



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACES

CURSO: PSICOLOGIA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FAMÍLIA NO
TRATAMENTO DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

BRUNA BONTEMPO TAVEIRA

BRASÍLIA

JULHO/2008

BRUNA BONTEMPO TAVEIRA

**REFORMA PSIQUIÁTRICA E A FAMÍLIA NO
TRATAMENTO DO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Monografia apresentada ao Centro
Universitário de Brasília como
requisito básico para obtenção do grau
de Psicólogo da Faculdade de Ciências
da Saúde. Professor - Orientador:
Marcos Abel

Brasília/DF, julho de 2008.



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACES

CURSO DE PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Professor Marcos Abel

Professora Cláudia Feres

Professor Tânia Inessa

A Menção Final obtida foi:

BRASÍLIA-DF, JULHO/2008.

Dedico este trabalho à minha querida mãe por seu apoio incondicional, amor, dedicação, carinho, ao meu amado namorado Carlos Eduardo que esteve comigo todos esses anos, nos momentos de alegria, dificuldade e tristeza, à minha irmã Sanne pelo seu exemplo de superação, à minha irmã Laila pela ajuda e pelas brigas que nos fizeram amadurecer, ao Allan que nos trouxe tanta alegria, aos avós maternos Almira e José Camilo, em especial ao vizinho que se despediu desse mundo em junho e a vizinha paterna Alda que também se foi em abril. Minha eterna admiração, carinho, amor e muita saudade.

AGRADECIMENTOS

Em especial à minha mãe, pelo seu carinho, amor, apoio e que sempre acreditou que nos meus estudos e na minha capacidade. Você é meu exemplo de vida. Amar-te-ei sempre!

Ao meu namorado Carlos Eduardo que esteve sempre nestes cinco anos de muita luta. Dando-me seu abraço, amor, carinho, dedicação. Amo-te!

Às minhas irmãs pela ajuda de tornar esse sonho realidade, carinho, amor. Mesmo brigando sei que nunca abandonarei vocês, pois são mais que especiais. Amo-as! Ao Allan por me veio resgatar a alegria na casa.

À minha amiga mais que especial Ana Luiza que me mostrou o valor da amizade, seu carinho, dedicação e companheirismo. Suas aulas de revisão antes das provas serão sempre lembradas da melhor forma, nossos momentos de desabafo sejam no telefone ou pessoalmente, nossos momentos de alegria e também de tristeza. Sentirei saudade! Espero que nossa amiga atravesse a barreira do tempo e que dure eternamente.

Às minhas amigas e companheiras Arilma, Marcellinha, Amanda, Raquel, e Rose presentes em momentos tão importantes da faculdade.

Ao amigo Gustavo que com o convívio se mostrou o quanto é especial.

Ao inesquecível chefe Nelson Parucker que demonstrou com a sua incrível sabedoria o quanto se pode aprender a viver melhor no ambiente de trabalho.

À professora Tânia que nos ensinou pelo seu amor à saúde mental o quanto a loucura pode ser vista de outra maneira. Assim, pela oportunidade de ser sua estagiária no Hospital São Vicente de Paula me inspirou a escrever a presente monografia.

Ao professor e orientador Marcos Abel pela ajuda em tornar possível essa monografia.

Aos meus familiares que mesmo distante sei que torceram e acreditaram em mim. Em especial, aos avós maternos e à vizinha paterna, à Tia Sônia, à minha madrinha Simone.

A todos os usuários saúde mental do Hospital São Vicente de Paula e aos seus familiares.

Resumo

Este trabalho monográfico é uma reflexão teórica que discorre sobre o trajeto da reforma psiquiátrica, seus avanços e conquistas, dando ênfase à família que agora faz parte do tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, pois a família e o sujeito merecem atenção e empenho por parte da equipe multidisciplinar, da sociedade e das políticas de saúde mental. Este estudo inicia-se por meio de uma reflexão sobre a história da loucura, fazendo um panorama histórico das primeiras instituições psiquiátricas, a partir da criação dos espaços de exclusão e da lógica de confinamento como uma prática terapêutica. Em seguida, os movimentos pela reforma psiquiátrica no Brasil, que questionam o modelo hospitalocêntrico e a medicina como o único saber responsável pelo tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. A partir desses questionamentos quebra-se o paradigma sobre a doença mental como incapacitadora e alienante e o sujeito em sofrimento passa a ter a sua cidadania retomada. A família pode ajudar o sujeito no resgate da sua cidadania, pois é a partir da maneira que esta age com este e o que a família diz sobre ele é que o sujeito constrói a sua percepção de si e dos outros. Por isso, a necessidade de se trabalhar o núcleo familiar visando à sua capacitação para lidar com as diferenças, pois do contrário o próprio ambiente familiar será manicomial. Assim, os dispositivos reformistas precisam de equipe multidisciplinar na qual todos têm sua importância e função. O papel do psicólogo será de auxiliar a mudança relacional, por ser conhecedor da importância das relações para a construção de sentidos e pelo conhecimento e escuta diferenciada. Na dinâmica familiar o psicólogo vai valorizar a subjetividade, individualidade e singularidade do sujeito em sofrimento e também dos seus familiares para promover a convivência saudável evitando a violência, negligência e o abandono. Portanto, a família juntamente com os serviços substitutivos vão ser instrumentos que auxiliam o sujeito em sofrimento no processo de transformação, de reconstrução, de reinserção, de mudança no resgate da sua cidadania e na devolução da sua identidade.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Família. Sujeito em sofrimento psíquico.

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
INTRODUÇÃO.....	7
CAPÍTULO 1: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial.....	10
1.1 Panorama histórico das primeiras instituições.....	11
1.2 A Luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	17
CAPÍTULO 2: A importância da família na reabilitação do sujeito em sofrimento.....	23
2.1 Histórico da família em relação ao fenômeno da loucura.....	23
2.2 Culpabilização da família.....	26
2.3 Dinâmica familiar com a psicose.....	28
2.4 Família como cuidadora e também como alvo de cuidado em saúde mental.....	31
CAPÍTULO 3: A Necessidade de uma equipe multidisciplinar em saúde mental.....	34
3.1 A importância de uma equipe multidisciplinar.....	34
3.2 A família como parte da equipe em saúde mental.....	37
3.3 O papel do psicólogo na saúde mental.....	39
CAPÍTULO 4: A família e os serviços substitutivos.....	42
4.1 A importância dos serviços substitutivos.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

A escolha do tema da presente monografia surgiu a partir do acompanhamento dos sujeitos em sofrimento psíquico e dos seus familiares. A experiência no estágio em saúde mental no Hospital São Vicente de Paulo foi enriquecedora, principalmente no Projeto sobre “A importância da Família para os Usuários de Saúde Mental”. Por influência desta experiência é que surgiu a necessidade de escrever sobre este tema e propor uma reflexão teórica sobre a família, no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Uma vez que a interação familiar com o sujeito é um fator importantíssimo para o tratamento daquele que apresenta sofrimento. A relação familiar pode ser considerada um dos elementos que produz diversos graus de equilíbrio e também de desequilíbrio dentro do sistema, por isso a necessidade de cuidado tanto do sujeito em sofrimento psíquico quanto dos seus familiares.

