

O SIGNIFICADO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA PARA O FAMILIAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

THE SIGNIFICANCE OF PSYCHIATRIC RENEWAL WITH THE FAMILY OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

EL SIGNIFICADO DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA DE LA FAMILIA DE LA PERSONA CON TRASTORNO MENTAL

Rosilva Silva Cruz¹
Carlos Henrique Fonseca²
Júlio César Fontana Rosa³
Orlene Veloso Dias⁴
Luís Paulo Souza e Souza⁵
Écila Campos Mota⁶

RESUMO: Este trabalho tem por objetivo desvendar a visão dos componentes familiares acerca da Reforma Psiquiátrica. O estudo é delineado de forma qualitativa e utiliza como referencial a teoria das Representações Sociais. A partir da coleta de depoimentos foi possível representar a realidade das famílias, dos elementos afetivos mentais e sociais, emergindo, dentre outras, a categoria “espaço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como possibilitador de mudança de vida”. Os resultados mostraram o predomínio de uma visão reducionista do processo, uma vez que, apontaram como objetivo primordial da reforma, a extinção dos hospitais psiquiátricos. A compreensão da família acerca da reforma não atingiu uma dimensão global. É necessário integrar esforços daqueles interessados pela saúde e bem-estar destes sujeitos. A inserção dos familiares e usuários no novo modelo de atenção à saúde mental permitirá que a tarefa do cuidado e da assistência ao doente mental seja compartilhada, fazendo com que esses atores passem a ocupar um lugar muitas vezes delegado aos profissionais e às instituições psiquiátricas.

3072

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Família. Pessoas Com Transtorno Mental.

ABSTRACT: Its objective was to search to unveil the relatives vision about Psychiatric Renewal. This is a qualitative study and uses as a referential the theory of Social Representations. By means of the reports their realities were represented concerning the emotional, mental and social elements. From analyzing all the has emerged one category, among others: “ The results showed, besides, the predominance of a decreasing vision of process so it a main objective of renewing the extinction of psychiatric hospital, showing concerns about the possibility of this fact increasing still more the lack of framework to answer the demands of customers. The comprehension of families about psychiatric renewal still doesn’t reach the dimension desired. The insertion of family and users into the new model of mental health care will allow for the sharing of mental patients care designated for professionals and psychiatric institutions.

Keywords: Psychiatric Renewal. Family. People whit mental disorders.

¹Enfermeira, Especialista em Saúde Pública. Faculdades Santo Agostinho.

²Doutor, Professor do Centro Universitário São Camilo de Minas Gerais.

³Doutor em Medicina, Docente da Universidade de São Paulo (USP).

⁴Doutora em Ciências, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES).

⁵Doutor em Saúde Pública, Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.

⁶Doutora em Enfermagem, Professora do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Norte de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

A partir do século XVIII, dado o alto número de mendigos, ladrões e desviantes que incomodavam a sociedade burguesa e o poder constituído, surgem os asilos. Nesse cenário de mudanças, o asilo era o lugar que recolhia para sustento e educação os pobres e desamparados, reconhecendo, assim, o seqüestro, o isolamento e as práticas coercitivas como um mal necessário para a sociedade. Pela primeira vez na história do ocidente europeu, tem o início do enclausuramento das pessoas com transtornos mentais (GONÇALVES; SENA, 2001). Diante desta situação, o asilo alia o poder da clausura ao saber médico, dando origem ao manicômio e a incipiente arte de curar a alma, mais tarde chamada “psiquiatria”, ramo da Medicina que lida com a prevenção, atendimento, diagnóstico, tratamento e reabilitação dos doentes (MACHADO, 2006).

Nos últimos anos, a assistência psiquiátrica tem sofrido profundas mudanças nos países ocidentais, inclusive no Brasil. Tais mudanças culminaram na reforma psiquiátrica, que determinou o surgimento de um novo paradigma científico e de novas práticas de assistência em saúde mental (ANTUNES; QUEIROZ, 2007). O Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica foi inspirado no movimento da Psiquiatria Democrática, criada na Itália, na década de 1970. Liderado por Franco Baságlio, esse movimento, com matriz teórica no marxismo, 3073 intencionava revolucionar concepções e terapêuticas médicas mediante análise crítica da cultura manicomial e do saber psiquiátrico, denunciando práticas desumanas e segregantes para fins de normalização e controle social, culminando na criação, na Itália, da Lei Italiana nº 180/78 (RANDERMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

No Brasil não foi diferente. Na década de 1980 ocorreu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Como reflexo do inconformismo com as condições de assistência ao sofredor psíquico, esse movimento transformou-se depois no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, com a bravata: “por uma sociedade sem manicômios”, incluindo usuários e familiares nas discussões pela busca por novos rumos da assistência em saúde mental. Um dos resultados foi o Projeto de Lei que propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, inclusive de hospitais especializados, com substituição por outras modalidades assistências. A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção das pessoas com transtorno mental e proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos (ANTUNES; QUEIROZ, 2007).

