynes que visava as políticas de pleno

emprego e direitos sociais, ligadas às idéias de justiça social, solidariedade e universalismo.

Em termos políticos em relação ao Brasil, nesta época de consolidação do Estado de colaboração nacional é que se institui os serviços sociais por meio da cidadania regulada e seletiva acarretando a modernização do país. Sendo assim, mediante as circunstâncias do pós-guerra toda essa estrutura é questionada e conseqüentemente alterada, surgindo, assim, na área de saúde mental, a psiquiatria social.

Dentro desse contexto surge a primeira crítica à psiquiatria, a qual refere-se às estruturas asilares, tendo em vista que esta é acusada de ser patológica, cronificadora e propiciadora do hospitalismo, tornando-se necessário e indispensável humanizar, democratizar e resgatar seus objetivos e funções sociais. Sendo assim após a crítica da psiquiatria tradicional surge na década de 60 a antipsiquiatria, sob as vertentes da antipsiquiatria Inglesa, Americana e Italiana.

A antipsiquiatria Inglesa dos anos 60 atribui a etiologia do transtorno mental às relações patogênicas do grupo familiar. A antipsiquiatria Americana ao negar a existência da doença mental afirma que a internação psiquiátrica é um mecanismo socialmente aceitável de controle e repressão das pessoas indesejáveis pela família; dessa forma a família, em colaboração com os profissionais dos serviços psiquiátricos, buscam o controle de condutas desviantes, sendo que os profissionais acabaram responsabilizando a família por impor a internação psiquiátrica ao seu familiar.

O conjunto das acusações dirigidas às famílias por estas teorias (Inglesa e Americana) tem sido contestadas pela teoria Italiana de Franco Basaglia⁴ (1960), principalmente através dos movimentos de familiares dos PTM na Itália.

Para Basaglia faz-se necessária a criação de novos mecanismos de serviços direcionados na área de saúde mental, tais como: CAPS, NAPS, CASAS LARES, RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS, ETC, visando a inserção de novos atores sociais no processo de tratamento do PTM.

⁴ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano, conhecido como psiquiatria democrática. Nasceu no ano de 1924 em Veneza/ Itália e faleceu em 1980.

Embora, Basaglia venha reforçar o poder do próprio psiquiatra ele ativa também o poder de outros profissionais da própria equipe de saúde mental, tais como: dos usuários, familiares e público em geral dos serviços.

Dentro desta nova perspectiva, o PTM é visto de forma global, numa visão de totalidade, levando-se em conta suas peculiaridades, tendo como alvo principal sua emancipação, pois este indivíduo patológico passa ser visto enquanto ser social, cuja finalidade da proposta de Basaglia refere-se principalmente na inserção ativa do “louco” no mundo social. De outro lado, dentro deste contexto a família é compreendida por tal vertente como colaboradora no processo do tratamento do PTM, onde suas possibilidades, potencialidades e recursos são considerados como fator indispensável.

A família é vista como um canal que busca reconstruir relações cotidianas, mantendo e fortalecendo laços de sociabilidade, o que facilitará a re-inserção do PTM ao meio social, tendo em vista que esse processo ocorre inicialmente a partir das relações intra-familiares, depois comunitária e por fim na sociedade em geral.

Embora, haja todo esse entendimento em relação a importância da família no processo de tratamento do PTM, há de se levar em conta um fator indispensável que na maioria das vezes é descartado. O de que a família necessita de suporte para lidar com o seu doente mental, pois não basta somente a criação dos serviços extra-hospitalares, é preciso haver uma articulação dos serviços entre a família, profissionais da área de saúde mental e sociedade civil. Conforme evidencia Basaglia (1989, p.97) apud Rosa (2002, p. 153):

[...] Estamos apenas bastante conscientes de que não é suficiente a simples criação de serviços. A qualidade da mudança só pode ser garantida se os novos serviços são acompanhados por uma radical transformação no que seria uma sociedade voltada para o cuidado (“caring society”), responsável por aqueles em necessidades. Então, só então, os direitos dos cidadão à proteção em saúde se tornará realmente um fato e não meramente palavras.

Muito embora a família ganhe ênfase no processo de tratamento do portador de transtorno mental, nem todas possuem condições de e arcarem com tal responsabilidade (cuidado), tendo em vista que as transformações ocorridas no cenário econômico a partir da década de 70,

provocaram a crise fiscal, assim como profundas transformações no mundo do trabalho o que desencadeou alterações na estrutura familiar de forma significativa, tal como: a posição e o papel das mulheres, determinadas socialmente como principal cuidadora de pessoas dependentes na unidade doméstica.

Com a crise fiscal do Estado, ocorre a redução nos investimentos sociais, inclusive na área de saúde mental devido à política de cunho neoliberal, o que acarretará uma nova configuração da família frente a estas transformações.

A família nessa abordagem que antes da crise econômica tinha o apoio do Estado no provimento de cuidados do PTM, passa a ter que arcar sozinha com cuidado do seu ente adoecido, sem contar que devido à crise econômica, ocorreu o aumento do desemprego estrutural que se instala pela eliminação de vários postos de trabalho, a mesma se encontra sobrecarregada em ter que cuidar de seu PTM e ao mesmo tempo lidar com o desemprego.

Diante deste contexto as famílias de Primeiro Mundo, com relação a questão da psiquiatria, passaram a pressionar o Estado no sentido de haver uma manutenção e ampliação das políticas públicas, as quais manifestam-se por meio dos movimentos de reforma psiquiátrica, cujo alvo principal é diminuir a sobrecarga familiar em relação a todas as demandas que lhe foram impostas pela crise econômica.

A partir de 1980, as relações entre a família e o PTM tornaram-se complexas, por conta da necessidade dos membros familiares adentrarem ao mercado de trabalho, como forma de garantir a sua sobrevivência. Vale frisar que a mulher tida historicamente como a principal cuidadora do PTM, não mais possui somente esta função, mas também o encargo de colaborar para com o sustento da família. Tudo isso irá comprometer a relação entre o PTM e sua família, pois o excesso de encargos destinados à família ocasionará uma deficiência intra-familiar, no que diz respeito ao cuidado para com seu ente adoecido, visto que os momentos de diálogo e o contato diário por mais tempo foram reduzidos entre os membros familiares.

A partir dos anos 90, o número de pesquisas destinadas às relações da família com o portador de transtorno mental é ampliada. Estas são orientadas

pelos debates e preocupações suscitadas através do movimento de reforma da psiquiatria, as quais segundo Rosa (2002, p. 159) devido a realidade social contemporânea apontam a família para 5 direções aproximadamente:

1. Como um *recurso* como outro qualquer, no rol das estratégias de intervenção (Sant'Anna, Fontoura, 1996).
2. Como um *lugar* de possível convivência do portador de transtorno mental, desde que os laços relacionais possam ser mantidos ou reconstruídos. Como ressalta essa perspectiva, a família é percebida como um lugar de convívio, mas não o único e nem obrigatório (Miranda, 1999).
3. Como *sofredora*, pois, é influenciada pela convivência com um portador de transtorno mental e, desse modo, precisa ser "tratada", assistida, recebendo suporte social e assistencial (Motta, 1997).
4. Como um *sujeito* da ação. Sujeito coletivo, ator político que se organiza em associações específicas, na opinião de Sant'Anna e Fontoura (1996); e ainda, sujeito avaliador dos serviços, conforme Pereira (1997), e construtor da cidadania do portador de transtorno mental.
5. Como *provedora de cuidado*, desde que os serviços de saúde visam atuar sobre os momentos de crise, tratando e não prestando cuidados contínuos. E também porque a família é o principal agente potencializador de mediações entre o portador de transtorno mental e a sociedade, constituindo historicamente um lugar privilegiado de cuidados e reprodução social.

1.3 Reforma psiquiátrica: contexto histórico

O conceito da psiquiatria desde o seu surgimento como disciplina específica tem passado pelo processo de reforma psiquiátrica, tendo esse processo se intensificado após a 2ª grande Guerra Mundial, momento em que ocorreu a delimitação dos projetos em atenção aos doentes mentais, com propostas de arranjos de natureza técnica e administrativa, onde ocorre a busca de implementação dos serviços alternativos para o atendimento aos doentes mentais conforme explicitação oriunda das conferências e congressos sobre doença mental, configurando-se a reforma da psiquiatria.

Nesse sentido, quando falamos em reforma psiquiátrica, falamos de um processo de transformações ocorridas principalmente a partir da década de 60 nos países de primeiro mundo e na década de 70 nos países de terceiro mundo, as quais envolvem os trabalhadores do campo da saúde mental, bem como a

sociedade, onde todos partem em busca da desospitalização da doença mental, cujo propósito é romper com os paradigmas tradicionais que deram origem à psiquiatrização/ hospitalização da “loucura”.

A partir da década de 70, abre-se o leque da reforma psiquiátrica com o surgimento de diversas possibilidades no campo teórico e prático da desinstitucionalização no Brasil.

O movimento da reforma psiquiátrica no Brasil recebeu influência Norte Americana e Italiana: teceram críticas ao atendimento oferecido aos PTM, com objetivo de implantar um atendimento mais humanizado, de modo a garantir a dignidade da pessoa PTM, enquanto cidadã.

Portanto, as primeiras noções de desinstitucionalização da psiquiatria teve surgimento nos Estados Unidos da América com o Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy, pautado pelos seguintes princípios, conforme cita Lougon (1993, p. 142) apud Amarante (2000, p. 15):

1. Prevenção de internações inadequadas em instituições psiquiátricas, procurando alternativas comunitárias para o seu tratamento;
2. Retorno para a comunidade de todos os pacientes institucionalizados que tiveram preparo adequado para tal mudança;
3. Estabelecimento e manutenção de sistemas de suporte comunitário para as pessoas não-institucionalizadas que estejam recebendo serviços de saúde mental na comunidade.

As propostas do Plano do Governo Kennedy, lançam críticas ao sistema psiquiátrico por centrar-se na assistência hospitalar. Seu objetivo é reconduzir um re-arranjo às técnicas psiquiátricas, pois para ele a falência do sistema não está na psiquiatria e sim na forma com que ela é aplicada. A organização de sua prática de atuação firma-se em dois polos de base preventiva e comunitária: num primeiro momento propõe medidas saneadoras e racionalizadoras, como a diminuição dos leitos e do tempo de internação hospitalar com propósitos do aumento do número de altas, mediante a criação dos serviços intermediários; em segundo, na implantação das redes de serviços e ações com práticas, preventiva, promocional e comunitária que intercederiam no surgimento das doenças.

Todavia, mesmo estando pautado em críticas conceituais do modelo de organização psiquiátrica, a desinstitucionalização ora proposta é criticada por ter objetivos de redução dos custos da assistência aos cofres públicos, erradicando a responsabilidade do Estado para com esses indivíduos, bem como as suas famílias. Daí surgem as críticas a tal proposta, acusando o mencionado modelo de desinstitucionalização como causador da desassistência do PTM, abandonando-os a sua própria sorte.

Nesse sentido tomamos por base o entendimento de Amarante (1994, p. 21-22) apud Morgado & Lima (2000 p. 19):

[...] evidentemente, a desinstitucionalização, como se pretende abordar, não pode, em absoluto, representar o “desamparo” dos doentes ou o simples “envio para fora do hospital, sem ser implantada, antes, uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar dos mesmos e das suas famílias”.

Aliada a essa crítica de desassistência, estão os segmentos conservadores, a indústria farmacêutica, e os empresários de hospitais psiquiátricos que na maioria das vezes sem saberem ou não pretenderem saber o que significa a desinstitucionalização, se opõem a ela, não porque estão preocupados com o estado de bem estar das pessoas portadoras de transtornos mentais, mas devido ao risco que pode representar aos seus interesses, e propositalmente deturpam na, associando a desinstitucionalização como desamparo.

Além dessa influência Norte Americana tivemos também outra tendência à desinstitucionalização, oriunda da Itália, qual seja: a proposta de Basaglia que se refere à desinstitucionalização como desconstrução do modelo tradicional da psiquiatria.

Com a vinda de Basaglia ao Brasil na década de 70, e mediante seus contatos com o MTSM, (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental) ocorre a construção de reflexões em torno da psiquiatria, onde ele lança críticas ao saber psiquiátrico.

1.4 - Movimento dos trabalhadores de saúde mental (MTSM)

Segundo análise do autor Paulo Amarante (2001), estas reformas posteriores à reforma de Pínel procuram questionar o papel e a natureza ora da instituição asilar ora do saber psiquiátrico.

O MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), tem como participantes da causa as seguintes organizações: CEDFS (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), REME (Comissão de Saúde dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica), ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria), FBH (Federação Brasileira de Hospitais), MS (Ministério da Saúde), MPAS (Ministério da Previdência da Assistência Social).

Nessa ocasião faremos a discussão abordando apenas a trajetória do MTSM, considerado-o como ator e sujeito político fundamental do projeto da reforma psiquiátrica brasileira. É a partir deste que emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento político contrário ao saber psiquiátrico.

O movimento da reforma psiquiátrica brasileira tem como estopim o episódio que ficou conhecido como a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do ministério da saúde responsável pela formulação da política de saúde do sub-setor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da Dinsam todas localizadas no Rio de Janeiro deflagram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 profissionais, dentre eles estagiários e técnicos.

A greve se deu devido às condições precárias e climas de ameaça e violência a eles e aos pacientes destas instituições. As denúncias de agressão estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas eram freqüentes.

A crise é deflagrada a partir da denúncia realizada por três médicos bolsistas de uma dessas unidades, ao registrar, no livro de ocorrências do plantão do pronto socorro as irregularidades da unidade hospitalar, trazendo a público a trágica situação existente naquele hospital. Este ato que poderia limitar-se apenas a repercussões locais e esvaziar-se, acaba por mobilizar profissionais

de outras unidades e recebe o apoio imediato do movimento de renovação médica (REME). O MTSM denuncia a falta de recursos das unidades, a conseqüente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população e ao seu atrelamento às políticas de saúde mental.

Assim, nasce o MTSM, tendo por objetivo constituir-se em um espaço de luta não institucional *in locus*, de debates e encaminhamentos de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, mas que aglutina informação, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associação de classes bem como os setores mais amplos da sociedade.

As reivindicações giravam em torno da regularização da situação trabalhista visto que a situação dos bolsistas era ilegal, aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e abuso excessivo do eletro-choque, por melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços. Embora essas reivindicações tenham se centrado também na questão associativista de classe, ela representou um marco muito importante na história da psiquiatria no Brasil, que a partir de então abriu o leque de discussões sobre a assistência aos PTM, com objetivos claros da desospitalização, processo esse que podemos verificar durante as Conferências de Saúde Mental.

O MTSM, a partir do momento que incorporou as idéias revolucionárias de Basaglia, contribuiu por demais na produção teórica em torno da defasagem da psiquiatria, onde ocorre a busca de novos conhecimentos de cunho prático e teórico.

No entender de Amarante (1992, p. 71) apud Birman (2000, p. 14), o movimento de reforma Psiquiátrica a partir da década de 70 expressa:

[...] uma maior maturidade teórica e política, a qual pode ser entendida como delimitação mais clara do projeto das transformações em psiquiatria, que transcendem à busca de soluções exclusivamente técnicas ou administrativas, para remontarem a questões a um só tempo teóricas, políticas, culturais e sociais. Nesse novo cenário, o conceito de cidadania, é, pois, palavra-chave fundamental, na medida em que percorre os níveis anteriores e que, em razão da natureza do estatuto de alienação mental, ao louco é subtraída a possibilidade de inscrição no mundo da cidadania, no espaço da cidade, no mundo dos direitos.

Com essa maturidade em torno da psiquiatria onde se busca o princípio da cidadania do PTM, ocorre a busca da desinstitucionalização/ desospitalização, considerada como uma prática alijadora dos direitos jurídicos, políticos e civis do doente mental, que vão sendo questionadas nos espaços de discussões de novas práticas psiquiátricas que dêem garantias universais de direitos a todas as pessoas.

1.5 Espaços de busca de novas alternativas para enfrentamento do modelo hospitalocêntrico

Em junho de 1987, entre os dias 25 a 28 no Rio de Janeiro, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental que recomenda a desconstrução do modelo hospitalocêntrico (asilos) e psiquiatricocêntrico (ambulatórios), quando seus participantes deliberaram por um modelo extra-hospitalar e multiprofissional, proibindo a construção de novas unidades psiquiátricas. Aquelas formas de atuação foram apontadas como caras e ineficazes e o modelo extra-hospitalar seria a alternativa para o rompimento das práticas psiquiátricas.

Em 1989 o Deputado Paulo Delgado apresenta ao congresso um projeto de Lei de nº 3.657/89 dispendo sobre a extinção dos manicômios, a implantação de serviços alternativos e a regulamentação da internação psiquiátrica compulsória, tendo tramitado no Congresso Nacional por 12 anos, sendo aprovado por unanimidade somente no dia 12 março de 2.001.

Em 1990, aconteceu a Conferência de Caracas⁵, a qual transformou-se em referência para o processo de transformação do modelo de saúde mental do país.

Passado 5 anos da I Conferência, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992, realizada no Distrito Federal de 1 a 4 de dezembro, resultante de um longo processo de democratização que propõe a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços de acordo com os princípios do SUS - UNIVERSALIDADE; INTEGRALIDADE; EQUIDADE. Propôs também a municipalização das ações em saúde mental.

⁵ Anexo D

Passados 10 anos, (2002), ocorre a III Conferência Nacional de Saúde Mental, através das várias e férteis experiências municipais como a implantação dos seguintes serviços: CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), CRESAM (Centro de Referência em Saúde Mental) e as Residências Terapêuticas, esses são dispositivos abertos e comunitários de atenção diária para o atendimento do portador de transtornos mentais nos seus momentos de crise.

A forma como evidenciamos o contexto histórico em torno da evolução da psiquiatria em busca de sua desospitalização, pode até levar o leitor imaginar que os avanços se deram de forma simplista, rápida sem barreiras. Todavia, temos um grande exemplo que demonstra que essas profundas mudanças se deram com muita lentidão e tardiamente no Brasil, como foi a duração de 12 anos que ficou tramitando no Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89 que deu origem a Lei nº 10.216/2001⁶.

A criação dessa Lei de nº 10.216/2001, confere um avanço aos diversos segmentos sociais engajados no movimento nacional da luta anti -manicomial.

Porém, a luta pela desospitalização não se encerra apenas com a criação da Lei Paulo Delgado, mas representa um desafio que os diversos segmentos engajados na luta tem que percorrer para que as alterações nas ações de saúde relativas à área possam ser implantadas.

Nesse cenário inicia-se o processo de criação dos serviços alternativos ao da internação psiquiátrica, adaptando as estruturas, os recursos de atenção ao doente mental, com vista a incluí-lo no meio social. Um projeto que ainda está em sua fase de construção pelos membros sociais envolvidos nessas conquistas.

Destarte, Campos apud Espiridião (2001), define que a construção de um projeto deve trazer para a pauta de discussões todos os membros interessados: “um projeto deve ser composto de interesses e necessidades da sociedade, das noções disciplinares, de diretrizes políticas e dos modos de gestão dos sistemas públicos.”

⁶ Anexo E

Todavia, a construção de um projeto de enfrentamento da questão saúde mental exige a participação de vários segmentos sociais, inclusive a participação dos familiares, os quais muitas vezes perpassam por situações conflituosas e de contrastes, onde tais dificuldades devem ser consideradas como fatores inerentes aos momentos de transição do contexto sócio-político-econômico, que influenciam o campo dos discursos teórico e prático dos movimentos da reforma psiquiátrica.

Nesse cenário de profundas transformações da psiquiatria pouco ou quase nada se ouviu falar da família do PTM, ou seja, como ela se sente tendo um membro acometido de transtornos mentais.

A família ao longo dessa história não teve suporte técnico para ampliar a compreensão dessa dinâmica e acabou sendo responsabilizada pelo surgimento da doença mental, bem como pela sua cronificação, a exemplo temos o modelo alienista de enfrentamento da doença mental, que justifica o enclausuramento dos “loucos”, desordeiros e outros indivíduos que apresentam indícios de questionamentos, ou ações diversas daqueles que determinam as normas morais e éticas estabelecidas em determinado contexto... Ou seja, tanto a família, quanto o PTM são tidos como meros objetos reprodutores do sistema de cada época. Nesse contexto Bassit (1992) apud Espiridião (1992) descreve:

[...] há uma corrente dominante que acredita no papel da família na determinação do surgimento da doença mental em um de seus membros tornando-o o “bode expiatório” sobre o qual são jogados todos os problemas.

É diante dessa ordem dominante que os profissionais do segmento saúde, tinham e muitos ainda continuam com a visão de que a família é a grande causadora da doença mental, bem como consideram o doente isoladamente recebendo e induzindo respostas estáticas e repetitivas ao seu tratamento, não relevando portanto, a participação indispensável da família como aliada na recuperação do doente mental institucionalizado, ou seja, como fonte de recuperação e desinstitucionalização.

Na contemporaneidade a luta consiste no consenso de que as famílias, tanto e/ou quanto o PTM, necessitam de apoio e de orientação para o

desenvolvimento de suas capacidades em compartilhar seu problema, podendo ser percebida como uma estrutura potencializadora para a desinstitucionalização e re-inserção do indivíduo acometido pelo transtorno mental. Tal luta vem sendo reforçada por estudos recentes citados por Waidman et. al (1999) apud Espiridião (1999) “que aponta a família como fundamental na manutenção do doente fora da instituição psiquiátrica, bem como afirma a idéia da necessidade do apoio técnico-institucional, com vista ao convívio com o PTM.

CAPÍTULO II

2.1 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA CONTEMPORANEIDADE

A política de saúde mental proposta pelo Ministério da Saúde na contemporaneidade, tem como estratégia a implantação de uma rede de apoio extra-hospitalar, as quais visam:

- Redução progressiva dos leitos psiquiátricos;
- Expansão dos CAPS;
- Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica;
- Consolidação do Programa “De Volta Para Casa”;
- Expansão das Residências Terapêuticas;
- Formação e qualificação de Recursos Humanos;
- Promoção dos direitos de usuários e familiares e incentivo à participação no cuidado;
- Qualificação do atendimento hospitalar e ambulatorial existente;
- Consolidação da política para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

Tais estratégias sem dúvidas conferem uma série de avanços em termos de atenção aos portadores de transtornos mentais, os quais foram conquistados através do movimento de reforma da psiquiatria.

O contexto contemporâneo através dos avanços construídos em torno da psiquiatria vêm buscando romper com os paradigmas tradicionais do isolamento terapêutico sustentado pela teoria de Esquirol, pautando-se nas idéias desenvolvidas por Basaglia na Itália a partir de 1960, idéias estas que tem como proposta o rompimento dos modelos de “enclausuramento” .

Nesse sentido a teoria de Basaglia representa dentro do contexto atual da psiquiatria um recurso teórico que dá sustentação aos modelos extra-hospitalares que estão sendo criados paulatinamente.

Uma das primeiras estratégias dessa rede de serviços extra-hospitalar da atual política de saúde mental foi a implantação dos CAPS, estes representam a consolidação da principal estratégia de substituição do hospital psiquiátrico.

Os CAPS, têm a missão institucional de substituir a rede manicomial de assistência colocando-se como responsabilidade institucional de garantir a redução dos leitos manicomiais em seu território, sem provocar a desassistência dos portadores de transtorno mental, assim como de sua família.

Outra estratégia da política nacional de saúde mental para enfrentamento da segregação dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos são os dispositivos residenciais.

Tais dispositivos residenciais, nas duas últimas décadas tem representado uma das mais brilhantes idéias no processo de desinstitucionalização da psiquiatria; eles na prática constituem a construção de alternativas adequadas de moradia para a clientela de cuidado contínuo, para aqueles que não possuem vínculos familiares.

Ainda que tal dispositivo represente uma estratégia de grande valia no que tange ao processo de desinstitucionalização, o sucesso deste depende de sua boa qualidade na prestação dos serviços devendo o mesmo ser acoplado aos serviços de atenção psicossocial (CAPS) adequados à clientela.

Portanto, tanto os dispositivos residenciais quanto os serviços de atenção psicossocial (CAPS), e demais estratégias constituem elementos-chave na substituição dos leitos asilares e de enfermarias psiquiátricas convencionais, evitando a simples desospitalização que, sem essa rede de apoio, provocaria a desassistência do portador de transtorno mental.

Além desses aspectos citados acima, esses dispositivos extra-hospitalares, tem outro papel fundamental: o de evitar a simples extinção de recursos financeiros da área de saúde mental, o que pode ser provocado através do fechamento das instituições convencionais, fator que tem que ser analisado com

uma certa rigidez uma vez que o atual contexto de políticas sociais neoliberais tem se apresentado como um vertiginoso desinvestimento nos programas sociais.