O método utilizado é a pesquisa bibliográfica e temos por objetivo trabalhar a importância da família para o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, desmistificando o conceito de loucura dentro da família e na sociedade, para que aquela perceba o quanto ela é capaz de cuidar desse sujeito. Assim, visamos relevar a importância da família no processo de ajudar o sujeito a encontrar um lugar na sociedade, resgatando sua cidadania, pois a maneira com que esta age e diz é fundamental para o sujeito construir sua percepção de si e dos outros. Deste modo, defendemos a participação da família como essencial no tratamento do usuário de saúde mental.

A interação da família no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico é essencial, contudo, as relações construídas entre os membros devem ser sadias para que não visem doença e incapacitação, mas sim o verdadeiro poder da palavra do sujeito. Um diálogo que privilegie a palavra deste, pois esta tem valor, tem lugar. Portanto, percebe-se que o diálogo entre os familiares é possível, valorizando a permeabilidade das relações como atitude que conduz à elaboração de uma nova visão do outro e da própria família.

Durante muito tempo, tratar do sujeito em sofrimento psíquico se resumiu à exclusão, reclusão e asilamento, pois a sociedade tem tendência a afastar e marginalizar tudo que foge aos padrões da normalidade. Esse sujeito se constitui de uma maneira diferente, por possuir demandas que o fizeram buscar outras formas de viver consigo e com os outros. São conteúdos que com o tempo se tornam cada vez mais intensos e sofridos para o sujeito, fazendo com que ele continue criando novas realidades a fim de sobreviver a um mundo a seu modo de ver cruel. A intensidade desse sofrimento é resultante tanto de demandas individuais do sujeito como de seu contexto social. Por isso, vê-se a necessidade de se refletir o fenômeno da loucura.

No primeiro capítulo é discutido o panorama histórico das primeiras instituições psiquiátricas e a luta pela reforma psiquiátrica no Brasil, a fim de melhor compreender os tipos de ações que devem ser tomadas para que o trabalho possa ser definido enquanto reformista. A intenção é contrapor os modelos vigentes e os conceitos arcaicos aos novos ainda não consolidados e nem assimilados.

No segundo capítulo discorremos sobre a importância da família como processo de reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico. Este capítulo é subdividido em quatro subtópicos nos quais se fará um histórico da família com relação ao fenômeno da loucura; a culpabilização da família; a dinâmica familiar com a psicose e a família como cuidadora e também como alvo de cuidado em saúde mental. Pode-se dizer que a família é um instrumento a mais dentro da reforma para o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico grave.

Já no terceiro capítulo é abordado o trabalho da equipe multiprofissional no campo da saúde mental, sendo esta formada por vários profissionais da saúde, incluindo-se a família como parte desta. Ressaltando o psicólogo como agente facilitador deste processo, pois este vai contribuir para o estudo da subjetividade e a compreensão da totalidade da vida humana.

Assim, todos podem viver de uma maneira mais saudável com direito à cidadania, sendo esta respeitada e exercida por todos.

No último capítulo, é tratado o papel da família para o processo de reabilitação psicossocial e a relevância dos serviços substitutivos no resgate da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico no qual são proporcionados o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais, indispensável ao estabelecimento de novas possibilidades de produção de sentido de vida, ou seja, resgate da cidadania.

Diante do exposto, percebe-se o quanto à reforma psiquiátrica está além de uma resolução formal, pois deve ser feita a partir da auto-reflexão, do questionamento de valores construídos culturalmente nos quais todo ser humano está alicerçado.

Por fim, a presente monografia de conclusão de curso propõe reflexões a respeito do sujeito em sofrimento psíquico e da família como parte do tratamento, incluindo a equipe multidisciplinar em saúde mental, destacando a importância do psicólogo que vai valorizar a subjetividade, individualidade e singularidade do sujeito em sofrimento e também dos seus familiares. O papel da família juntamente com os serviços substitutivos será de auxiliar o sujeito em sofrimento psíquico a inserir-se novamente na sociedade e resgatar sua cidadania.

Capítulo 1: Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial

A loucura é tão antiga quanto a condição humana, existe desde sempre e pertence ao homem assumindo diversos sentidos ao longo da história. Na primeira metade do século XX houve no Brasil a construção dos hospícios públicos, priorizada pela política assistencial. A partir dos anos 60, houve a proliferação dos chamados hospitais psiquiátricos, onde os sujeitos em sofrimento psíquico foram submetidos a aprisionamentos, vinculados ao pressuposto de periculosidade, que os impediu de participar da vida social e exercer sua cidadania. A loucura é equiparada a todos os outros comportamentos desviantes da sociedade, o louco deveria ser punido por ser desviante. Por esta razão eram excluídos do trabalho, da cultura, do lazer, da família, ou seja, da vida social (Lobosque, 2001).

Basaglia (1985) argumenta que:

(...) “o que se revelou antiterapêutico e destrutivo nas instituições psiquiátricas não é uma técnica particular ou um instrumento específico, mas a organização hospitalar de alto a baixo: voltada como está para a eficiência do sistema, esta inevitavelmente passou a ver o doente como um objeto, quando o doente deveria ser a única razão de ser” (p.122).

Percebe-se que a submissão ao poder da instituição e dos médicos por aquele que é chamado louco provocou seu isolamento e exclusão da vida em sociedade. “A negatividade do lugar social do louco se dá por exclusão do universo das trocas sociais” (Tenório, 2001, p.64). Faz-se necessário refletir sobre esse movimento manicomial para um processo no qual o sujeito em sofrimento psíquico, os chamados loucos, possam ser vistos como sujeitos que precisam de cuidados e não excluídos do mundo. Portanto, não há dúvida que o modelo psiquiátrico seja de má qualidade e precise ser revisada.