Diante desta desinstitucionalização legal dos serviços de assistência à saúde mental, passou-se a enfatizar a participação da família e da comunidade na custódia e responsabilidade

de cuidados com o enfermo, os quais eram antes desempenhados pelo serviço de saúde. As condições dos egressos e seus familiares no decurso da Reforma são objeto de preocupação dos profissionais e pesquisadores de saúde mental (RANDERMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004).

A simples transferência de responsabilidade para a família e comunidade constitui um problema que necessita de análise e reflexão pelos agentes institucionais de saúde envolvidos com a reforma. É importante lembrar que as famílias das pessoas com transtorno mental estão expostas a sobrecarga emocional e, mesmo com a reforma, são alvos de preconceitos e discriminação. A própria carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema, incentivando, conseqüentemente, a desocupação das instituições psiquiátricas.

Diante deste contexto, o estudo tem como eixo a perspectiva da família acerca da Reforma Psiquiátrica, com o objetivo de conhecer suas percepções e de que forma participam deste processo. É relevante desvendar essa realidade a partir da óptica das famílias, uma vez que desenvolvem papel fundamental na ressocialização, que é acolher a pessoa com transtorno mental egressa e intermediar sua participação do manicômio para a sociedade.

METODOLOGIA

3074

Trata-se de um estudo qualitativo-descritivo, que permite a aproximação da situação vivenciada pelos familiares das pessoas com transtorno mental. Segundo Leopardi (2002), para compreender um problema sob a ótica dos sujeitos que o vivenciam, deve-se considerar seus sentimentos e emoções, e atingir aspectos particulares da realidade como experiência pessoal e não como um simples fato. O objeto da pesquisa é essencialmente qualitativo e requer abordagem qualitativa. Assim sendo, a fração qualitativa dessa pesquisa refere-se à opinião dos entrevistados sobre as conseqüências da Reforma Psiquiátrica no que concerne ao cuidado com o doente mental no ambiente familiar.

O presente estudo foi realizado no segundo semestre de 2005, com uma amostra de dez famílias das pessoas com transtorno mental crônico, clientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Bairro Delfino Magalhães, em Montes Claros, Minas Gerais. A escolha deste cenário para o estudo foi a existência do Programa de Residência em Saúde da Família com enfoque em Saúde Mental, desenvolvido pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

Os sujeitos do estudo foram familiares: pai, mãe, irmãos, filhos e cônjuges, de pacientes psiquiátricos cadastrados na ESF, escolhidos de forma aleatória e que autorizaram a realização do estudo. Não houve recusa por parte de nenhum dos selecionados e os familiares deveriam estar convivendo com o doente e apresentar condições de responder a entrevista. A idade dos pesquisados estava entre vinte e setenta anos, com maior densidade percentual entre cinquenta e sessenta anos. Para preservar o anonimato, os sujeitos foram codificados com letras do alfabeto.

Para a coleta de informações, utilizou-se de um roteiro adaptado, com questões semiabertas, dirigidas ao conhecimento das estratégias de enfrentamento que os familiares utilizam diante da delicada situação, resultante da convivência com a pessoa psicótica. Após a elaboração de um esboço, foi realizado um pré-teste em uma pequena amostra, evidenciando que o enunciado estava redigido de forma clara, não havendo necessidade de reformulação.

As descrições apresentadas foram obtidas por meio de gravação das entrevistas que continham as seguintes interrogativas:

- Como você percebe o tratamento dispensado ao seu familiar nos dias de hoje?
- A que você atribui a forma como ele é tratado atualmente?
- O que você entende por Reforma Psiquiátrica?

3075

A amostragem teórica levou em consideração, além da repetição dos significados atribuídos, a singularidade das vivências.

A pesquisa foi embasada nas orientações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96, que estabelece as diretrizes de pesquisa que envolve seres humanos. Foi requerida a cada participante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi obtido o Termo de Consentimento da Instituição.

Ressalta-se que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, por meio do parecer número 182\05.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

Quanto aos dados coletados, obteve-se que o nível de escolaridade variou do ensino fundamental incompleto (54%) ao ensino médio completo (46%). A renda familiar mensal situou-se entre zero (2%) a dois salários mínimos (6%), sendo que dois destes recebem três salários mínimos (2%). O grau de parentesco dos sujeitos deste estudo com o paciente foi de:

40% de pais (24 mães e 16 pais); 32% de irmãos (20 irmãs e 12 irmãos) e outros 28% (dez cônjuges; cinco tias; três primos; duas avós; oito netos).