Sob essa lógica de raciocínio o processo de desinstitucionalização requer a conversão e desconcentração desses recursos, não somente como forma de implementar serviços substitutivos acessíveis dentro das próprias comunidades, de forma descentralizada, mas também como estratégia de evitar que esses recursos sejam apenas extintos.

[...] Esses serviços residenciais constituem, assim, a modalidade de serviços psiquiátricos associados com um maior nível de satisfação pelos usuários, do ponto de vista comparativo com os serviços fechados (Ramon, 1997). Do ponto de vista inverso, a ausência de uma moradia adequada constitui um fator altamente estressante e indutor de novas crises e re-internações psiquiátricas. E finalmente, a existência de moradia constitui a base fundamental dos processos de re-inserção de aumento das trocas e oportunidades sociais e do poder contratual dos clientes. Um bom e simples exemplo disso é o de que qualquer trabalho fixo exige a apresentação de um endereço fixo. (VASCONCELOS, 2000, p. 100-101).

Com relação à alocação de recursos financeiros para a implantação desses serviços, constata-se que estes não são necessariamente mais caros que os serviços hospitalares tradicionais, uma vez que pesquisas realizadas pela equipe do professor Knapp, no Reino Unido no instituto de Psiquiatria em Londres, as quais representam os estudos mais volumosos e avançados do país sobre custos comparativos de serviços psiquiátricos, vem mostrando que os custos de pacotes de serviços comunitários podem ser na verdade um pouco menor do que os custos das internações psiquiátricas tradicionais (VASCONCELOS, 2002).

A busca de conquistas de financiamentos específicos para a implantação de dispositivos mais diretos de re-inserção da comunidade de origem do usuário, como exemplo, o Programa de Apoio a Desospitalização (PAD), ou os de montagem de serviços residenciais terapêuticos vem encontrando resistências dentro do atual modelo de produção capitalista brasileiro. Prova disto, é que a portaria que regulamenta a criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Brasil foi aprovada somente no ano de 2000, sendo assim, em caráter de emergência, deve partir para a construção efetiva desses dispositivos de forma

descentralizada em cada esfera de governo, o que, se não for efetivado representará o risco de mantermos a concentração dos serviços tradicionais de saúde mental, ou então a sua extinção, sem a criação dos serviços extra-hospitalares, o que provocaria a desassistência do portador de transtorno mental.

O processo de reforma da psiquiatria no Brasil a partir dos anos 90 tem se intensificado com o aumento da criação dos serviços psiquiátricos substitutivos, principalmente de CAPS, paralelo a um processo de fechamento de leitos e instituições hospitalares.

Além disso, assiste-se também um processo de mudanças no interior das instituições hospitalares e asilares, proferidas através de portarias do Ministério da Saúde, no que tange ao aumento de número de profissionais, melhores condições de hotelaria aos doentes mentais, perfazendo assim, a instauração das novas exigências em torno do projeto terapêutico.

Alguns desses asilos estão incluindo em sua rotina a substituição das alas tradicionais por casas e/ou apartamentos, mais ou menos humanizadas, visto que na maioria dos casos, estas encontram-se dentro dos limites hospitalares.

Importante reforçarmos que toda essa produção teórico-prática em torno da psiquiatria é “fruto” das idéias revolucionárias de Basaglia, a qual tem representado um marco da fase de transição da psiquiatria tradicional para a psiquiatria moderna, o que segundo Santos (1987, p. 6) tem significado “tal ‘fase’ se traduz no que é ambigüidade e a complexidade da situação do tempo presente, um tempo de transição maior – a da ciência da modernidade”.

Nessa mesma linha de pensamento temos Basaglia (1985, p. 10) apud Amarante (2000, p. 22):

[...] se essa ‘fase’ é uma fase de transição não se sabe ainda o que esta por vir; e não sabemos qual será o próximo passo, porque essa não é uma realidade estática, em equilíbrio, mas em construção, de invenção prático-teórica, em relação direta e objetiva com a realidade que a cada momento se apresenta e se transforma.

Desta forma, temos no atual governo o prosseguimento dessa fase de transição em torno da psiquiatria com o lançamento do recente Programa Nacional de Saúde Mental, criado pela Lei nº 10.708 de 31 de julho de 2003⁷, que tem como estratégia o programa “De Volta Para Casa”. Esse programa é um dos resultados da luta anti-manicomial, e busca assinalar na atual realidade a ruptura de toda a tradição que colocou e ainda coloca os PTM, como inferiores, incapazes, perigosos, seres considerados de não saber o que é melhor para si mesmo, pois são silenciados pelos circuitos de humilhações imposto pelo modelo manicomial. Um modelo que condena o doente mental à prisão perpetua, sem o ritual de julgamento e testemunhas.

Esse programa representa um avanço na legislação adequando o tratamento aberto e comunitário, recomendado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e MS (Ministério da Saúde). Portanto muda-se a atenção em saúde mental, com os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos: NAPS, CAPS, Residências Terapêuticas, Cooperativas Sociais, Lares Abrigados.

Assim, ocorre a proposta de o usuário enfrentar o estigma da doença mental com mais facilidade, pois há o desenvolvimento de uma nova cultura que está sendo construída dentro da comunidade através das redes que se constituem em torno desses serviços.

A família também se torna um sujeito solidário dessa nova cultura, onde o “louco” deixa de ser o “bode expiatório”, para ser reconhecido como uma referência da subjetividade humana.

Diante do exposto, é possível constatar que houve uma série de avanços em torno da psiquiatria nas últimas décadas, como também uma série de limitações no que tange a implementação destas na prática, principalmente.

Porém o Brasil, mesmo diante de tais dificuldades e limitações, possui determinadas instituições individuais e Governos Municipais que vêm implementando alguns serviços residenciais como pioneiros, é o caso de: Porto Alegre, Campinas, Rio de Janeiro, etc... estes tem implantado uma rede de serviços extra-hospitalares que tem obtido grandes resultados.

⁷ Anexo F

Tais experiências devem ser divulgadas para todo o País de modo a demonstrarem que essas são estratégias viáveis ao sistema de desospitalização, servindo então de exemplo a outros Municípios que tem uma demanda de portadores de transtornos mentais extremamente alta, mas que, no entanto não possui uma rede de serviços extra-hospitalares para atender essa população.

Um grande exemplo que se encontra muito próximo de nossa realidade é o caso do Município de Pirapozinho, que conforme será apresentado no capítulo III, atualmente tem uma demanda de 1.300 pessoas acometidas de transtorno mental e oferece “tratamento especializado” por equipe multi-profissional, somente a 441 pacientes, sendo que esse “tratamento” é direcionado apenas aos doentes mentais, sem abrangência de suas famílias, o que vêm na prática configurar a não efetivação da atual política de saúde mental, ou seja, que possui em seu “corpo” o intuito de oferecer subsídios também as famílias desses PTM, como forma de inseri-las no processo de tratamento, o que seria um dos aspectos fundamentais para o desenvolvimento do tratamento da psicopatologia.

Muito embora o atual quadro histórico e social de políticas neoliberais não tenha representado um aspecto favorável ao pleno desenvolvimento e difusão dos dispositivos extra-hospitalares em saúde mental, tendo em vista que, as políticas neoliberais tem ocasionado, a precarização e sucateamento da assistência pública e dos serviços sociais, assim como a privatização e terceirização de serviços.

São esses fatores que devem nos impulsionar a estarmos sempre atentos aos diversos problemas e desafios decorrentes dessa realidade, que tem afetado a efetivação da política nacional de saúde mental. Portanto, é importante entendermos nesse contexto que essa realidade não pode ser reduzida somente às dificuldades de implantação desses serviços de substituição ao modelo hospitalar tradicional, o que nos levaria a “cair” no imobilismo.

Portanto, temos que buscar alocar os recursos financeiros dos sistemas psiquiátricos convencionais, os quais tem demonstrado baixa resolutividade, e reconvertê-los para efetivação política eficiente.

2.1 Breve relato histórico com relação à inserção da família como colaboradora dos serviços de assistência psiquiátrica ao PTM

As discussões em torno das relações familiares no que tange a sua participação e acompanhamento do portador de transtorno mental no processo de seu tratamento nos últimos tempos vem ganhando destaque entre os estudiosos que buscam formular novas teorias e cujo intuito é “quebrar” as teorias tradicionais que durante muito tempo culpabilizou e ainda insistem em culpabilizar as famílias pela emergência e cronificação dos transtornos mentais.

A primeira teoria formulada para justificar a culpabilização da família, foi o alienismo tendo como marco histórico, a emergência da sociedade moderna/burguesa.

No auge do crescimento do capitalismo a sociedade comandada pelo Estado burguês não admite que nada atrapalhe o seu crescimento, nesse cenário os portadores de transtorno mental não se adequavam às novas exigências, pois eram considerados como seres improdutivos, não sujeito de direitos, portanto teriam que ser excluídos do sistema. Assim, a solução encontrada foi enclausurar esses portadores de transtornos mentais nos asilos e relativamente aliená-los, tendo como estratégia as sistematizações de Esquirol que justificava o princípio do isolamento terapêutico seguindo como modelo exemplar o estrangeiro, que consistia no isolamento absoluto do doente mental.

As sistematizações de Esquirol atribuíam as atitudes de isolamento do doente mental como sendo elas necessárias pelos seguintes motivos:

- O primeiro era para defender a família das ameaças de alienação do doente mental;
- O segundo era que a família seria a propiciadora da alienação mental.

Nesse espaço contraditório, o alienismo provocou a cronicidade da doença mental. A partir desse entendimento Basaglia tornou-se um contestador ativo dessas justificativas de isolamento do PTM nos hospitais psiquiátricos, uma vez que para ele a família jamais poderia ser responsabilizada pelo surgimento da doença mental, e nem tampouco os PTM necessariamente teriam que serem

afastados de sua casa sob a justificativa de provocar alienação de outros membros de sua família.

Basaglia confere à família o papel de co-responsabilidade no tratamento do doente mental, para ele a família deve fazer parte do tratamento.

Para Basaglia estes aspectos eram utilizados como escudo do sistema capitalista para justificar a sua forma de produzir e reproduzir a moral dominante, assim como para o controle social.

Sob esse entendimento de Basaglia, o sistema asilar nesse cenário passa a ser julgado como uma instituição que no plano ético e jurídico viola os direitos humanos dos PTM, sem reconhecer-lhes os direitos de cidadania. No aspecto clínico, pela sua ineficácia terapêutica tornou-se um espaço cronificador.

Finalmente no aspecto sanitário o asilo é considerado e identificado como instituição burocrática e deficiente em termos de relacionamento humano, portanto, essas condições dos asilos reproduzem a própria cronicidade ao desenvolver um método terapêutico falido.

Sendo assim, definitivamente para Basaglia a família é vitimizada pela lógica capitalista e esses serviços asilares por meio da psiquiatria tradicional cumprem o controle social.

Nesse cenário de contestação do modelo asilar o Brasil passa a criar uma nova política de saúde mental pautada nas influências dos princípios extra-hospitalares sugeridos por Basaglia, a qual é resultante da pressão ocasionada pelos movimentos de reforma da psiquiatria iniciados no Brasil na década de 70.

Após várias experiências desses modelos extra-hospitalares, o Brasil, na década de 90, intensifica esse processo com a criação de uma série de legislações, porém tal intensificação ocorre na mesma época em que o Estado assume a condição de principal agente modernizador e impulsionador estrutural da acumulação capitalista. E nesse contexto, ocorre a retração do Estado em termos de gastos sociais, devido à estratégia neoliberal, o que tem repercutido na estrutura familiar, assim como nas suas funções, em especial com relação às mulheres que têm sido apresentadas como principal cuidadora, devido ao repasse

conferido a estas como membro cuidador de pessoas dependentes, dentre elas o portador de transtorno mental.

Diante do exposto para vencermos os milhares de desafios apresentados visando seguir a nova proposta de assistência psiquiátrica, é preciso coragem política para consolidar milhares de pessoas no intuito de discutir as dificuldades do “como fazer”, para implantar tais estratégias de desospitalização, pois, o “que fazer”, encontra-se muito bem definido na Lei nº 10.216/01 e nas Recomendações da 3º Conferencia Nacional de Saúde Mental de dezembro de 2001 e demais legislações.

No próximo capítulo trataremos a realidade do Município de Pirapozinho, no que tange ao enfrentamento da questão saúde mental de acordo os parâmetros contemporâneos, no qual poderá ser constatado o quanto essa política nacional de saúde mental não vêm sendo implantada de acordo com as recomendações das inúmeras legislações.