A necessidade de se pensar em um novo modelo que não veja a loucura como doença, neste caso a reforma psiquiátrica, e em seguida a luta antimanicomial. Diante do pressuposto

da reforma psiquiátrica, faz-se necessário e presente a construção de um novo olhar para o fenômeno da loucura, ou seja, um novo olhar para o sujeito. Se não há preocupação em questionar velhos construtos em relação ao sujeito, não há reforma, e sim a tentativa de normatização e de psiquiatrização social.

Este capítulo terá como objetivo discorrer a respeito da história da loucura, fazendo um panorama histórico das primeiras instituições psiquiátricas para auxiliar na compreensão do caminho percorrido pela humanidade em relação à saúde mental. Em seguida trará os movimentos reformistas e a luta pela reforma psiquiátrica no Brasil.

1.1 Panorama histórico das primeiras instituições

Para falarmos sobre as primeiras instituições psiquiátricas vamos fazer um panorama histórico da exclusão do fenômeno da loucura. A prática de retirar o louco do convívio social para colocá-lo em lugares alienantes, foi durante séculos, vista pela sociedade e também pela própria medicina como a melhor alternativa de tratamento para o sujeito em sofrimento psíquico. Asilo, hospício e manicômio são algumas denominações que eram e ainda são dadas a estas instituições.

A partir do século XIV, se alastrava na Europa uma das principais instituições de segregação da Idade Média: os leprosários. Estes locais de confinamento de doentes eram grandes instituições que tinham a finalidade de isolar os acometidos de lepra, pois assim poderiam conter o alastramento da doença. Por ser a lepra uma patologia que naquela época não tinha cura, o isolamento era a melhor alternativa para evitar a disseminação generalizada da doença e proteger a sociedade (Foucault, 1997).

De acordo com Machado (2001), as pessoas que tinham visões, ou que agiam de maneira estranha ou promíscua, estavam compactuando com o diabo ou sendo possuídas por demônios e por isso precisavam de alguma forma ser exorcizadas, ou até mesmo mortas. Para

Holmes (1997) “Em uma sociedade como a Europa medieval, na qual um ponto de vista religioso era predominante, a anormalidade era frequentemente atribuída a causas sobrenaturais e o tratamento envolvia preces e diversas formas de exorcismo” (p.26). Com isso, essas pessoas eram condenadas pela Igreja e pela sociedade, sendo apedrejadas e torturadas de diversos modos.

Entretanto, os doentes que pertenciam às famílias de classes sociais mais altas eram isolados em suas casas e, através de rezas e rituais de exorcismos, tentava-se a cura de seus males. Porém, os menos favorecidos socialmente, como os mendigos e os pobres, eram vistos como ameaças para a sociedade e por isso deveriam ser mortos como uma forma de proteger os outros (Holmes, 1997).

Entre os séculos XIV e XVI, com o apogeu da Idade Média, ocorreu um grande movimento de mudanças culturais que atingiu a população urbana da Europa Ocidental. Na paisagem imaginária dessa época surge a “Nau dos Loucos”, composição literária de Brant, que retrata um fato real, o transporte destes passageiros errantes de um lugar para o outro. Estas naus eram embarcações que transportavam sua “carga insana” de uma sociedade para outra, sendo o louco banido das cidades e confiados a mercadores e peregrinos, se tornando prisioneiros de lugar algum (Foucault, 1997).

Contudo, essa forma de exclusão trouxe outras dificuldades, pois muitos desses passageiros ficavam vagando pelas ruas, vivendo como mendigos, criando assim um problema para as cidades que se mostravam hospitaleiras. Foucault (1997) acrescenta que solução para esses loucos seria o mesmo destino dado aos leprosos, ou seja, a exclusão em hospitais e prisões.

Na época clássica, não se buscava curar a loucura, pois até aquele momento ela não era conhecida como doença. A intenção era tirar proveitos e benefícios daquilo que pudesse ser utilizado para conter a disseminação da loucura. Assim, da mesma forma que a Idade

Média havia segregado os leprosos, o Classicismo inventa o internamento que passou a ser o principal instrumento de contenção da loucura tornando os hospitais lugares não de acolhimento mas de morte e verdadeiro esquecimento (Silva, 2001). Esses hospitais (asilos) eram mais prisões do que hospitais, pois nada era feito aos internos além de confiná-los sob horríveis condições. Segundo Foucault (1975): “o internamento do louco, juntamente com muitos outros na época clássica, não põe em questão a relação da loucura com a doença, mas as relações da sociedade consigo com o que ela reconhece ou não como conduta dos indivíduos” (p.79).

Com o passar dos tempos, após a Revolução Francesa, ou seja, a partir da metade do século XVIII, Phillippe Pinel teve o mérito de libertar os loucos das correntes, separá-los dos criminosos e colocá-los em lugar específico: os hospícios. Mas libertá-los das correntes não significava libertá-los do confinamento e promover uma possível convivência social. Na verdade, Pinel, seus contemporâneos e sucessores não romperam com as antigas práticas do internamento. Desta forma, o manicômio foi criado como um novo espaço onde passa habitar a loucura, não foi para libertá-la, mas para melhor isolá-la (Foucault, 1975).

Entretanto, é importante esclarecer o que vem a ser um sofrimento psíquico, visto que nessa reflexão surgem indagações quanto à denominação de loucura e como esta é vista perante a sociedade ao longo da história. É a partir dessas duas questões, socialmente interligadas, que tem origem a idéia da Reforma Psiquiátrica.

Segundo Lobosque (2003), a concepção de loucura pela sociedade, seguindo as idéias de Foucault, é separada do pensamento lógico no sentido de não haver correspondência no sujeito em sofrimento psíquico. Ou seja, se há loucura não há pensamento, pois o louco não pensa. Essa afirmação consegue resumir de maneira clara e objetiva a percepção que a sociedade tem em relação à loucura, por considerar o “louco” destituído de juízo de valor.

Para Foucault (1975):

(...) “não existe cultura que não seja sensível, na conduta e na linguagem dos homens, a certos fenômenos com relação aos quais a sociedade toma uma atitude particular: estes homens não são considerados nem completamente como doentes, nem completamente como criminosos, nem feiticeiros, nem inteiramente como pessoas normais. Há neles algo que fala da diferença e chama a diferenciação” (p. 87).