O novo paradigma assistencial psiquiátrico enfatiza a participação da família e da comunidade na custódia e responsabilidade de cuidados dos enfermos, os quais eram antes desempenhados pelos serviços de saúde.

A família, contra ou a favor da reforma, tem seu papel nesse cenário da saúde mental brasileira; seja na formulação de políticas públicas, seja na assistência ao doente mental. Ambos os papéis ocupam um lugar que antes era delegado somente aos profissionais e as instituições psiquiátricas. Este estudo procurou conhecer as percepções da família e de que forma esta participa e visualiza o processo da reforma. A família representa parte fundamental deste fenômeno social no tocante a ressocialização. É neste segmento que se esboça a relação com o mundo e é para o núcleo familiar que o doente retorna ao sair do hospital.

Os depoimentos coletados permitiram classificar algumas unidades de significância convergentes que foram agrupadas nas categorias, a saber:

- Percepção da família: uma análise compreensiva.
- A convivência com a pessoa com transtorno mental e sua influência na família.
- Estigmas.
- As crises e a agressividade.
- Dificuldades financeiras no cuidar da pessoa com transtorno mental.
- Dificuldades do cuidador em usufruir dos benefícios da reforma.
- Percepção da família da pessoa com transtorno mental sobre o caps.
- Percepção da família da pessoa com transtorno mental sobre a reforma psiquiátrica.

3076

O presente estudo revelou uma realidade que evidenciou os reflexos da Reforma Psiquiátrica pelo cuidado com o doente mental em meio à família. Para Gonçalves e Sena (2001), esses reflexos denotam aspectos de ordem emocional, relacional e econômica, mostrando a perspectiva da família no contexto investigado.

A CONVIVÊNCIA COM A PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E SUA INFLUÊNCIA NA FAMÍLIA

No universo dos indivíduos com sofrimento mental, a relação entre o objetivo e o subjetivo é permeada por conflitos que refletem a maneira divergente de ler a realidade e atuar conforme regras estabelecidas (KOGA; FUREGATO; SANTOS, 2006).

Nas informações familiares há uma série de fatos relacionados doença mental em relação à variedade de comportamentos que se alteram especialmente de senso-percepção, afeto, pensamento, linguagem e na relação consigo e com as pessoas (FUREGATO *et al.*, 2002; MORASKI; HIDELBRANDT, 2005). Conforme mostra parte dos discursos:

(...) ninguém entende o que está querendo. Isso traz dificuldades. [...] fica batendo na porta e inventa história.” (A)

[...] às vezes fala, fica pra lá e pra cá [...] fica só num assunto [...]. Traz preocupação [...]” (O).

[...] não fala coisa com coisa... Fica a noite toda andando e fumando [...].” (C)

[...] Esses dias mesmos conversava e falava de quem já morreu [...]”. (F)

[...] Salta muro do vizinho, vende as coisa, vende as roupa dele [...] e pra ele é como se fosse a coisa mais natural do mundo [...] (H)

[...] é uma criança grande, né? a gente tem que fica de olho o tempo todo [...]. (I)

[...] é triste, é horrível [...] a gente pede mais não obedece, ele não atende, vive no mundo dele [...] às vezes a gente quer descansar, a mente nem distrai, tem hora que dá desespero [...]. (N)

Observa-se também que a incompreensão quanto à maneira de se comportar e a falta de conhecimento dos possíveis comportamentos adotados pelos doentes psíquicos são fatores encontrados nos depoimentos da família ao relatar seu cotidiano, o que confirma outros estudos (MORASKI; HIDELBRANDT, 2005). Assim, evidencia-se o quanto as doenças mentais são cercadas de incertezas para o cuidador leigo, por se tratar de uma condição diferente daquela estipulada para o convívio social. Diante de tais comportamentos estranhos e desconhecidos, as pessoas se sentem impotentes frente ao inexplicável. De acordo com Horowitz, Ladden e Moriarty (2004) “[...] profundamente doloroso para alguém lidar com o ente querido cujo comportamento não seja determinado pela resposta saudável e imediata ao mundo real, mas por um mecanismo misterioso para o qual foi desviado [...]”.

3077

ESTIGMAS

A noção de estigma vem dos gregos ao se referirem a cicatrizes por corte ou queimadura e para alertar sobre os *status* negativos como escravos, renegados e assaltantes (MATEUS *et al.*, 2005).