CAPÍTULO III

3 CENÁRIO DA PESQUISA: TABULAÇÃO, INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

O presente trabalho monográfico tem como espaço de pesquisa a UBS – II (Unidade Básica de Saúde II) “Drº Plínio Barreto”, situada a Rua Oscar de Toledo César nº 336, em Pirapozinho-SP.

A escolha desse espaço de pesquisa se deu pelo motivo de que uma das integrantes do grupo faz estágio nessa instituição pública municipal, desde o ano de 2003 na área de saúde mental, onde desenvolve suas atividades como estagiária juntamente com a equipe multi-profissional.

No que tange a pesquisa sobre a política de Saúde Mental da DIR XVI de Presidente Prudente a qual é repassada para o Município de Pirapozinho para que este possa desenvolvê-la, descreveremos sua composição de acordo com os dados obtidos no levantamento realizado em abril de 2.004 pelos setores de Serviço Social e Farmácia da UBS – II, entrevista com ex-gestor e equipe técnica.

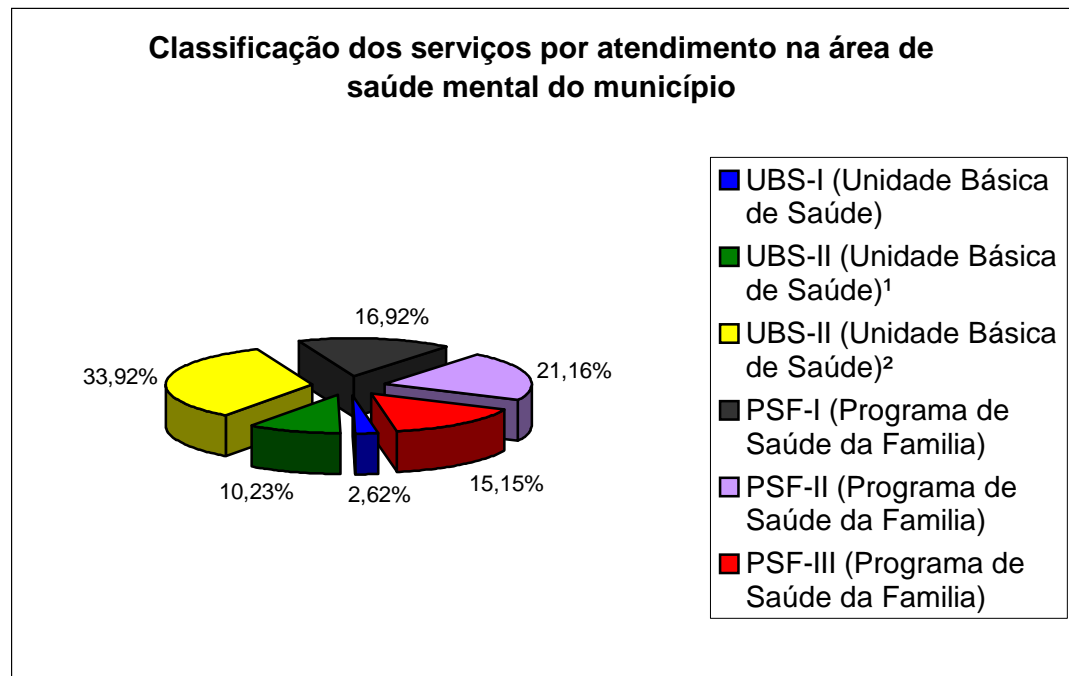
O levantamento aponta que há cerca de 1.300 (mil e trezentas) pessoas no Município acometidas por algum tipo de transtorno mental, as quais recebem tratamento na sua grande maioria somente medicamentoso, cujo medicamento é fornecido pelo setor de farmácia da UBS II, mediante receitas médicas prescritas pelos médicos clínicos gerais das UBS's (Unidades Básicas de Saúde) e PSF's (Programas de Saúde da Família), existentes no município.

Dessas 1.300 (mil e trezentas) pessoas, somente 441 (quatrocentas e quarenta e uma) recebem acompanhamento psiquiátrico especializado por equipe multi-profissional, sendo que as demais, ou seja, 900 (novecentas) são acompanhadas por 06 (seis) médicos clínicos gerais, dos quais 03 (três) atendem nas UBS's e 03 (três) atendem nos PFS's. Esta demanda de 900 (novecentos) pacientes que são atendidos por profissionais médicos sem especialização na área de psiquiatria se dá pelo motivo de que o município tem um número elevado

de pacientes com transtornos mentais e dispõe apenas de uma única equipe especializada para atender tal demanda.

Confira no gráfico abaixo a organização dos serviços de saúde que atendem a demanda da área de saúde mental do município, bem como o número de pacientes atendidos por cada uma dessas unidades.

FIGURA 1 – Classificação dos serviços por atendimento na área de saúde mental do município



Fonte: dados coletados na pesquisa, 2004.

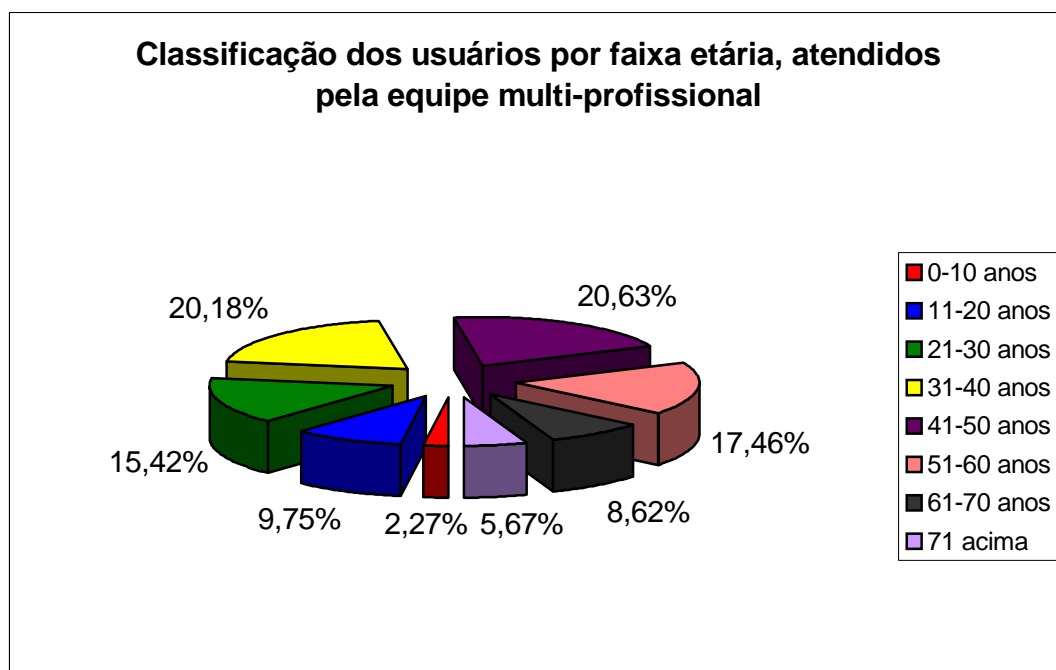
Equipes	Quantidades	%
UBS-I (Unidade Básica de Saúde)	34	2,62%
UBS-II (Unidade Básica de Saúde)	133	10,23%
UBS-II (Unidade Básica de Saúde) ²	441	33,92%
PSF-I (Programa de Saúde da Família)	220	16,92%
PSF-II (Programa de Saúde da Família)	275	21,16%
PSF-III (Programa de Saúde da Família)	197	15,15%
Total	1300	100%

²= Pacientes atendidos pela equipe de saúde mental da UBS II

Ref: abril/2004

Além dessa demonstração do gráfico acima, efetuamos também a classificação dos 441 (quatrocentos e quarenta e um) pacientes atendidos pela equipe multi-profissional na UBS II, por faixa etária, confira no gráfico logo abaixo.

FIGURA 2 – Faixa etária



Fonte: dados coletados na pesquisa, 2004.

Classificação por faixa etária	Quantidade	%
0-10 anos	10	2,27%
11-20 anos	43	9,75%
21-30 anos	68	15,42%
31-40 anos	89	20,18%
41-50 anos	91	20,63%
51-60 anos	77	17,46%
61-70 anos	38	8,62%
71 acima	25	5,67%
Total	441	100%

Ref. Abril/2004

O Município de Pirapozinho com relação aos Municípios vizinhos abrangidos pela DIR – XVI (Diretoria Regional de Saúde) de Presidente Prudente,

foi o pioneiro na implantação do serviço de atendimento a Pessoa Portadora de Transtorno Mental (PPTM).

A implantação dessa política de atendimento a PPTM no município, segundo o gestor de saúde municipal da época ocorreu da seguinte forma:

[...] A equipe multi-profissional de saúde mental, teve origem mediante uma série de 'encontros/ bate papos' entre a Coordenação da Unidade com os técnicos que atuavam na Unidade de Saúde, tais como: médica psiquiátrica, assistente social, fonoaudióloga, enfermeira, fisioterapeuta e psicólogas no ano de 1.991, cujas discussões faziam referência a implantação de uma equipe multi-profissional para o atendimento da demanda de portadores de transtornos mentais do Município. (ex-gestor de saúde do município)

Ainda, segundo o gestor de saúde municipal da época, o propósito de criação dessa equipe multi-profissional, tinha como objetivo:

[...] Adequar o município às diretrizes da Lei nº 8.080/90 que em seu artigo 7º, inciso IX, letras a e b, prevê a: “**descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo**”. E como nessa fase histórica o Município tinha como referência para encaminhamento desses pacientes somente o ambulatório de Saúde Mental de Presidente Prudente, ou os Hospitais de internação psiquiátrica: Associação Adolfo Bezerra de Menezes, Sanatório São João, Hospital Allan Kardec e Hospital Santa Maria de Pirapozinho. E, levando em conta também que havia uma grande discussão em termos de desospitalização das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos, a proposta de implantação da equipe multi-profissional foi lançada e conseqüentemente implantada no Município. (ex-gestor de saúde do município) (grifo nosso)

Nesse sentido o gestor de saúde da época nos relatou que:

[...] Após longas discussões no decorrer do ano de 1.991, esse projeto, foi colocado em prática em 1992, e segundo ele, obteve grandes resultados tais como: a diminuição das internações hospitalares. (ex-gestor de saúde do município)

A equipe era integrada por 08 (oito) membros, a saber:

- 01 médica psiquiátrica;
- 01 assistente social;

- 01 fonoaudióloga;
- 01 enfermeira;
- 02 psicólogas.
- 01 fisioterapeuta;
- 01 supervisora (informações do ex-gestor de saúde do Município)

O referido gestor de saúde municipal relatou também, que os trabalhos desenvolvidos pela mencionada equipe eram discutidos e avaliados da seguinte maneira:

[...] Os componentes da Equipe multi-profissional se reuniam semanalmente na própria Unidade de Saúde para discutirem os casos, trocar experiências, cujo objetivo era a **implementação de novas estratégias da política nacional de saúde mental, no município**, ou até mesmo a adequação das que já estavam sendo desenvolvidas, sempre visando garantir um bom atendimento para aqueles que necessitavam. A equipe contava na época com Supervisão quinzenal ministrada por uma Assistente Social de Presidente Prudente/SP, contratada pelo Município (ex-gestor de saúde do município) (grifo nosso).

[...] Além dessas reuniões quinzenais de supervisão da equipe realizadas na própria Unidade, uma vez por mês a DIR XVI realizava reuniões a respeito de saúde mental, e cada município enviava um representante da equipe, no caso de Pirapozinho o representante era a médica psiquiatra da Unidade (ex-gestor de saúde do município).

[...] Mediante as conquistas adquiridas no decorrer do trabalho desenvolvido pela equipe multi-profissional, o município solicitou junto a DRI XVI que fosse implantado um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) no município, porém, o mesmo até a presente data ainda não foi viabilizado, acredito que isso vem dificultando o atendimento desses usuários, uma vez que o município não conta com a rede extra-hospitalar para efetuar o encaminhamento desses pacientes, cujo recurso disponível é apenas a internação dos mesmos nos hospitais psiquiátricos de Presidente Prudente-SP. (ex-gestor de saúde do município)

Diante do exposto, a equipe multi-profissional foi implantada no município de Pirapozinho no ano de 1992, cuja política de atendimento encontra-se acima descrita, e como esse gestor de saúde mental que nos prestou as informações acima, não mais desenvolve a função de gestor na UBS II de Pirapozinho,

procuramos saber como está composta a equipe e como os trabalhos estão sendo desenvolvidos atualmente. Para tanto, solicitamos essas informações da Assistente Social que compõe a atual equipe.