A loucura, até então objeto de estudo da filosofia, que tratava das questões da alma, das paixões e da moral, passa a ser objeto de estudo da medicina com Pinel. Este foi um construtor teórico e prático que reuniu e deu corpo ao saber médico e filosófico que vinham sendo produzidos sobre a loucura, ao mesmo tempo em que opera transformações práticas no lidar social e institucional. Assim, ao libertar os loucos das correntes e colocá-los em um lugar específico alia o poder da clausura ao poder médico, surgindo assim à psiquiatria (Foucault, 1975).

A institucionalização da loucura como doença mental fundou a psiquiatria como especialidade médica, cujo objetivo de trabalho era a “doença mental” na dimensão singular da vida dos sujeitos a partir da noção de normalidade e anormalidade que resultou no hospitalocentrismo e na exclusão social da pessoa considerada “doente mental” (Birman, 2003). Formulou-se então que a loucura era uma enfermidade devendo por isso, ser separada do mundo, da marginalidade social e ser submetida aos cuidados médicos.

Diante disso, a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, que significa estar fora de si, de tornar um outro, de perder a consciência de si e das coisas. É um estado de contradição da razão, estado de privação da liberdade, de perda do livre-arbítrio. Assim, “a loucura é apropriada conceitualmente pelo discurso médico, tornando-se a partir de então, única e exclusivamente, doença mental” (Amarante, 1996, p. 37).

Amarante (1996) acrescenta que a loucura na concepção de Pinel tinha como principal sintoma a irracionalidade e a imoralidade, daí se explicavam os delírios e os comportamentos bizarros. Entretanto, se por um lado Pinel define um estatuto para a loucura, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois até então a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão. Por isso, ele levanta a possibilidade de cura por meio do tratamento moral ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade. Assim, nascem os manicômios.

Os hospitais psiquiátricos, ou melhor, os asilos manicomiais nasceram com Pinel em 1793. O tratamento era para ser de cunho moral, onde os “loucos” pudessem recobrar a racionalidade pela reeducação da moral, através da punição e do castigo. A partir da punição o sujeito pode readquirir a noção fundamental de culpa. Ou seja, normalizar para curar. Se para Pinel a razão e a moral foram perdidas pela grande contradição que existia no meio social do “louco”, então, a melhor saída para se curar seria a reclusão, e o médico era dotado de plena razão moral, a pessoa mais indicada pra orientar esta cura (Amarante, 1996).

Diante da atitude de Pinel, segundo Amarante (1996), começa a se ter uma legitimidade do saber médico para se tratar a loucura, mesmo que este tratamento seja violento ou não, pois o médico está fazendo tudo em nome da ciência e da cura. A valorização do saber científico, ou melhor, do médico enquanto o único a mostrar a verdade sobre o sujeito em sofrimento e o único capaz de curar, faz com que a própria família sinta-se desvalorizada em seu saber, envergonhada e culpada por não saber “educar”, “moralizar”, ou seja, cumprir o seu papel na sociedade. Para se curar o “louco” precisa-se de internação, pois neste contexto a família não consegue lidar com a loucura. Com isso, o enfoque da loucura como doença passou a ser especialidade médica.

Foucault (2000) diz que:

“A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. (...) Como medida economia e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo (...) (p. 78)”.

Amarante (1996) constata que a forma de construção do conhecimento acerca da loucura vai se dar no contato direto com o “louco”, valorizando o seu discurso e o seu saber, pois assim não correrá o risco de transformar este sujeito em objeto. Para se estabelecer uma relação com o sujeito deve-se negar o rótulo do “louco” e se relacionar com este enquanto ser humano e não como “doente”. A loucura foi uma das saídas que o sujeito em sofrimento psíquico encontrou para poder estar no mundo, ou seja, uma saída existencial do sujeito com suas alucinações e delírios construídos para dar suporte a sua nova realidade. Percebe-se que a loucura deve ser focada e discutida no social, segundo Lobosque (1997), é importante que os impasses suscitados pelo convívio com a loucura sejam também tratados com a comunidade, pois esta vai ser uma das responsáveis pelo acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico.

Para Amarante (1996), os passos iniciais para derrubar esse modelo vigente consistem em desconstruir o paradigma problema-solução, em envolver e mobilizar nesse processo os atores sociais envolvidos (família, sociedade, profissionais de saúde e os próprios sujeitos em sofrimentos) já não mais sob o critério de alienação, o que permite descobrir que esse não é um problema puramente tecnocientífico, mas também normativo, social e ético, sendo este o processo de desinstitucionalização.

A desinstitucionalização prescinde da hierarquia tradicional e busca a participação e autodecisão dos sujeitos em sofrimento e familiares, a interlocução e o livre trânsito para que não se instalem novas formas de segregação, dependência e exclusão, pois o que prevalece é

o convívio libertário e tolerante com os indivíduos em sofrimento, maior envolvimento da família da comunidade e o diálogo entre a psiquiatria, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e profissional de saúde envolvidos na área (Basaglia 1985).

Segundo Basaglia (1985), a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos, porém seu propósito também envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural, pois com a reforma espera-se quebrar o paradigma da loucura com o intuito de resgatar o estabelecimento da cidadania do sujeito em sofrimento; o respeito a sua singularidade e subjetividade; a autonomia, e a reintegração do sujeito à família e à sociedade.

Segundo Medeiros (2003), a inclusão social acontece quando os sujeitos em sofrimento psíquico, também conhecidos como usuários de saúde mental, passam a ser vistos como indivíduos, não como doentes. Ou seja, a inclusão só irá acontecer de verdade quando a sociedade e a própria família reconhecer este sujeito não somente como organismo centrado na doença e nos sintomas, mas sim buscar compreender as necessidades do sujeito, com toda a complexidade da sua condição psicológica, socioeconômica e cultural.

A reforma da desinstitucionalização tem como pilar principal a promoção da cidadania do louco e a devolução de seu lugar de sujeito na sociedade, ou seja, a busca por singularidade, tornando-o sujeito do seu próprio tratamento.