No campo da saúde mental, estigma se dá como prejuízo social imputado a um indivíduo. Para Pitta (1996), o diferente assume *status* social desvalorizado; as pessoas com doença mental são obrigadas a viverem numa situação de isolamento e inferioridade. A humilhação os impede de aproximar de qualquer sentimento de pertinência a uma vida social conforme denotam os discursos:

[...] os vizinhos não aguenta mais, já pensaram em fazer baixo assinado, mais não adianta [...] eu sei, todo mundo sabe que ele é difícil [...]”. (B)

[...] tem gente que nem vem aqui em casa [...] Só alguns vizin que conhece a gente há muito tempo. Isso a gente nota”. (A)

[...] tem gente que nem vem aqui. [...] Só quem é amigo [...] a gente desconfia, ninguém fala não [...]. É muito preconceito”. (M)

[...] A vizinhança é boa, mas num quer passar perto. Criança então fala [...] tá doido [...]. Aí quando ele tá na embalagem, apela [...]. Ah! É difícil”. (C)

[...] É preconceito demais! Todo lugar que ele chega, um gritava: “- Ei doido da APAE”. Todo lugar que chega, tem um falando. Ce vê no olhar das pessoas, e isso machuca muito”. (G)

A família, ao engajar-se no processo terapêutico do doente e ao ligar-se a ele afetivamente, passa a enfrentar e a assumir a angústia de estar lançada no mundo do preconceito. Para Moraski e Hidelandt (2005), a doença mental não é um estigma só para o doente, é um rotulo, uma marca para a família que tende a experimentar um sentimento de ser diferente das demais.

Os discursos demonstram que este estigma ainda existe na instituição pesquisada e está presente na relação dos vizinhos com as famílias da pessoa com transtorno mental. Esse comportamento priva as pessoas da sua dignidade e interfere em todo o processo de reabilitação psicossocial, fazendo com que os familiares sofram esta rejeição social juntamente com o seu doente psíquico. Ao nível individual, familiar e institucional, tal forma de pensamento denota a incapacidade da sociedade em acomodar o desviante, denominado “diferente” por Baságlio (1985).

Segundo Gonçalves e Sena (2001), numa sociedade competitiva sob a égide do capitalismo, além de carregar o estigma de ser doente mental, aquele que não produz, não tem renda e não tem inserção social, passa a ser visto como ocioso e inútil. Moraski e Hidelandt (2005) ressaltam que o preconceito familiar ainda é tão forte, chegando até mesmo ao cerceamento da liberdade do doente, isolando-o em “quartos do fundo”. Os sentimentos como esse, que não são tão aparentes como outrora, devido às novas concepções da doença mental, mas que continuam presentes até os dias atuais, como denunciam os trechos dos próximos discursos:

[...] disse que morar na rua é bom, mas eu disse pra ele que quando ele tiver assim pra nem falar que é meu irmão”. (Q)

[...] não faz nada, agente é que tem que dá tudo né [...] e se deixar fica na rua igual mendigo”. (F)

[...] ele gosta de ficar mesmo é disse jeito, só pra lá e pra cá, sem fazer nada o dia inteiro”. (C)

[...] Os irmãos dele é os que mais reclamam não aceita que ele não trabaia [...]”. (P)

[...] A mulher e o filho abandonaram ele, humilharam, so porque não pode trabaia [...] né [...], aí eu acabei cuidando, porque é irmã então ce entende gente tem que cuidar [...]”. (E)

[...] Quando ele adoece eu cuido dele aqui, ele fica trancafiado no quartim, a família abandonou ele [...] é [...] ele [...] não trabaia [...] né”. (N)

[...] ela fica trancada no quartim do fundo só chorando, não incomoda ninguém, mas, vivi assim [...]”. (D)

Parente e Pereira (2004), complementam que quanto a isto, o doente mental pode ser estigmatizado em sua loucura como improdutivo e incommunicante pelos próprios familiares, o que pode levar ao abandono e a institucionalização doméstica.

AS CRISES E A AGRESSIVIDADE

Para as famílias, as dificuldades de relacionamento com a pessoa com transtorno mental são referidas como um dos elementos mais difíceis de serem enfrentados na convivência (NASI; STUMM; HIDELEBRANDT, 2004). Exemplo disso são os momentos de crise, acrescidos ou não ao comportamento agressivo. Para Gonçalves e Sena (2001) e Brasil (2005), o momento de recidiva ou de agravamento do estado mental de um doente psíquico torna-se muito perturbador para as famílias e, especialmente, para o cuidador, frente às dificuldades para compreender e evitar possíveis desfechos desastrosos da crise, tais como:

[...] Ele é difícil. Ficou internado no Galvão cinco anos. Já fez tratamento várias vezes. Não pode ficar em casa [...]. Pertuba todo mundo. [...]. Ele já tentou me bater”. (B)