Segundo relato da Assistente Social que compõe atual equipe multi-profissional, a mesma está constituída pelos seguintes profissionais:

- 01 Médica psiquiátrica;
- 02 Psicólogas;
- 01 Assistente social.

Cada um desses profissionais cumpre uma carga horária de 20 horas/semanais.

Essa atual equipe, segundo informações da Assistente Social tinha como proposta de trabalho a implementação do plano terapêutico de saúde mental no município a partir do ano de 1.999, cuja proposta era a seguinte:

[...] A equipe tinha propósito de desenvolver no município a partir do ano de 1.999 o plano terapêutico de saúde mental, previsto na política nacional de saúde mental, cujo objetivo é o atendimento na área preventiva e acompanhamento ambulatorial. Com referência ao âmbito preventivo a proposta era a implantação da psiquiatria comunitária, bem como a integração da Unidade com os demais setores do município, tais como: DMECL (Divisão Municipal de Educação Cultura e Lazer) DMAS (Divisão Municipal de Assistência Social) grupos comunitários e oficina terapêutica (que funcionava no hospital Santa Maria de Pirapozinho).Essa proposta encontrava-se dividida em prioridade.

- Prioridade I: alcoolismo e drogadição

Forma de atendimento: atendimento individual e grupal

Sugestão: implantação do CAPS

- Prioridade II: psicoses

Forma de atendimento: atendimento individual e grupal

Sugestão: ampliação da rede de atividades, ex: criação de uma oficina terapêutica no município.

- Prioridade III: Transtornos familiares

Forma de atendimento: atendimento individual e grupal

Sugestão: implantação da terapia familiar na UBS II

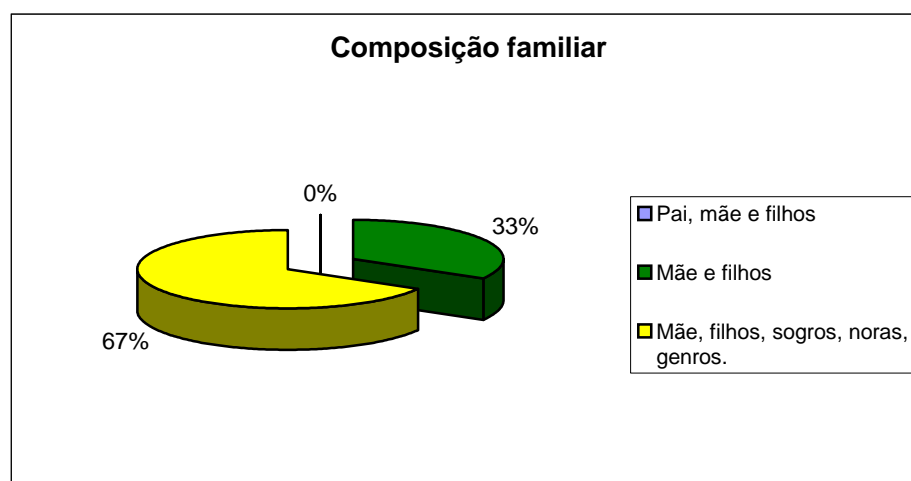
[..] Quanto ao âmbito de acompanhamento ambulatorial o objetivo da equipe era a realização dos atendimentos individuais e em grupos (psicoterápico, psicofarmacológico ou medicamentoso e de orientação) pelas áreas de: Psiquiatria, Psicologia e Serviço Social.

[...] Dessas propostas do Plano Terapêutico de Saúde Mental do Município, a única que foi implantada foi a Psiquiatria Comunitária, e funcionava no Distrito de Itororó do Paranapanema. Porém atualmente não funciona mais, pois a proposta atual da Coordenação da Unidade para a equipe de saúde mental é somente o atendimento ambulatorial, ou seja, atendimento somente na Unidade Básica de Saúde II. A equipe multi-profissional anualmente efetuava a avaliação do plano terapêutico de saúde mental implementado pelo município, visando medir o grau de resultados obtidos, sendo assim, este passou por avaliação no ano de 2.000 e 2.001, e os resultados obtidos nessas avaliações ocasionaram a desestimulação do trabalho da equipe, visto que a mesma não conseguiu implementar as propostas de nível preventivo do plano terapêutico, devido à falta de apoio da Coordenação da Unidade de Saúde, o que levou a esta a executar somente ações interna de atendimento individual e grupal aos usuários. Portanto, não fazendo nenhum trabalho de prevenção nem de nível interno ou externo.

[...] No ano de 2002 e 2003, o plano deixou de ser avaliado, a equipe teve a supervisão 'cortada' e como dito realiza atendimento somente a nível ambulatorial, não fazendo, portanto, o trabalho preventivo de caráter primário. (informações da Assistente Social da UBS II que compõe a atual equipe de saúde mental)

3.1 Apresentação da pesquisa realizada na UBS II de Pirapozinho, com o universo de 05 pacientes psicóticos e seus familiares, atendidos pela equipe multi-profissional

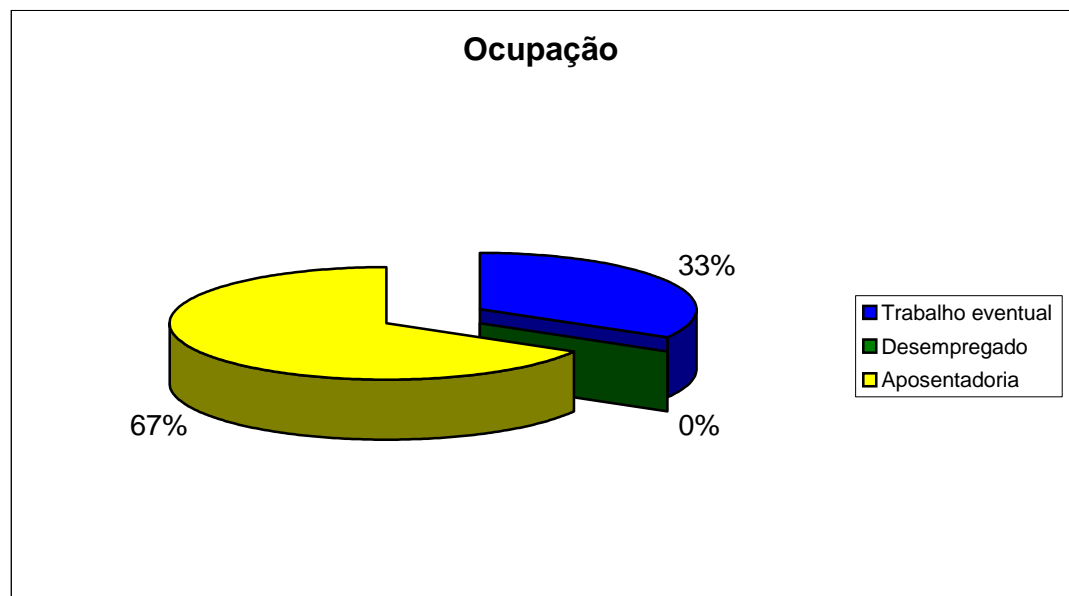
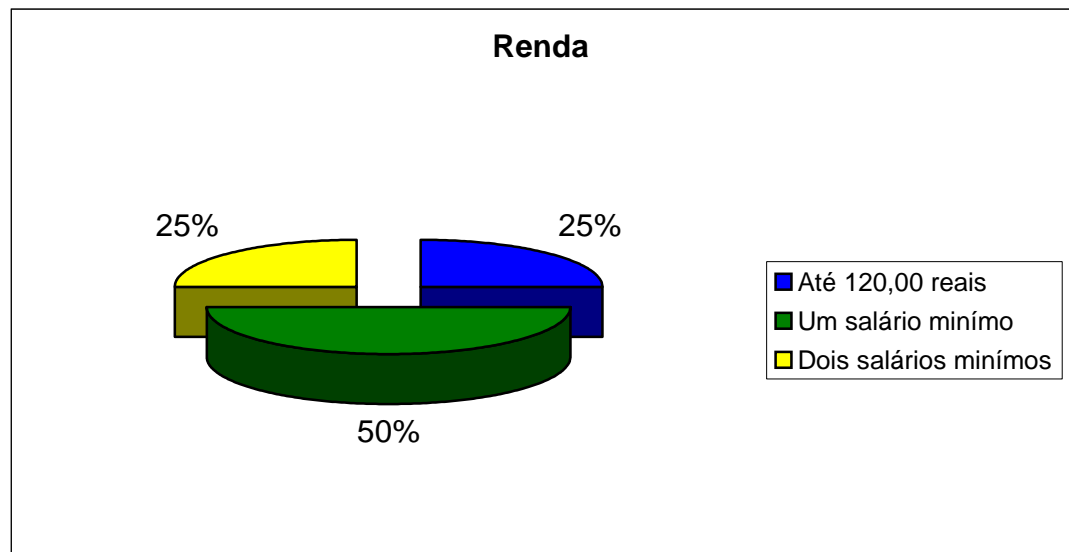
FIGURA 3 – Composição familiar



Fonte: dados coletados na pesquisa, 2004.

De acordo com a pesquisa amostral com as 05 (cinco) famílias entrevistadas, a figura acima demonstra que os arranjos familiares foram sendo metamorfoseados no decorrer da história social, pois aquele modelo de família nuclear, ou seja, aquela constituída por pais, mães e filhos, não é mais tão presente na sociedade contemporânea.

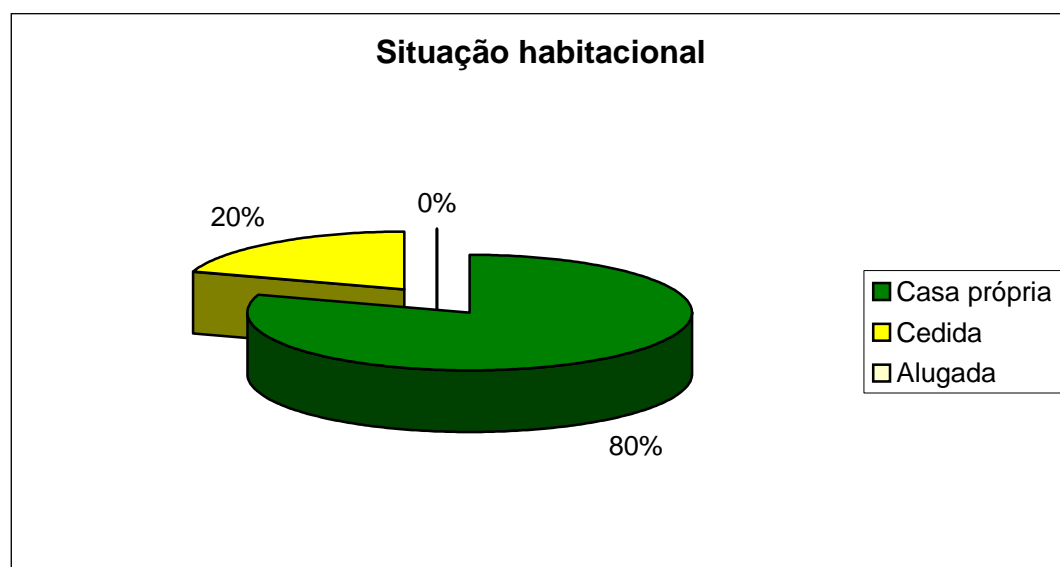
FIGURAS: 04 e 05 - renda e ocupação das 05 (cinco) famílias entrevistadas



Fonte: dados coletados na pesquisa, 2007

Os gráficos 04 e 05 acima indicam que as 05 (cinco) famílias que serviram de amostragem para a pesquisa, tem uma renda baixa que é oriunda na maioria das vezes da aposentadoria de um dos membros, o que leva as mesmas a terem que se lançar ao mercado de trabalho informal para a complementação da renda, tendo ainda famílias que por não ter uma fonte de renda fixa, sobrevivem somente do trabalho informal.

FIGURA 06 – Situação habitacional



Todas as famílias entrevistadas, residem em casa própria ou cedida, não foi constatado nenhum caso de aluguel conforme gráfico acima.

3.2 Visão dos técnicos, usuários e familiares em relação a participação da família no tratamento do PTM

Atualmente, existe um consenso entre os autores e pesquisadores que estudam a questão da doença mental, no sentido de que todos acreditam que é de suma importância a participação da família no processo de tratamento do PTM.