1.2 - A luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil

Antes de se falar do movimento da reforma no Brasil, deve-se citar alguns movimentos que foram fundamentais para os ideais reformistas. Segundo Tenório (2001), as comunidades terapêuticas fizeram parte desse movimento e tinham como objetivo criar um novo modelo estrutural e discursivo que comandasse as ações do cotidiano no hospital. Contudo, essa proposta não vingou por não contestar o asilo e o modelo médico, seu jeito de

ver e tratar a loucura estavam ainda nos moldes tradicionais. Apesar deste movimento ter sido um fracasso ele deixou algumas contribuições como a busca pelo universo subjetivo do sujeito pela aproximação efetiva dos pacientes com a família e também com a sociedade.

Tenório (2001) acrescenta outro antecedente de suma importância a psiquiatria comunitária que tinha como pressupostos o tratamento preventivo e a atenção imediata na primeira crise para evitar a internação. Contudo, para alcançar esses objetivos este movimento fazia trabalhos na comunidade, organizando o espaço social de maneira a evitar crises. Diante disto, percebe-se que este modelo partia do princípio de normatização da rede social para o melhor acolhimento do sujeito em crise. A partir destes pressupostos, entende-se que não existe diferença entre este movimento e o asilar. Esse movimento foi alvo de muitas críticas, pois este está além de ser o ideal para a luta pela cidadania do “louco”. Acredita-se que a grande contribuição deste para a reforma foi a reinserção do sujeito em sofrimento psíquico à sociedade.

A reforma psiquiátrica no Brasil, de acordo com Tenório (2001), começou no fim dos anos 70, pois nesta época o clima instaurado no país era de restauração democrática, ou seja, ideais de igualdade, de valorização do povo e do fim do paternalismo. Esta reforma se dividiu em duas vertentes básicas que com o tempo se tornaram complementares.

A primeira delas é a crítica à relação cuidador e cuidado como o principal dispositivo para lidar com a loucura. Essa vertente se preocupou com maneiras de cuidar do sujeito em sofrimento psíquico. Já a outra vertente defende que a superação da prática manicomial se dá através da superação do paradigma hospitalocêntrico. Ou seja, as redes sociais ajudariam no processo de enfrentamento do sofrimento e seriam o melhor suporte que o sujeito poderia ter. Diante destas vertentes, forma-se o movimento dos trabalhadores em saúde mental com o objetivo de protagonizar a reforma psiquiátrica no Brasil (Tenório, 2001).

De acordo com Amarante (1996), nos últimos anos, o campo da saúde mental tem sido fortemente marcado pelo debate em torno da reforma psiquiátrica. Na década de 70, formam-se no Brasil o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, o chamado MTSM, que passam a protagonizar os anseios e as iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional. O MTSM busca a transformação da assistência psiquiátrica, seja pelas denúncias ao modelo oficial, de caráter predominantemente privatizante e hospitalocêntrico, ou pela elaboração de alternativas para as propostas de desospitalização.

Percebe-se que a reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico. O processo de Reforma Psiquiátrica vigorou no Brasil a partir da década de 90. Já que este foi um período marcado por uma significativa crise social e econômica e um grave quadro de miséria e violência social. Com isso, o Estado iniciou um processo de reorganização social no qual a medicina teve uma participação importante, principalmente a sociedade de medicina do Rio de Janeiro, formada por médicos engajados na luta pela medicina social, onde reivindicavam medidas de higiene pública para o tratamento da loucura (Amarante, 1996).

No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Entretanto, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A Lei 10.216, sancionada em 6 de abril de 2001, regula as internações psiquiátricas e promove mudanças no modelo assistencial aos pacientes portadores de sofrimento mental, destacando-se o processo de desospitalização, a ser implementado através da criação de serviços ambulatoriais, como os hospitais-dia ou hospitais-noite, os lares protegidos e os centros de atenção psicossocial (Ministério da Saúde, 2005).

O objetivo desta lei é humanizar o tratamento de modo que a internação seja o último recurso e quando esta for necessária que seja feita de forma digna cercada dos devidos cuidados e do absoluto respeito à cidadania do sujeito. O que se observou durante anos com os hospitais psiquiátricos é que os sujeitos em sofrimento psíquico grave ficavam internados durante anos, ou seja, acabavam morando nos hospitais. Então, há a preocupação em evitar as internações prolongadas e em reduzir as compulsórias, pois a proposta da reforma é privilegiar o convívio do paciente com a família e com a comunidade (Ministério da Saúde, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2005) um dos grandes avanços obtidos com a Lei 10.216 é que esta proíbe a internação em instituições com características manicomiais, determina a necessidade de autorização médica para internação e exige a notificação compulsória ao Ministério Público, no prazo de 72 horas, em caso de internamento contra a vontade expressa do paciente; diagnóstico e terapia passam a depender de autorização do paciente ou de seu responsável legal.

Neste novo modelo, a família juntamente com a sociedade é chamada a assumir responsabilidades com os sujeitos em sofrimento psíquico para que estas se conscientizem de que o sujeito não oferece risco para ninguém e que ele não é um incapaz, sendo a inserção social mais eficaz para a sua recuperação (Tenório, 2001).

Tenório (2001) acrescenta que dentro do campo de atenção à saúde mental o movimento sanitarista foi o primeiro movimento a surgir em crítica aos *modus vigentis* que tinha como objetivo principal levar a público denúncias de maus tratos e violência a que os doentes eram submetidos, aperfeiçoar o sistema de saúde, seu planejamento e financiamento e ampliar o acesso à saúde para a sociedade.

Segundo o autor acreditava-se que dentro do movimento sanitarista as instituições asilares eram o melhor instrumento terapêutico para o tratamento da loucura, precisando

apenas ser mais bem gerenciadas e ampliadas, pois assim todos da sociedade teriam acesso. O MTSM desdobra-se segundo Amaral (2006) no então Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA). Este movimento é integrado por profissionais, familiares e os sujeitos em sofrimento psíquico protagonizando um processo pela luta da desinstitucionalização e humanização dos serviços em saúde mental, reconstruindo as relações sociais em torno da loucura.