[...] É bom ter um lugar pra internar nas crise. Por que é o seguinte [...] hoje ele ta aqui, amanhã ele que estar em outro lugar. Quebras as coisas [...] quando ta assim é melhor internar”. (H)

[...] morde os outros, quebra as coisas [...] eu não posso sai pra trabalhar, passear, ela atrapalha os vizinhos. Da vergonha [...] medo”. (F)

[...] Ta atacada. Arrancou a sobancelha. Ela bate até no Bob (o cachorro da família). É difícil demais! Na situação que ta agora é melhor internar”. (D)

[...] tem que esconder as facas, foice, as pessoas tem medo dele, às vezes vem pra cima de mim [...]”. (E)

[...] Já tentou matar pai! [...] a polícia disse: “- Nós não faz isso”. Aí, a família teve que pegar e amarrar [...]”. (N)

As situações de desequilíbrio podem fazer emergir quadros patológicos para os cuidadores desnortando em sua forma de adaptação Monteiro e Barroso (2004), conforme denotam as seguintes falas:

[...] Meu corpo já tá doente, como se vê minha pressão já subiu e nem durmo direito à noite”. (P)

[...] fico muito cansada parece que dá uma doença nos nervos [...] mas a gente vai lutando [...] só Deus [...] pra ajudar [...]”. (C)

[...] quando ele tá na assim [...] eu fico muito preocupada, chego perder o sono e o apetite, tem horas que acho que quem tá ficando doida só eu [...] não me sinto muito bem [...]”. (G)

[...] fala que eu tô ficando doida igual ela (a enferma) [...]. Acho que vou procurar um psicólogo pra desabafar”. (D)

[...] E o nervosismo vai piorando, quem cuida fica em depressão também”. (B)

[...] Eu me revolto, ninguém me ajuda [...] isso é um descaso [...] eu acho que até eu fico doente”. (H)

A partir desses relatos, entendeu-se que a trajetória dessas famílias caracteriza-se por inúmeras dificuldades, principalmente por si sentirem sem apoio adequado nas demandas psicossociais, resultando em necessidades emocionais e sofrimento (RANDERMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004). Corroborando, Furegato *et al.* (2002) relatam que a presença do doente mental entre seus membros tem causado uma série de problemas para ele próprio e para os outros da casa, e muitas vezes, um ou mais membros da família podem adoecer em virtude da renúncia de parte de sua vida para prestar assistência ao doente (NASI; STUMM; HIDELBRANDT, 2004).

3080

DIFICULDADES FINANCEIRAS NO CUIDAR DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Segundo Parente e Pereira (2004), o transtorno mental atinge qualquer classe social. Entretanto, neste estudo, enfocou-se a família de baixa renda, por se tratar de um seguimento social no qual a sobrecarga do cuidar se reflete de forma mais expressiva. As dificuldades financeiras não deixam a família suportar o convívio com a pessoa com transtorno mental. Isso ocorre, tanto por fatores de ordem emocional como também financeiros, devido ao fato de terem que prover as necessidades de um adulto improdutivo e carente de cuidados especiais (KOGA; FUREGATO; SANTOS, 2006). Esse quadro mostra um entrave no processo de implantação das propostas da reforma psiquiátrica, como demonstrado pelas seguintes falas:

[...] Hoje tá tudo caro. O salário é pouco. É difícil demais”. (L)

[...] Eu não tenho dinheiro pra comprar remédio pra ele, e época de lua se sabe [...] ele fica muito atacado, e se eu não tenho dinheiro ele fica sem remédio”. (O)

[...] Quando ele sente dor tem que comprar remédio, a família não ajuda é só nós aqui, o posto só dá o que ele tem costume de usar sempre”. (F)

[...] Só a injeção que ele toma é mais de quarenta reais. São cinco tipos no orçamento. E ainda tem a alimentação”. (D)

[...] o dinheiro não dá é apertado, só eu trabaiaando aqui em casa [...] é muito difícil [...] as penso que não vou aguentar”. (P)

[...] Não tem quem olha, e então eu tenho que trabalhar, entendeu? Se não nós morre de fome”. (M)

O significado da reforma perpassa pelas queixas e representações sociais que a família tem diante da convivência com a pessoa com transtorno mental. De um lado, percebe-se que a família é o melhor lugar para acolher essa pessoa, mas por outro lado, verifica-se o despreparo e a sobrecarga, principalmente nas famílias de baixa renda.

Para Waidman, Jouclas e Stefanelli (2002), as famílias das pessoas com transtorno mental não recebem apoio para enfrentarem a sobrecarga financeira diária decorrente desta convivência. Além disso, a manutenção de um membro improdutivo na família pesa no orçamento, principalmente quando a renda familiar é muito baixa (GONÇALVES; SENA 2001).