[...] Há uma leitura consensual sobre a importância e o significado que a família passa a assumir neste processo de reabilitação psicossocial, no entanto faz-se premente que medidas de subsidio e de amparo sejam organizadas para que os familiares possam concretamente assumir papel ativo neste percurso, sem que se sintam desamparados e desassistidos, o que refletiria negativamente nas possibilidades de a Reforma Psiquiátrica ser vivida como uma realidade. (CAVALHERI, 2002)

Concepção do usuário com relação a participação da família em seu tratamento.

[...] Minha mãe me acompanha no tratamento, minha irmã quando precisa me acompanha também. Desde o momento que fiquei doente (7 anos) toda a minha família esteve do meu lado, menos um dos meus tios que eu gosto muito, é a única pessoa que sinto falta. (usuária entrevistada)

“Acho muito importante a participação da minha família, mas infelizmente sempre vou sozinha nas consultas, isto me deixa triste, me sinto desprotegida.”
(usuária entrevistada) (grifo nosso)

Concepção da família em relação a importância de sua participação no processo de tratamento do PTM.

“Eu acho importante a família participar, mas quem tem que ‘curar’ meu filho é os médicos, a gente não pode fazer nada.” (familiar entrevistado) (grifo nosso)

Concepção dos técnicos em relação a participação da família no tratamento do PTM.

[...] Eu acho essencial no sentido de entender o que está acontecendo com o paciente, no sentido de que ele possa também continuar o trabalho dentro de casa, no sentido de estar estimulando esse paciente para a realização de atividades, e depois também porque a própria dinâmica familiar acaba gerando muitos distúrbios que a gente tem, então é essencial que a família participe para que a gente trabalhe essa dinâmica dentro dessa família de uma forma mais saudável, vamos dizer que o paciente psiquiátrico é o ‘porta voz’ dessa dinâmica familiar. (técnico entrevistado)

[...] Eu diria assim que é meio a meio, tanto é importante o trabalho da equipe quanto a família também tem a sua parcela de colaboração. A gente trabalha aqui algumas questões que deveriam ser estendidas até as famílias, então se é uma família que de certa forma colabora, participa que vem atrás que se interessa é lógico que isso vai ser melhor para a recuperação do paciente diferente daquelas que nunca vem, que às vezes quando a gente vai atrás, a família diz que é ele (PTM) que é doente, é ele que precisa de atendimento, é ele que me dá problema, então quando a família focaliza só aquele indivíduo como problema de tudo, realmente fica mais difícil. Agora quando a família interage com a equipe e com o próprio paciente aí é melhor para a recuperação do paciente. (técnico entrevistado)

[...] Eu acho que o benefício é muito grande, na medida em que a família entende o que está acontecendo com o paciente ela pode favorecer que o paciente seja mais saudável e depois a gente pode trabalhar com algumas dificuldades da dinâmica familiar isso ajuda realmente o paciente, fazendo com que você traga a família ao tratamento. (técnico entrevistado)

“Com certeza trazem melhoras o paciente consegue interagir melhor dentro de casa fora de casa até mesmo com o relacionamento entre outros funcionários da Unidade”. (técnico entrevistado) (grifo nosso)

Diante dos depoimentos acima, nota-se que os usuários sentem a necessidade da participação da família; e que estas não tem consciência da sua importância no processo de tratamento do PTM, a equipe técnica por sua vez tem demonstrado que é de suma importância a participação da família no tratamento do doente mental, visto que esta também necessita de um tratamento diferenciado no sentido de que a mesma possa compreender e atuar de forma mais substantiva na dinâmica familiar de modo a colaborar no processo de tratamento do indivíduo acometido de transtorno mental.

Nesse sentido, embora haja todo um consenso entre os teóricos e técnicos em relação a importância da família no tratamento do PTM, constata-se que no cotidiano não há nenhum meio que venha viabilizar tal participação da família, prova disto é o caso do Município de Pirapozinho que não possui nenhuma rede de apoio que venha a atender aos familiares dos pacientes PTM. Porém, devido a essa falta de programas de apoio à família, pode-se perceber que muitos familiares chegam ao estado de extrema inércia e falsa expectativa, ou seja, se tornam estáticas ao problema e ao mesmo tempo alimentam esperança em

relação à “cura” da psicopatologia (o que será explicado mais adiante) e conseqüentemente se posicionam de forma a acreditarem que o problema não é delas, que elas não podem fazer nada, depositando assim na equipe técnica a atribuição de solucionar o problema, conforme demonstra o depoimento abaixo:

[...] Existe muita resistência por parte da família em participar do tratamento do PTM, porque elas acham que só o paciente é quem tem problema e porque que elas não tem que participar, não tendo consciência da sua importância, isto faz com que os profissionais passem a conscientizar essas famílias em relação a sua importância no processo de tratamento do PTM. (técnico entrevistado)

Essa falta de esclarecimento da psicopatologia dos familiares cuidadoras acarreta na “culpabilização” das mesmas, pelo surgimento e permanência da doença.

No momento que os familiares cuidadores se vêem sem saber o que fazer com essa realidade que é presente em suas vidas, eles fazem questionamentos à equipe técnica referente à patologia desse indivíduo. Essa família não recebe esclarecimento suficiente para que possa direcionar sua ação para com o ente adoecido, recebem apenas respostas vagas como essas citadas logo abaixo.

“Os médicos dizem que é assim mesmo, que é pra gente ter paciência.”
(familiar entrevistado) (grifo nosso)

[...] Todas as vezes que minha filha foi atendida no posto de saúde de Pirapozinho, ninguém nunca me explicou nada. Lá no hospital São João de Prudente a psicóloga sempre me chama pra conversar e fala para eu ter paciência com ela.” (familiar entrevistado)

“A médica do posto de saúde me disse que a minha mãe tem uma mancha no cérebro, só isso que ela fala.” (familiar entrevistado) (grifo nosso)

Essa realidade não esclarecida é presente porque em alguns serviços de saúde pública não existe o desenvolvimento de um trabalho que conscientize essas famílias quanto à importância de sua participação no tratamento, é o caso do Município de Pirapozinho.

“Nunca tive nenhum esclarecimento, pois nunca acompanhei minha esposa no tratamento.” (familiar entrevistado) (grifo nosso)

Conversando com esse familiar acima durante a entrevista ele nos disse ainda o seguinte:

“Eu não levo ela (esposa) no posto de saúde mais se tiver que eu ir eu vou” (familiar entrevistado) (grifo nosso)

Essa situação não esclarecida acarreta aos familiares o sentimento de impotência, uma fraqueza que elas incorporam para si como se fossem elas (famílias) culpadas pelo surgimento da doença mental, bem como a sua cronificação.

“Me sinto impotente não sei o que fazer acho que não levo jeito para lidar com essa situação, as vezes gostaria de ser mulher, quem sabe assim eu saberia cuidar dela (mãe) melhor.” (familiar entrevistado) (grifo nosso)

Importante ressaltarmos que essa falta de esclarecimento e/ou conhecimento da família em relação à psicopatologia, não é algo que ocorre naturalmente na sociedade brasileira, mas sim, é apenas um dos resultados das profundas transformações sócio, política e econômica ocorridas no decorrer da história do sistema capitalista de produção.

Nessa ocasião, daremos ênfase as transformações oriundas do projeto neoliberal, o que tem minimizado a ação do Estado nas políticas sociais e

alargado a participação do mercado no que tange ao oferecimento dos serviços de cunho básico, tais como: saúde, habitação e educação, por meio da privatização das instituições públicas que antes do neoliberalismo eram administradas pelo Estado, o que vem gerando o desmonte dos direitos sociais, atingindo em cheio a saúde mental.

Nesse sentido, na concepção de Chioro & Scaff [2000?], o desmonte do setor público ocorre da seguinte forma:

[...] Aprofunda-se o processo de desmonte do setor público, enfraquecendo e desrespeitando o controle social, através dos baixos e congelados salários (mais de 1000 dias sem reajuste), demissões em massa, fechamento de leitos, desabastecimento, e etc. Do ponto de vista ideológico argumentam para a opinião pública que a crise é determinada pelo corporativismo⁸ e ineficiência do Estado e que, portanto, a saída se dará através da progressiva privatização, ficando o Estado responsável quando muito, pelas ações básicas de saúde e as medidas de saúde pública. O restante deverá ser assumido, pela proposta do governo, pelo setor privado e controlado não mais pela sociedade, mas sim pelas regras de mercado.

O Município de Pirapozinho encontra-se plenamente enquadrado nesse contexto de desmonte dos direitos sociais, pois não tem implementado os serviços estipulados na política nacional de saúde mental, portanto não tem oferecido nem sequer o mínimo de atendimento aos portadores de transtornos mentais, o que relativamente também não é oferecido às famílias.

Na concepção de Luiz (2000), apud Cavalheri, (2002) a participação da família tem a seguinte importância:

[...] No Brasil, a desinstitucionalização veio a consistir num termo atribuído aos reformadores, mas utilizado com diferentes propósitos: representar a negação do asilo como tratamento, e a substituição por novas práticas que realçam a participação efetiva das famílias e dispositivos comunitários na assistência; símbolo da perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social.

⁸ Corporativismo: doutrina ou prática de organização social baseada em entidades representativas de categorias profissionais. Defesa dos interesses ou privilégios de um setor organizado da sociedade em detrimento do interesse público.

Com base no relato dos usuários, nota-se que o PTM sente a necessidade da participação da família no tratamento, visto que na maioria das vezes que não recebem esse acompanhamento familiar, se sentem desprotegidos, desamparados e sozinhos...

No entanto, a política de saúde mental tem como foco a substituição das internações hospitalares pelos serviços de apoio com a participação da família desempenhando seu papel de co-responsabilidade. Porém, na realidade, a pesquisa constata que a família por não ter esses serviços de apoio está arcando com a responsabilidade de provimento aos cuidados do PTM.

[...] A efetivação do processo de desospitalização com o incentivo do Estado, a não criação de estruturas de apoio para o processo de desinstitucionalização do portador de transtorno mental, gerou desamparo aos doentes. A redução da responsabilidade do Estado tem acometido as famílias com a responsabilidade de provimento de cuidados ao portador de transtorno mental. (WITIUK, 2003, p. 4)

Essa inexistência da ação estatal no que a tange à efetivação dessas políticas de apoio ao PTM e sua família acaba gerando a desassistência do PTM.

[...] A ameaça de desassistência aumenta, com um certo beneplácito do próprio movimento de luta antimanicomial que, ao ressaltar apenas os aspectos negativos das estruturas asilares, omitem a dimensão historicamente positiva que cumpriram ao assegurar o direito do usuário a um local apropriado de refugio nos períodos de sofrimento psíquico, e do direito da família à co-responsabilidade pública com o cuidado e tratamento de seus membros com problemas mentais. Vasconcelos (1992, p.67) apud Witiuk (2003, p. 4)

Outro aspecto constatado pela pesquisa é a questão do preconceito que está presente no cotidiano do PTM. Tal preconceito não é algo natural, mas algo que advém de toda uma conjuntura sócio, econômica e política, o que rebate nas relações intra-familiares, ocasionando a não participação das famílias no processo de tratamento do PTM, haja vista que essa ausência de participação ocorre em virtude da inexistência das redes de apoio, que serviriam de

mecanismos para o desenvolvimento da consciência familiar em relação a psicopatologia, ocorrendo assim a desmistificação do preconceito.

[...] Eu acho importante a participação da minha família, aqui em casa só minha mãe é quem me acompanha, os outros acham que eu sou vagabundo. Tenho um irmão que as vezes me defende, ficando bravo com as outras pessoas da família, que falam mal de mim. (usuário entrevistado)

[...] Eu só consigo arrumar emprego para trabalhar com parentes ou amigos, fora disso ninguém quer. Eu ainda tenho um sonho de conseguir terminar meus estudos para trabalhar numa firma, é o meu sonho. (usuário entrevistado)

[...] Eu acho que não é a família, na minha opinião o Brasil infelizmente é um país um pouco atrasado, a saúde mental é vista como a 'loucura', é vista no sentido da doença, não da saúde mental, as pessoas só pensam na doença, tem medo da loucura, há o estigma, o preconceito na família e na comunidade que o psiquiatra é médico de "louco", a gente ouve isso até hoje. Os pacientes morrem de vergonha tem uns que vem aqui (posto de saúde) e escondem o cartão no bolso e fala pra gente que morre de vergonha de falar que esta tratando com a psiquiatra, que passa por psicólogo porque o povo vai achar que eu estou ficando 'louco', isto faz com que muitos pacientes deixem o tratamento pelo meio. Eles tem medo de falar na firma onde trabalham que fazem tratamento psiquiátrico, falam que vão ser mandados embora, infelizmente na realidade a gente sabe que é assim mesmo, pois se o empregador sabe que o seu funcionário tá fazendo tratamento psiquiátrico o mais breve possível ele demite esse paciente. (técnico entrevistado)

Nota-se, nesse sentido que o preconceito no que tange a especificidade doença mental, é estritamente maior, visto que a sociedade não "enxerga" a patologia desse indivíduo enquanto doença, mas sim como anormalidade, o que ocasiona a exclusão desses indivíduos do meio social.