De acordo com Lobosque (2001), a luta antimanicomial implica em retirar a clínica biomédica da saúde mental da sua tradicional função de controle social, para colocá-la a serviço da autonomia e independência das pessoas. O principal projeto antimanicomial é a substituição dos hospitais psiquiátricos por recursos extra-hospitalares, não apenas transformações arquitetônicas e o fechamento dos hospitais psiquiátricos para mostrar que a lei está sendo cumprida. Precisa-se muito mais do que isso. Lobosque (1997) relata:

“Certamente, o hospital psiquiátrico não é o único instrumento e não é a única versão do dito modelo manicomial. Por exemplo, houve uma diminuição de leitos psiquiátricos no Brasil nos últimos anos, sem que tenha ocorrido em número significativo a implantação de serviços substitutivos, sendo assim, uma ‘sociedade sem manicômios’ entendida simplesmente como ‘sem hospitais psiquiátricos’, poderia ainda assim permanecer fortemente manicomial (p.26)”.

O que se espera da luta antimanicomial não é simplesmente a transferência do sujeito em sofrimento para fora dos muros dos hospitais, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se o resgate ou o reestabelecimento da cidadania do sujeito, o respeito à singularidade e subjetividade. Diante disso, espera-se a reintegração do sujeito à família e a sociedade (Tenório, 2001).

As contribuições trazidas pela Lei 10.216 são indiscutíveis, pois além de trazer um novo olhar para o sujeito em sofrimento psíquico ela trouxe também uma intensificação da

discussão sobre a loucura, por parte da sociedade, proporcionando assim uma maior reflexão e uma mobilização nacional em favor da cidadania do louco. Diante destes fatores, começaram a surgir experiências não manicomiais bem sucedidas, Tenório (2001) destaca a criação de CAPS (Centros de Atenção Psico-Social), e de NAPS (Núcleos de Atenção Psico-Social), que são definidos como centros de atenção psicossocial com assistência regionalizada e que tem como responsabilidade primordial o atendimento e o acolhimento da loucura em sua totalidade, oferecendo o maior número de alternativas de cuidado.

Percebe-se que no Brasil, a luta antimanicomial ainda bate de frente com a luta política, onde os interesses políticos e pessoais sobrepõem-se ao bem estar do sujeito em sofrimento psíquico e de sua família. Portanto, o que se observa hoje é que apesar de existir as propostas reformistas ainda estamos longe de atingir um ideal e que a luta é constante e diária.

Capítulo 2: A importância da família na reabilitação do sujeito em sofrimento psíquico

Segundo Costa (2001), a família é um sistema aberto, onde a moral e os valores são influenciados pela cultura. Assim, como ela está inserida no social, temos que trabalhar com ela a desconstrução social do termo loucura a fim de que a família sinta-se incluída no tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Diante do processo de valorização do sujeito para a tentativa de reinserção no social, a questão familiar é um tema de grande importância, já que a proposta é a desinstitucionalização e o sujeito quando sai do hospital vai voltar para a sua família, ou seja, para as suas referências. Então, pode-se dizer que a família é um dos instrumentos na luta antimanicomial.

Entretanto, é importante ressaltar que antes de se tornar agente de cuidado é fundamental que a família seja acompanhada em seus conflitos e angústias. Por isso, neste capítulo abordaremos a importância da família no processo de reabilitação do sujeito em sofrimento, com o objetivo de ampliar a visão a respeito da loucura e da estrutura familiar com a psicose.

2.1 Histórico da família em relação ao fenômeno da loucura

É importante, neste momento situar historicamente, como a família foi construída ao longo dos séculos e que construtos sociais se têm hoje desta. Segundo Costa (2001), a forma como a família se configura está intimamente relacionada com os padrões de relacionamento, interação com o social e com as famílias de origem que carregam os mitos, legados, segredos, projeções e identificações.

Dentro da história, percebem-se dois momentos marcantes que acabaram por impregnar a imagem social que se tem da família ou que a própria família tem da saúde

mental, marcando assim a maneira como esta lida com a loucura: a construção dos asilos e os primeiros movimentos de reforma do asilo, marcados pelo sanitarismo e pela psiquiatrização do social.

O primeiro momento foi o modelo asilar. No século XVII, de acordo com Pessotti (1996), com a construção dos manicômios por Pinel estes passam a ser os instrumentos de “cura” para a loucura. Com isso, a família perde a responsabilidade e a capacidade de cuidar desse sujeito em sofrimento psíquico, pois como já foi dito, a idéia era retirar esses sujeitos da sociedade ensiná-los a se enquadrarem em um ambiente de regras com normatização e disciplina.

Já no início do século XVIII se tinha a concepção de que o sujeito em sofrimento psíquico deveria ser tutelado por sua irracionalidade e esta deveria ser feita por alguém que possuísse suas capacidades intelectuais intactas. Segundo Amarante (1996), com o surgimento e crescimento da ciência, o conhecimento do senso-comum foi desvalorizado em favor do método científico.

Assim, até meados do século XIX, no Brasil, seguia-se o padrão de família européia, ou seja, o sistema familiar não era constituído apenas por membros consangüíneos, mas também por agregados, aprendizes encaminhados de outros sistemas familiares, servidores e escravos. Para Melman (2003), a família tinha por fim a manutenção do nome, a passagem de bens aos herdeiros e a subsistência de seus membros. Nessa época, não havia separação entre as vidas afetivas, profissional e social, enfim, tudo acontecia dentro do sistema familiar.

Ainda de acordo com Melman (2003), a família era uma unidade de produção e consumo voltada para a figura do senhor, sendo esta a função do pai, marido e chefe da organização. Percebe-se que a figura masculina representava na época o poder sobre os outros integrantes da família, ou seja, subordinavam-se à qualquer decisão tomada pelo pai. A responsabilidade pela educação de seus herdeiros, nesta época, não era da família. A criança,

depois de certa idade era transferida para uma outra família, realizando nesta todos os serviços domésticos. O objetivo deste costume era que a criança aprendesse os valores desejáveis pela cultura. Com isso, percebe-se que nesta época não havia intimidade e privacidade familiar enquanto um valor a ser conquistado, era exatamente o contrário, o valor era a partilha. Como a criança saía de casa muito cedo, não existia uma proximidade entre pais e filhos. Outro fator, que ocorria na época e que dificultava a proximidade entre pais e filhos era a mortalidade infantil, de modo que, os próprios pais tinham medo de se apegarem aos filhos.

O modelo de família ampliada passou a ser revisto a partir da mudança do construto social que se tinha da criança e pela diminuição da mortalidade infantil. Diante disto, a infância e os métodos de educar passam a ser discutidos. A escola fica como a responsável pela formação da criança, tanto no seu desenvolvimento cognitivo como no moral. Neste momento a família já passou a ser vista como nociva ao desenvolvimento infantil. Com isso, criam-se os internatos (Melman, 2003).