Nesta categoria, portanto, observa-se um aspecto comum em todas as falas, que diz respeito tanto ao reconhecimento de que o envolvimento de aspectos afetivos, sociais e comunitários é fundamental para a superação da doença, como o reconhecimento da dificuldade de implantar na prática, procedimentos que possam dar conta da complexidade do fenômeno em questão da Reforma Psiquiátrica (ANTUNES; QUEIRÓS, 2007).

3081

DIFICULDADES DO CUIDADOR EM USUFRUIR DOS BENEFÍCIOS DA REFORMA

Na sociedade brasileira, a pobreza de investimentos irá determinar que alguns recebam cuidados e outros não. A precariedade de laços, a vulnerabilidade, a segregação excluindo um contingente cada vez maior do acesso a benefícios sociais (PITTA, 1996; BRASIL, 2005). Em outras palavras, a condição financeira, inclui a preocupação com o destino racionalizado dos recursos visando reduzir as formas de segregação, que hoje alcançam um número significativo de brasileiros. As falas a seguir identificam algumas formas de segregação:

[...] Quando precisa levar no hospital, não tem quem leva. [...] o dinheiro não dá, né. A gente luta”. (A)

[...] Ah, é difícil. [...] Eu não tenho dinheiro pra levar ele. Minha irmã é que levava ela é casada tem filhos fica apertado [...]”. (J)

[...] A dificuldade é o transporte. Gasta dez reais por dia para ir no CAPS [...]. Pobre é difícil”. (N)

[...] Ele não pode ir todo dia no Hélios Sales, fica muito caro”. (F)

[...] se tivesse como ele ir seria bom porque aí eu trabalhava de dia, mas não tem jeito, fica muito caro e só eu sozinha”. (E)

Nesta análise, nota-se que estabelecer um sistema assistencial aberto não é a única solução. De acordo com Waidman, Jouclas e Stefanelli (2002), no Brasil os subsídios necessários para a reinserção do doente mental em meio a família e na comunidade ainda são insuficientes. Gonçalves e Sena (2004) complementam que a instituição familiar não se mostra favorável à desinstitucionalização, exercendo pressão para que o estado continue a manter a custódia do paciente porque esta não possui estrutura para assumir este pesado encargo.

PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL SOBRE O CAPS

Nessa categoria, analisou-se a percepção da família sobre o CAPS. Ao estabelecer comparações sobre o antigo modelo assistencial, a família já percebe alguns dos benefícios das propostas e, conseqüentemente, o significado da Reforma, que neste aspecto, perpassam pelas representações sociais à desconstrução manicomial.

3082

Um dos fatores que mais tem contribuído, positivamente, para a adesão familiar ao novo modelo de assistência psiquiátrica foi a criação do CAPS. Para Morzano e Souza (2003), o CAPS representa mais do que uma simples alternativa hospitalar predominante. Possui o objetivo de evitar internações psiquiátricas e principalmente, permite a aprendizagem e o desenvolvimento de laços sociais, indispensáveis às novas possibilidades de vida da pessoa com transtorno mental (KOGA; FUREGATO; SANTOS, 2006), como está evidenciado nas seguintes falas:

[...] No CAPS, melhorou muito, ele vai e melhora. Antigamente eu me lembro que ele piorava quando ia no hospital”. (C)

[...] No hospital de doido é tudo misturado [...]. No CAPS é bom porque um vê o outro melhorar. Acho lá ótimo”. (D)

[...] Lá é controlado, não é como PRONTAMENTE, o mesmo medicamento que serve pra um serve pra todos. No CAPS faz análise para dar remédio”. (G).

[...] é melhor, porque igual antigamente no Santa Catarina e PRONTAMENTE pegava as pessoa depois jogava elas na rua [...]”. (M)

[...] Mudou muita coisa na vida dele. Ele faz coisas pra vender. Aí quando ele tava internado, perdia os fregueses. No CAPS nunca mais aconteceu isso”. (B)

[...] Acho legal, por que igual a minha irmã [...], vai no salão, tem filhos”. (L)

[...] CAPS é o melhor lugar do mundo [...] lá eles olha tudo pra tratar, agente aprende muito”. (Q)

Como se observou o CAPS foi apontado como lugar de mudança, em especial, no tratamento individual como propõe a Reforma. É acompanhado pela equipe multidisciplinar que tem valorizado as potencialidades de cada profissional, em benefício de uma assistência mais dinâmica e eficiente no tratamento da pessoa com transtorno mental. Isso vai de encontro o que prega Pitta (1996), que aponta como um dos motivos intensificadores da repugnância familiar ao modelo tradicional de assistência, o tratamento despersonalizado da antiga prática psiquiátrica. Osinaga (2004), ao se referir á assistência psiquiátrica atual, o “hospital-dia”, o CAPS e o “ambulatório multiprofissional” passaram a ser mais exclusivos, voltados além da fragilidade psicológica, mas também para uma abordagem do sujeito, da sua individualidade e subjetividade.