[...] A família participar do tratamento é fundamental se não tiver essa participação o paciente se sente excluído, aumenta ainda mais a psicopatologia no caso de uma depressão a tendência é a piora e se for o caso de uma psicose o paciente não tem condições nenhuma de melhorar, fica desestimulado a tendência é totalmente a piora. As famílias não tem participado porque ainda hoje tem aquela coisa de que o paciente de saúde mental é "louco" que não tem mais nenhuma perspectiva de vida, eles querem mais realmente é se ver livre do paciente, dizendo que a gente (profissionais) que tem que cuidar, 90% das famílias querem internação do paciente, às vezes a família quer até a internação definitiva. (técnico entrevistado)

A situação em que se encontra a questão da participação da família no tratamento do PTM, muitas vezes leva os técnicos da área de saúde mental a “culpabilizar” essa família que por não saber lidar com o doente em casa, optam pela internação do mesmo.

Portanto, é importante que se leve em consideração que essas famílias, ao se recusarem em cuidar do doente em casa, estão simplesmente reproduzindo o processo de exclusão gerado pela não efetivação dos programas de proteção social, que venham atender suas necessidades.

Nessa lógica, essas famílias, ao excluir o doente mental, anteriormente já foram excluídas pelo Estado, visto que atualmente a ordem econômica é pautada nos princípios neoliberais, que em resumo se caracteriza na diminuição dos direitos sociais, inclusive os direcionados à área de saúde mental, o que tem gerado a desassistência e desamparo aos PTM e seus familiares.

Outro fator relevante em relação a política neoliberal, são as transformações do mundo do trabalho que por sua vez tem rebatido na organização da família, conforme evidencia a citação abaixo:

[..] As mudanças no mundo do trabalho e sua precarização, que transforma um contingente cada vez maior de mulheres em “chefes de família” e ausência do pai fragiliza ainda mais os vínculos familiares, o fato de uma mulher assumir sozinha o cuidado dos filhos traz uma sobrecarga. Podemos destacar ainda que a condição Biológica da mulher de ser mãe não lhe dá condições inatas de estabelecer vínculos de afeto com filho, o amor o afeto acontecem através da convivência e para que possa acontecer é preciso que condições de sobrevivência econômica física e emocional estejam presentes (WITIUK, 2003, p. 1)

Segundo a citação supramencionada, constata-se, que devido a todas as transformações do mundo do trabalho, o crescimento tecnológico, a globalização, a inserção da mulher no mercado de trabalho, gerou uma sociedade mais competitiva, individualista, onde os valores estão pautados no consumismo, o que ocasiona na família a necessidade de adentrar a este mercado de trabalho como forma de garantir sua sobrevivência e de sua família.

Esse contexto veio ocasionar nas famílias a necessidade de todos os membros saírem para o mercado de trabalho, inclusive a mulher. Todavia, a partir

desse momento que a família se vê obrigada a se enquadrar aos padrões da sociedade moderna, esta acaba gerando uma deficiência dentro de seu próprio lar, visto que já não há mais tempo para as relações cotidianas, tais como: diálogo, lazer, troca de experiências, enfim houve a redução dos momentos de afetividade.

Nesse sentido o familiar cuidador, por haver a necessidade do trabalho, encontra-se impossibilitado de acompanhar seu ente doente, visto que nem sempre consegue dispensa do serviço.

“A dificuldade é ter que acompanhar minha filha nas consultas, e visitar ela quando fica internada, pois trabalho e fica difícil pedir dispensa todas às vezes.”
(familiar entrevistado) (grifo nosso)

“O que elas (famílias) mais reclamam: eu trabalho e não posso vir nesse horário”. (técnico entrevistado) (grifo nosso)

Reforçando essa discussão em relação às bruscas transformações contemporâneas, descreveremos um caso que alguns membros da família, em certas circunstâncias de extrema necessidade, são levados a se ausentar por determinado tempo em busca de melhores condições de vida, isto porque nem sempre a localidade em que residem dispõe de condições de trabalho para permanecerem ao lado do membro acometido de transtorno mental.

Diante dessa realidade o membro “cuidador”, mesmo sem ter a intenção de se distanciar de seu ente doente, é conduzido a tomar tal atitude.

[...] Minha mãe é muito apegada comigo, não consigo arrumar emprego aqui, eu e minha esposa recebemos uma proposta para ir embora para trabalhar fora. Quando falei pra minha mãe que ia embora trabalhar, arrumar a vida, e depois voltaria para levar ela para morar comigo, ela só sabe falar que vai se matar, mas eu preciso ir, tenho que trabalhar, não dá para ficar aqui sem trabalho. (familiar entrevistado)

Além da dificuldade financeira que acarreta na ausência do familiar no tratamento do doente, as famílias tendem a sofrer com outro problema: a falta de medicamentos destinados ao PTM.

[...] A dificuldade que temos é a falta de dinheiro, vivemos da aposentadoria de um salário mínimo do meu pai, quando minha esposa precisa de comprar alguma medicação que não tem no posto de saúde, a gente não compra, não temos dinheiro para comprar, aí ela fica ruim de novo e tem que ser internada de novo. (familiar entrevistado)

[...] O paciente de saúde mental tem direito ao tratamento e a medicação, só que é o Estado quem manda o remédio e com a crise que há no governo muitos dos remédios faltam, quando não faltam demoram pra vir, aí o paciente fica sem, ele não compra porque esses remédios da psiquiatria são extremamente caros, principalmente aqueles que tem indicação de alto custo. (técnico entrevistado)

Com base no relato do familiar e do técnico entrevistado nota-se, que todas as vezes que faltam medicamentos na Unidade de Saúde esses pacientes ficam sem tomar a medicação, o que ocasiona o regresso do tratamento, visto que essas famílias não possuem condições financeiras para comprar tais medicamentos, por estes serem de alto custo.

Além da falta de uma estrutura de apoio, falta de medicação, constatamos também que os familiares não tem clareza do diagnóstico do PTM, visto que a expectativa das famílias em relação a doença é sempre a de que o paciente fique “curado”, e segundo a médica psiquiatra entrevistada na UBS II, pacientes psicóticos se forem bem medicados poderão controlar essa patologia, porém jamais serão ‘curados’ .

“Eu espero que meu filho consiga uma psicóloga que abra a cabeça dele e ele fique ‘curado’”. (familiar entrevistado) (grifo nosso)

“Desejo que ela melhore logo e leve uma vida normal.” (familiar entrevistado) (grifo nosso)

“Eu espero que ela fique boa logo”. (familiar entrevistado) (grifo nosso)

Segundo o relato de um dos técnicos entrevistados a psicose não tem “cura”, o que vem demonstrar o quanto essas famílias não tem clareza e/ou esclarecimento da psicopatologia.

[...] A psicose a gente sabe que não tem cura, a psicose é uma doença mental grave, é uma doença degenerativa, então ele vai perdendo a capacidade intelectual, crítica, tudo isso ele perde com o passar do tempo, só tem piora não tem melhora, mas hoje com os medicamentos modernos além de que a psiquiatria é a especialidade que tem a medicação mais cara, mais em compensação é a que mais evoluiu, que mais remédios a gente tem hoje, então com esses novos remédios a gente tem condição de estar controlando muito bem essas patologias. (técnico entrevistado)

Tendo em vista que a família acredita na possibilidade de “cura” da doença, nota-se que tal comportamento é conseqüência da não conscientização da mesma em relação à patologia. Consciência essa que deveria ser trabalhada pela equipe multi-profissional. Porém, com toda a ineficácia do sistema de saúde pública, esses profissionais da área de saúde mental, têm consciência de que, para o bom desempenho do tratamento, eles devem trazer a família para dentro da unidade de saúde para que ela também participe. Por falta de um espaço de orientação, e a falta de um número de profissionais maior para atender a toda a demanda, assim como a falta de recursos financeiros não conseguem realizar seus trabalhos adequadamente.

[...] Se a gente tivesse um espaço aberto para oferecer a essa família a orientação, e a família por opção dela não viesse, então ai realmente é um caso que atrapalha, porque o paciente fica estigmatizado, fica rotulado, então se a gente tivesse esse trabalho para desmistificar um pouquinho isso na cabeça das famílias, agora como a gente não tem de uma certa forma só se trabalha com a demanda que procura, atrapalha, atrapalha muito, mas a gente tem que dividir um pouquinho as coisas porque elas (família) não tem esse trabalho, a gente não pode culpá-las porque elas não tem informação. (técnico entrevistado)

Embora, tenhamos todo um aparato legislativo que expressa que a “saúde é direito de todos e dever do Estado” (Constituição Federal de 1988), podemos presenciar diariamente a dificuldade da efetivação da política de saúde mental, principalmente agora devido ao ideário da política neoliberal.

Frente a este quadro podemos observar que grande parte da população não tem seus direitos sociais garantidos, os quais foram conquistados historicamente através dos movimentos de luta da sociedade, e que hoje estão sendo desmontados por meio da política neoliberal, ou seja, estão sendo naturalmente “cortados.”

Diante dos relatos dos usuários, familiares e equipe técnica, constatamos que embora se tenha toda uma construção teórica em relação à importância do acompanhamento da família no tratamento do PTM iniciada a partir do século XX, temos uma deficiência muito grande nos serviços públicos que atendem essa demanda que é a família.

Na Lei nº 10.216/2001, em seu artigo 2º, parágrafo único, inciso VII temos:

“Art 2º- Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único desse artigo.”

“Parágrafo único: São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:”

“VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.”

A Constituição Federal de 1.988, Título VIII – Da Ordem Social, Seção II, artigos 196 ao 200, são destinados somente à política de saúde.

Nesse sentido o artigo 196, nos diz que:

[...] Artigo 196- A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (C.F. 1988)

A política de saúde em geral, no que tange ao avanço legal, está bem estruturada, porém, a efetivação dessas políticas públicas de saúde não são nem um pouco condizentes ao que está na Legislação.

Temos sim, é políticas públicas de saúde deficitária em instituições sucateadas, sem a menor condição de oferecer um serviço digno às pessoas, com um quadro de funcionários especializados irrisório, onde as pessoas diariamente tem seus direitos de cidadania lesados.

Elias (2003, p. 93) com relação a organização dos serviços de saúde brasileiro nos diz:

[...] A organização dos serviços de saúde no Brasil expressa, quer em termos de sua produção, quer em termos do acesso da população, uma lógica fortemente influenciada pelos aspectos econômicos, e portanto, mediada por mecanismos de mercado, em detrimento de uma lógica regida pelas necessidades sociais, nelas incluídas as de saúde. Nestes termos, esta lógica termina por reproduzir de modo perverso os mecanismos determinantes das desigualdades (inter e intra-regionais, clivadas pelo desenvolvimento econômico que apresentam) e da exclusão social, acentuando ainda mais a marginalização de parcelas significativas da população.

Com toda essa deficiência em torno da saúde pública, o Estado Neoliberal em nenhum momento assume as responsabilidades dessa não efetivação dos direitos do cidadão, cada vez mais tem colaborado com a lógica do mercado, com a privatização dos serviços públicos, visando sempre favorecer o mercado de modo a abrir espaço para que os donos do capital criem instituições privadas, o que beneficia somente uma parcela mínima da população. Enquanto que grande parte desta população fica a mercê de uma saúde pública defasada, o que atinge conseqüentemente o setor de saúde mental que é o nosso foco de estudo.

Segundo Elias (2003, p. 94) essa atual política de saúde resulta em um:

[...] Sistema de Saúde restritivo quanto à cobertura oferecida, extremamente segmentado na produção e no acesso aos serviços, iníquo no atendimento das necessidades sociais, e absolutamente desigual no tratamento dispensado aos usuários, tornando na prática letra morta os preceitos constitucionais aprovados em 1.988 e boa parte das leis que compõem o arcabouço legal do SUS.

Com todo esse descaso com que é tratada a saúde pública por parte do Estado, a saúde mental, com o processo de reforma da psiquiatria iniciado no Brasil na década de 70, tem encontrado dificuldades em colocar em prática as conquistas da mencionada reforma.