Ainda segundo o autor, a escola no século XIX impôs sua autoridade moral, passando a ser praticamente a única responsável pela educação infantil, bem como a responsável pela educação moral e intelectual da criança. O regime disciplinar era bem rigoroso tendo em vista a constituição do sujeito enquanto um ser social, ou seja, um cidadão. Entende-se esse movimento como uma tentativa de universalização da norma. Somente pessoas com conhecimentos eram capazes e habilitados para educar. Com isso, aumentava-se a segurança da própria sociedade porque estes valores seriam repassados da forma mais correta e homogênea possível.

Juntamente com uma nova forma de pensar começou a ser valorizado o conhecimento técnico científico em detrimento ao senso comum, ou seja, o pensamento positivista. Portanto, é a partir deste momento que a sociedade como um todo passa a ter legitimidade no saber científico. Por isso, quem possuía o conhecimento científico tinha o poder de decidir

sobre a vida de qualquer sujeito. Paralelamente a isso, foi com a valorização do positivismo que a psiquiatria passou a situar a loucura como uma doença mental. Assim, a família e a sociedade perdem a responsabilidade perante o tratamento do sujeito com sofrimento psíquico grave, pois estes não possuem instrumentos necessários para “tratar” esse sujeito. Diante disto, a psiquiatria passa a ser a responsável pelo tratamento e pela “cura” desse sujeito. (Melman, 2003).

O autor acrescenta foi no século XX que a família se tornou responsável pela educação moral dos filhos. Segundo o autor, essa alteração ocorre diante da mudança de valores da sociedade com relação à sexualidade e, conseqüentemente a divisão de papéis dentro do núcleo familiar. O pai passou a ser visto enquanto o responsável por prover a casa, trabalhando fora para produzir e ganhar dinheiro. Já a mulher, como geradora dos filhos, deveria cuidar da casa, da educação e moral das crianças. Com todas essas mudanças, percebe-se uma nova relação entre pais e filhos.

Neste momento, nasce a família enquanto responsável pelo completo desenvolvimento infantil. Como em qualquer núcleo familiar, começaram a surgir os problemas de ordem existencial e afetiva, então, esta passa a demandar de um apoio técnico para ajudá-la a cumprir suas funções.

2.2 - Culpabilização da família

Para Melman (2003), os modelos para educar surgem a partir do desenvolvimento dos saberes “psi”, ou seja, baseados em saberes técnicos valorizados por uma sociedade positivista. O núcleo familiar ou família nuclear ocidental moderna detém a maior parcela de responsabilidade na educação, formação, identificação e atenção a qualquer sinal de desequilíbrio de saúde e desvio de comportamento de seus membros. A ruptura de expectativas que tendem à normalidade no ciclo vital (nascer, crescer, estudar, namorar,

trabalhar, constituir família, se aposentar...) constitui um fator de angústia e cobrança social. Porém, se algo sai errado, a culpa é toda do sistema familiar que não teve competências suficientes para ver determinados comportamentos, para ser mais ríspido quando precisava, etc. Ou seja, a família sente-se culpabilizada, envergonhada e desvalorizada pelo fracasso em sua forma de agir e educar, conseqüentemente, sente-se insegura para lidar com o diferente, neste caso, o sujeito em sofrimento psíquico. Geralmente, a presença de um problema como o da loucura desestrutura o sistema familiar nas formas habituais de lidar com o cotidiano.

Melman (2003) afirma que o acometimento de “doença mental” no membro de um núcleo familiar tende a se transformar numa realidade permeada por sofrimento e dor. Tal evento representa uma crise, que é expressa pela gravidade de sua manifestação e, devido a longa duração dos sintomas, os fracassos sociais dos sujeitos em sofrimento, e as dificuldades de comunicação e interação produzem no sujeito e nos familiares vivências de frustração e desespero e um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária.

Por isso, muitas vezes a própria família e o usuário se excluem da comunidade reduzindo assim, a sua rede social. Visto que a própria rede social pode se afastar da família, por causa da falta de informação e do preconceito perpetuado por gerações (Melman, 2003).

O autor acrescenta que o movimento de culpabilização da família se dá como uma espécie de defesa ante as dificuldades no tratamento com o sujeito em sofrimento psíquico, pois a tarefa de cuidar desse sujeito não é fácil. Todo o sistema contribui para a dificuldade de lidar com o sujeito em sofrimento de saúde mental. Ou seja, toda a rede social é também responsável. Assim, o grande objetivo da reforma frente à família é recobrar as competências desta e sua responsabilidade também no tratamento. Essa visão reforça a idéia de olharmos de uma forma diferente para o fenômeno da loucura.

2.3 Dinâmica familiar com a psicose

Com a necessidade de abarcar o fenômeno da loucura de uma forma mais ampla e complexa, as famílias historicamente excluídas do tratamento e culpabilizadas pelo surgimento da loucura passam atualmente a ter um papel central no acompanhamento do sujeito em sofrimento psíquico grave, pois o núcleo familiar é considerado o local de acolhimento desse sujeito.

Segundo Costa (2001), como a família é um sistema aberto, a moral e os valores familiares são influenciados pela cultura, assim, todo o construto que o social tem da loucura, a família também tem. Estes construtos devem ser trabalhados dentro do sistema familiar. Além das variáveis sociais, há também, as variáveis transgeracionais, ou seja, a forma como a família se configura está intimamente relacionada com os padrões de relacionamento e interação com o social e suas famílias de origem. A família é construída a partir da interação entre os sujeitos, sendo esses singulares, pois cada um possui necessidades próprias e, com isso, cada um possui um cenário subjetivo. Então, cada membro possui uma percepção diferente a respeito de si e da família, pois cada um ocupa papéis diferentes.

Sluzki (1997) enfatiza a importância da rede social pessoal enquanto responsável pela construção da identidade individual, fazendo com que o sujeito se reconheça como indivíduo, contribuindo assim para a sua auto-imagem. Por isso, dentro de uma visão complexa da família, a partir do momento em que se estabelece a sua rede social este meio a define como incapaz e culpada pelo surgimento do sofrimento psíquico grave, esta constrói para si sentidos incapacitantes, aumentando a insegurança e a vergonha. Dentro do contexto individual, a diminuição de contatos sociais faz com que os membros da família se tornem extremamente dependentes uns dos outros, sendo o sistema familiar o único ao qual o sujeito se baseia para se constituir como sujeito.