O CAPS para estas famílias foi considerado como um lugar de reabilitação e tratamento personalizado. A discussão sobre a reabilitação psicossocial do doente conforme demonstrado neste estudo, tem mudado tanto na forma assistencial como também o modo no qual se percebe a loucura e sua convivência através da pessoa com transtorno mental.

PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA

3083

Segundo Osinaga (2004), para as pessoas formarem opiniões mais claras sobre o que não está explicitamente colocado, demanda mais tempo. Os doentes e seus familiares evidenciaram mais consenso sobre o que estão vivenciando na busca de alívio para o seu sofrimento. Não entendem muito bem o que é o processo da “não hospitalização.” Nas falas dos entrevistados, foi identificada uma consonância com o apresentado por Randermark, Jorge e Queiroz (2004). Estes autores afirmam que: “os componentes familiares demonstram possuir idéias restritas sobre a Reforma Psiquiátrica quando solicitadas a relacionar as mudanças assistenciais com os objetivos do processo ainda em curso.” Os discursos a seguir evidenciam isso:

[...] eu já ouvir falar que o PRONTOMENTE vai fechar [...]”. (P)

[...] parece que eu já ouvir falar né? Que o PRONTOMENTE vai fechar”. (Q)

[...] eu já vi falar que o hospital de doido vai fechar [...]”. (F)

[...] eu levei ele no Hélio Sales bem no dia da passeata, mas eu já tinha visto falar que o PRONTOMENTE ia acabar [...]”. (M)

Os entrevistados demonstraram como concepção principal de Reforma a idéia de que seu objetivo primordial era acabar com os hospitais psiquiátricos. Além disso, acrescentam que aqueles que testemunham o tratamento em outras instituições psiquiátricas, que não no hospital psiquiátrico, percebem a realidade dos manicômios de forma distanciada; algo de que não fazem parte, afirmando que seu paciente possui, hoje, condições que viabilizam uma melhor terapêutica e sua possível convivência familiar (KOGA; FUREGATO; SANTOS, 2006).

Embora sendo usuários deste modelo assistencial-hospitalar, em especial o CAPS, os entrevistados sentem-se limitados a correlacionar os serviços e as propostas da reforma. Entretanto, são conscientes das mudanças do novo modelo de assistência, quando compararam com o tratamento do modelo tradicional que trata seus entes com desprezo, de forma desumana e generalizada.

CONCLUSÃO

A reabilitação dos segregados implica na reestruturação de todo sistema social no qual estão submetidos. Muitas vezes, excelentes retóricas no que tange a desinstitucionalização são vivenciadas, mas nem sempre as ações e a prática têm sido condizentes com os discursos progressistas.

3084

Falar em reabilitação psicossocial no Brasil, hoje, é estar a um só tempo falando de amor, ira e dinheiro. Amor pela possibilidade seguirmos sendo sujeitos amorosos, capazes de exercitar a criatividade, amizade, fraternidade no nosso “o que fazer” cotidiano; ira traduzida nesta indignação saudável contra o cinismo de nossas políticas técnicas e sociais para a inclusão dos diferentes; e dinheiro para transformar as políticas do desejo em políticas do agir, estando aqui incluída a preocupação com um destino eticamente irrepreensível para os recursos pequeninos que devem ter a incumbência de reduzir as formas de violência que exclui e segrega um número significativo de brasileiros.

Os resultados mostraram o predomínio de uma visão reducionista do processo, uma vez que, apontaram como objetivo primordial da reforma, a extinção dos hospitais psiquiátricos. A compreensão da família acerca da reforma não atingiu uma dimensão global. É necessário integrar esforços daqueles interessados pela saúde e bem-estar destes sujeitos. A inserção dos familiares e usuários no novo modelo de atenção à saúde mental permitirá que a tarefa da assistência e do cuidado a pessoa com transtorno mental seja compartilhada, fazendo com que

esses atores passem a ocupar um lugar muitas vezes delegado aos profissionais e às instituições psiquiátricas.

Devido a isso, a participação da família na Reforma determina o sucesso ou fracasso deste movimento humanizador da saúde mental no Brasil. O princípio que orienta este movimento e suas estratégias de ressocialização considera que a realidade familiar de cada pessoa com transtorno mental é única e que estas diferenças nortearam os significados da reforma aqui abordados.