Enfim, para que toda a conquista resultante do processo de reforma psiquiátrica não seja apenas mais um registro de boas intenções na agenda pública e sim um fato concreto, é preciso que todos (família, usuários e profissionais) assumam a sua responsabilidade, para que juntos construam uma nova trajetória...

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Objetivo deste estudo monográfico consiste em contextualizar como se dá a participação da família no processo de tratamento do PTM, bem como a sua importância nesse processo, tendo em vista que no início do desenvolvimento do mencionado estudo a hipótese levantada pelo grupo era de que a família se negava pura e simplesmente em participar do processo de tratamento do seu familiar adoecido, uma vez que no campo de estágio de uma das integrantes do grupo foi constatada a ausência de grande parte das famílias em tal processo.

Diante do exposto o grupo ao dar início às pesquisas bibliográficas e de campo passou a constatar que realmente existia a ausência da família no tratamento do PTM. Porém, cabia no desenvolver da pesquisa entender as razões pelas quais ocorria essa não participação.

A partir daí foi possível constatar através das pesquisas que essa realidade era resultante de um processo histórico que envolve vários atores e circunstâncias sócio-econômicas e culturais, as quais rebatem na vida de todas as famílias principalmente daquelas que tem um membro que necessita de cuidados, dentre estes o PTM.

Tais concepções surgiram mediante estudos teóricos, bem como através da pesquisa de campo que nos possibilitou o conhecimento do cotidiano dos atores sociais, como: usuário, família e equipe técnica.

As profundas transformações econômicas, sociais e políticas da contemporaneidade principalmente aquelas ocorridas na esfera do Estado têm imprimido uma política neoliberal com alargamento do espaço privado e encolhimento da esfera pública determinando o desmonte dos serviços públicos, afetando de forma significativa à área da saúde.

A partir de tais transformações aqueles que dispõem de um poder aquisitivo mais elevado pagam pelos serviços privados com qualidade, em contrapartida aqueles que não tem condições financeiras ficam a mercê dos serviços públicos que por sua vez são deficitários, fator que tem atingido todos

segmentos da sociedade em especial a área da saúde pública, que aqui merece destaque visto que é foco desse estudo.

Dentro dessa perspectiva de redução dos direitos sociais as relações intra-familiares passaram a ser modificadas constantemente, uma vez que todos membros da família passam a adquirir novos papéis. A mulher por sua vez, “que historicamente é considerada como principal cuidadora de pessoas dependentes” assume mais uma atribuição, passando nesse contexto, a ser também responsável para com o sustento da casa, por meio do trabalho extra-domiciliar.

Diante dessa realidade as famílias que possuem em seu meio um membro acometido de transtorno mental, tendem a sobrecarregar-se dificultando a sua participação no processo de tratamento do PTM. No decorrer da pesquisa de campo muitas famílias relataram que a sua ausência no tratamento do doente mental ocorre devido à falta de disponibilidade de tempo e não porque elas não querem, ou por não acharem importante a sua participação.

Além da questão da disponibilidade de tempo das famílias, a pesquisa constata também, a existência de outro fator que tem contribuído para a não participação da família: a falta de esclarecimento referente à psicopatologia do PTM o que gera nas famílias um pensamento pautado no “senso comum”, onde elas não “enxergam” a sua real importância nesse processo de tratamento da psicopatologia.

A falta de esclarecimento adequado faz com que a família permaneça inerte e até mesmo indefesa aos preconceitos da sociedade dominante no sentido de reforçar a posição do PTM, qual seja: desconsiderando o PTM enquanto um ser social, portanto, sem condições de viver em sociedade.

O desconhecimento da psicopatologia é de tal modo que as famílias acreditam na possibilidade de “cura” da doença.

Todos esses aspectos constatado no decorrer da pesquisa contribui para a desmistificação da hipótese apresentada inicialmente, qual seja: de que a família não participa do processo de tratamento do PTM, por falta de vontade própria.

Portanto, a pesquisa constata que a família nada mais é do que vítima desse processo de profundas transformações do contexto sócio-econômico e

cultural. A família na verdade é vítima da não efetivação da política de saúde mental que não tem proporcionado condições de integração entre PTM e família no processo de tratamento, tal como prevê a atual política de saúde mental.

Sendo assim, esta não efetivação da política contradiz os preceitos constitucionais da Carta Política de 1988, a lei maior de nosso país, que em seu artigo 196 prevê a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Diante do exposto verifica-se que no Município de Pirapozinho, a política de saúde mental não tem se efetivado, basta atentarmos para o fato de que o Município dispõe apenas de uma única equipe multi-profissional para atender toda a demanda existente.

Em virtude da demanda ser composta por um número de 1.300 pacientes, portanto, um número muito elevado, a grande maioria fica sem atendimento “especializado”, haja vista que desta demanda somente 441 usuários recebem atendimento e acompanhamento ambulatorial oferecido pela mencionada equipe técnica.

O Município além de conviver com a escassez de profissionais da área, não conta com o apoio das redes extra-hospitalares, as quais são resultantes da proposta da política de saúde mental atual, que tem como estratégia à criação das redes extra-hospitalares, tais como: CAPS, Residências Terapêuticas, Lares abrigado, etc.

Nesse sentido a equipe multi-profissional do Município de Pirapozinho por não contar com essa rede de apoio tem como referencia para encaminhamento dos pacientes com crise psíquica somente os dispositivos asilares/hospitalocêntricos, modelo este que tanto foi negado pelos movimentos da reforma psiquiátrica, em virtude de ter ocasionado a incurabilidade da doença mental, por ter caráter de segregação e isolamento do PTM, mas que ainda é presente em nossa realidade.

Assim, a família dos Portadores de Transtornos Mentais não tem participado do processo de tratamento não por falta de compromisso, mas devido aos fatores que determinam esta não participação.

Por fim, esperamos que esse trabalho possa trazer à reflexão dos leitores sobre a questão da participação da família no processo de tratamento do PTM, e que antes de saírem fazendo julgamentos pautados no “senso comum” possam fazer uma (re) leitura da realidade, buscando desmistificar as razões pelas quais muitos dos fenômenos sociais acontecem, sob pena de também atribuírem as famílias desses PTM a culpabilização pela doença mental, por serem estas taxadas historicamente de se eximirem do processo de tratamento do PTM por escolha própria.

Como se viu a não participação da família se dá não porque ela não quer, mas pela existência de muitos fatores determinantes de tal conduta. E pela falta de conhecimento da psicopatologia que faz com que elas ignorem que a sua participação no processo de tratamento é importante para a (re) inserção do PTM no meio social.

A tarefa não é fácil, todavia com vontade política e os esforços da sociedade em geral nada é impossível, é preciso que se tenha consciência de que a família sozinha não pode incumbir-se de promover o bem estar de seu PTM.

REFERÊNCIAS

AURÉLIO, B. H. F. (Ed.). **O minidicionário da língua portuguesa**: Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. (Os pensadores, 7).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **De Volta para Casa**: manual do programa. Brasília, 2003. (série A. normas e manuais técnicos)

BUENO, S. (Ed.) **Minidicionário da língua portuguesa**: São Paulo, FTD, 2001.

CASTRO, A. C. O. **A inserção da pessoa portadora de deficiência mental leve, da apae de Presidente Prudente, no mercado de trabalho**. 2001. 87 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente, 2001.

CARTTER, B. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. (Os pensadores, 2).

CAMILA, R. **O poder hierárquico na instituição psiquiátrica**. Curitiba, 1998. Disponível em: <<http://www.geocities.com/SOHO/Veranda/6386/foucault/ier.htm>>. Acesso em: 19 abr. 2004.

CAVALHERI, S. C. **Importância da família na saúde mental**. Acolhimento e orientação a família. Campinas, 2002. Disponível em: <<http://www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm>>. Acesso em: 24 ago. 2004.

FAMILIAR deficiente. **O centro de tudo**. Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com.Br/analuci3.php>>. Acesso em 01 out. 2003.

FOGAÇA, E. C. **A saúde mental em questão**: enfoque do usuário dos serviços de saúde mental terciário em Presidente Prudente-SP. 1993. 91 f. (Monografia de

Pós-Graduação em Serviço Social) – Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente, 1993.

GIANNOTTI, J. A. **Certa herança marxista**. São Paulo: Schwarcz, 2000.

MADEIRA, A. F. **O lar abrigado do hospital Santa Maria de Pirapozinho como espaço para exercício de cidadania**. 2002. 73 f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Faculdades Integradas “Antonio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente, 2001.

MEDEIROS, A. P. R. R. **O olhar de quem convive**. 1997. 139f. Dissertação (Mestrado em serviço social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.

MELMAN, J. **Família e doença mental** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção a saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 4 ed. rev., atual. Brasília, 2004.

REABILITAÇÃO psicossocial. **Abordagem geral**. Disponível em: <<http://www.Google.com.Br>>. Acesso em: 10 out. 2003.

RODRIGUES, J. **Muros nas mentes: obstáculo da reforma psiquiátrica**, Florianópolis. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/Muros.html>>. Acesso em: 20 fev. 2004.

ROSA, L. C. dos S. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Serviço social & sociedade**, São Paulo, ano 23, n. 71, p. 138-164, set. 2002.

TOMAZI, N. D. **Iniciação a sociologia**. São Paulo: Atual, 1993. (Os pensadores, 6).

VASCONCELOS, E. M. de. **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

WITIUK, I.L. **Família do portador de transtorno mental: vítima ou vilã?** Curitiba, 2003. Disponível em: <http://cpihts.com/2003_07_06/lda_lop.htm>. Acesso em 25 ago. 2004.

ANEXOS:

ANEXO A – Perfil e roteiro da entrevista com a família do PTM

ANEXO B – Perfil e roteiro da entrevista com o PTM

ANEXO C – Perfil e roteiro da entrevista com a equipe técnica

ANEXO D – Declaração de Caracas

ANEXO E – Lei nº 10.216/2001

ANEXO F – Lei nº 10.708/2003

ANEXO A

PERFIL E ROTEIRO DA ENTREVISTA COM A FAMÍLIA DO PTM:

PERFIL:

1. Identificação

Nome:

Endereço:

Data de nascimento:

1.1 Perfil da família

1.1.2 Quem faz parte da família?

1.1.2 Quem é o provedor da família?

1.1.3 Todos componentes da família, residentes na casa trabalham?

1.1.4 Algum membro da família, recebe algum tipo de benefício?

1.2 Situação econômica

1.3 Ocupação principal/ secundária: _____

1.4 Renda Salarial

() até 120 reais

() até um salário mínimo

() até dois salários mínimo

() acima de dois salários mínimo

1.5 Situação habitacional

() casa própria

() cedida

() alugada

2. QUESTÕES:

2.1. Qual a maior dificuldade encontrada pela família no processo de tratamento do PTM?

2.2. Na sua opinião, qual a importância do acompanhamento do PTM no processo de tratamento?

2.3. Quem da família acompanha o PTM no tratamento? Se acompanha qual é a maior dificuldade? Se não acompanha qual é o motivo?

2.4. Qual é a expectativa da família com relação ao tratamento do PTM?

ANEXO B

PERFIL E ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O PTM:

1. PERFIL:

- 1.1 Idade
- 1.2 Estado civil
- 1.3 Quanto tempo faz tratamento?
- 1.4 Já passou por internações. Se passou quantas?
- 1.5 Usa medicação/ que tipo?
- 1.6 Possui algum tipo de benefício?

2. QUESTÕES:

- 2.1 Qual a importância da participação da família no seu tratamento?
- 2.2 No seu ponto de vista, qual a maior dificuldade do seu tratamento?
- 2.3 Para você, qual é a importância de seu tratamento?
- 2.4 Qual é o seu entendimento sobre doença mental (sua doença)?

ANEXO C

PERFIL E ROTEIRO DA ENTREVISTA COM A EQUIPE TÉCNICA:

1. PERFIL:

- 1.1 Qual o tempo de formação na área de saúde mental?
- 1.2 Quanto tempo trabalha na área de saúde mental?
- 1.3 Quanto tempo trabalha na UBS II de Pirapozinho?
- 1.4 Possui especialização na área?

2. QUESTÕES:

- 2.1 No seu ponto de vista, qual a importância da participação da família no processo de tratamento do PTM?
- 2.2 Para você qual é a maior dificuldade para a família participar no processo de tratamento o PTM?
- 2.3 Na sua opinião, a presença da família traz algum benefício para o tratamento do PTM?
- 2.4 Na sua opinião a ausência da família no processo de tratamento do PTM prejudica-o?

ANEXO D

DECLARAÇÃO DE CARACAS

ANEXO E

LEI Nº 10.216/2001

ANEXO F

LEI Nº 10.708/2003