Ao concluir este estudo, embora não se tenha à pretensão de esgotar o tema, acredita-se ter contribuído para ampliar a compreensão dos profissionais de saúde mental acerca do universo perceptual das famílias com relação à Reforma Psiquiátrica e sua inserção no processo, oferecendo com isso, subsídios para o aprimoramento da prática assistencial. Já que, para a concretização de uma reforma justa e coerente não basta decisão política é preciso, também, adesão e compreensão familiar. Sendo assim, torna-se necessário um estudo que venha contribuir para melhor entendimento de todos os sujeitos inseridos neste processo ainda em curso, a reforma psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

3085

ANTUNES, S.M.M.O.; QUEIROZ, M.S. Psychiatric reform in a local context in Brazil: a qualitative analysis. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2007.

BRASIL. Secretaria Executiva. **Legislação em Saúde Mental 1990-2002**. 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil – 15 anos depois de Caracas**. rev. e atual Brasília, DF : Ministério da Saúde, 2005.

FUREGATO, A.R.; SANTOS, P.S.; NIEIVAS, A.F.; SILVA, E.C. **O fardo e as estratégias da família com portador de doença mental**, Santa Catarina: Ed. UFSC, v. 11, n. 3, set./dez. 2002. [artigo]

GONÇALVES, A.M.; SENA, R.R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização sobre o cuidado com o doente na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p. 48-55. 2001.

GONÇALVES, Â.M.C. A Reforma Psiquiátrica e a sua Articulação com o Processo de Trabalho do Enfermeiro. **Revista de Enfermagem Atual**, São Paulo: EPUB., v. 2, supel, 2, n. 7, p. 35-36, 2002.

HOROWITZ, J.A.; LADDEN, M.D.; MORIARTY, H.J. Methodological Challenges. In: OSINAGA, V.L.M. **Estudo comparativo entre os conceitos de saúde e de doença mental em**

assistência psiquiátrica, segundo portadores e familiares [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. A convivência com o portador de transtorno mental - novos paradigmas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, 2006.

LEOPARDI, M. **Metodologia da pesquisa em saúde**. 2. ed. rev. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação, 2002.

MACHADO, A.C.F. Uma experiência de aprendizagem sobre a Reforma Psiquiátrica. **Revista Eletrônica de enfermagem**. Goiânia, v. 08, n. 01, 2006. Disponível em <www.fen.ufg.br/reen>. Acesso em 21 de março de 2010.

MATEUS, D.M.L; WAGNER, L.C.; BUSNELLO, E.D'A.; BALLESTER, D.P. **Redução do Estigma da doença em Portadores de Transtornos Psicótico**. 2001. Disponível em: <http://www.soesq.org.br/documentos/dinis.htm>. Acesso em 26 de novembro de 2010.

MONTEIRO, A.R.M.; BARROSO, M.G.T. A família e o doente mental usuário do hospital-dia: estudo de caso. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8 n.6, dez. 2000.

MORASKI, T.R.; HIDELBRANDT, L.M. Transtorno mental: o significado para os familiares do portador de transtorno mental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 7, n. 2, p. 195-206, 2005,

MORZANO, M.L.R.; SOUZA, C.A. Um Relato de Experiência de quem Vivência a Reforma Psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56. n. 5., p.577-580, set./out., 2003.. 3086

NASI, C.; STUMM, L.K.; HIDELBRANDT, L.M. Convivendo com o portador de transtorno mental psicótico na ótica do familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 6, n. 1, p.59-67, 2004. Disponível em <www.fem.ufg.br/reen>. Acesso em 12 de fevereiro de 2007.

OSINAGA, V.L.M. **Estudo comparativo entre conceitos de saúde e doença mental e a assistência psiquiátrica segundo portadores da doença mental e familiares**. Ribeirão Preto: Ed. USP. 2004. [tese de doutorado]

PARENTE, A.C.M.; PEREIRA, M.A.O. Percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias: um espelho de dois lados. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 1., p. 44-47., 2004.

PITTA, A.M.F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Campo Belo: HUCITEC. 1996. p. 85; 95.

RANDERMARK, N.F.R.; JORGE, M.S.B.; QUEIROZ, M.V.O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Rev. Texto e Contexto Enfermagem - Saúde Mental**, Santa Catarina, v. 13, n. 4, p. 543-550, out./dez., 2004.

WIDMAN, M.A.P.; JOUCLAS, V.M.G.; STEFANELLI, M.C. Família e reinserção social do doente mental: uma experiência compartilhada pela enfermeira. **Revista Ciências, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 103-106, 2002.