Com isso, de acordo com Tenório (2001), quanto menos contato social, mais o indivíduo se torna dependente afetivamente e menor a possibilidade que estes se diferenciem

e sejam autônomos. Assim, com uma rede social restrita, o sujeito constrói a sua vida em função das expectativas do outro, afastando-se cada vez mais da construção da sua singularidade. A autonomia se adquire pela qualidade da rede social, com uma rede social mais ampla o sujeito tem várias possibilidades de escolha, aumentando a possibilidade de configurações subjetivas mais amplas e conseqüentemente mais saudáveis.

Para Costa (2001), um ponto de grande importância dentro da dinâmica familiar é a forma como a própria família encara o sujeito em sofrimento psíquico, pois este sujeito se comporta diferente dos outros membros. A família tem uma tendência a buscar o equilíbrio da normalidade com todos os membros. No caso da configuração familiar com a psicose, para este autor, sua principal característica é a rigidez das relações, pois como um de seus membros é diferente dos outros e não segue os padrões determinados, a reação da família geralmente é excluí-lo e ignorar o seu saber. Como este sujeito transgride os valores construídos pela família, esta como forma de se defender desse sujeito o rejeita. E com esta rejeição, de acordo com o autor, é motivado o desejo da internação.

É necessário destacar que existem outros fatores associados à internação, tais como: a impotência diante do fenômeno da loucura, a vergonha, a incapacidade de cuidar desse sujeito em sofrimento psíquico, a culpabilização dos familiares, o medo desse sujeito que é visto como louco e perigoso e a dificuldade de buscar saídas para lidar com esse sujeito. Contudo, a maneira que a família encontrou para lidar com este sujeito é internando-o, pois assim, a família se desresponsabiliza por este sujeito que agora deve ser tratado e cuidado por profissionais capacitados a lidar com ele neste caso nos manicômios ou nos asilos institucionais. Existem maneiras de conviver e lidar com este sujeito que não seja internando-o, pois dessa maneira, mesmo sem querer, essa ação acaba excluindo-o da sociedade, sendo que os espaços sociais são fundamentais para a construção do sujeito diante do mundo e de si (Costa, 2001).

Dentro da dinâmica familiar com a psicose devem-se observar os delírios e as alucinações. Estes são sintomas presentes no sujeito em sofrimento psíquico, pois foi a maneira singular de subjetivação que o sujeito encontrou para se comunicar. Partindo do fato que ele é excluído da sociedade, tornando-se algo intolerável para qualquer ser humano, esse sujeito cria a sua própria realidade com objetivo de suportar o insuportável, ou seja, uma maneira estritamente singular de encarar sua realidade, simbolizando seu mundo familiar e social. Como esta comunicação não é compartilhada, é difícil haver uma integração no espaço familiar e na comunidade, podendo muitas vezes levar ao mau entendimento e a desqualificações do sujeito. Então, o que acontece na maioria das vezes é que este não tem voz dentro da família e muito menos na sociedade. Com isso, a família pensa, age, come e fala pelo sujeito em sofrimento psíquico, assim, as escolhas são feitas pelos outros. O sujeito existe, afinal todos o enxergam fisicamente, mas não possui voz.

Diante da configuração familiar observa-se a necessidade de se tratar tanto o sujeito em sofrimento quanto os seus familiares. O cuidado com esta se faz necessário para que esta se sinta segura e preparada para lidar com a loucura, pois é um instrumento de grande importância para o tratamento desse sujeito.

2.4 Família como cuidadora e também como alvo de cuidado em saúde mental

Segundo Melman (2003), existem evidências que demonstram a eficácia das intervenções familiares em promover a melhora do quadro clínico, diminuir ou atenuarem recaídas e diminuir o número de internações psiquiátricas nos sujeitos com sofrimento psíquico grave. Entretanto, o bom funcionamento social desses sujeitos depende diretamente de um ambiente familiar satisfatório e não manicomial. É importante levar em consideração que o vínculo entre os familiares e o sujeito geralmente é complicado, pois são permeados de problemas e obstáculos. Conviver e cuidar cotidianamente com o sujeito com sofrimento

psíquico grave impõe uma quantidade enorme de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais. Por isso, uma das propostas da reforma psiquiátrica é trabalhar juntamente com estes familiares e ajudá-los nessa tarefa que todos sabem não é nada fácil. Assim, ao mesmo tempo em que a família cuida do sujeito ela também precisa de cuidados.

Ainda de acordo com Melman (2003), um ambiente familiar extremamente estressante e crítico é um fator negativo para o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico. Alguns familiares têm uma tendência a superproteção e ao hiperenvolvimento, com isso, intensifica os conflitos e dificulta os acordos. Assim, os familiares constroem dentro da própria casa verdadeiros manicômios, diante das relações que são estabelecidas com o sujeito em sofrimento psíquico, normatizando e destituindo o seu saber. Ou seja, saíram da prisão que eram os manicômios, mas agora vivem presos na sua própria casa.

Para Sluzki (1997), as relações advindas da rede social pessoal contribuem tanto para uma construção de si com sentidos capacitantes, mais fluidos e tendentes à mudança, promovendo o bem-estar social e individual. Contudo, pode contribuir também para uma configuração subjetiva incapacitante, promovendo a rigidez, a estabilidade e a doença. A partir do que foi exposto, percebe-se que além de repensar e questionar os construtos acerca da loucura e da família é importante que as relações interfamiliares sejam reconstruídas. Essa reconstrução é feita de uma forma sistêmica, pois todos que são inseridos no contexto precisam rever alguns conceitos e preconceitos e a equipe multiprofissional vai ser um instrumento a mais para que esta família consiga lidar com a culpa, vergonha, angústia, propondo estratégias que favoreçam uma relação mais saudável e menos manicomial.

Segundo Melman (2003), a relação terapêutica com os familiares é geralmente tensa, pois a família carrega consigo experiências com o sujeito em sofrimento psíquico nem sempre muito felizes e animadoras. Assim, é comum serem resistentes, armadas de respostas prontas e mecanismos defensivos bem estruturados. Então, o trabalho com estes familiares requer

paciência, tolerância à frustração, sensibilidade na procura de sentidos na história de vida dos sujeitos.

Dentro desta proposta, uma das estratégias para cuidar dessa família seriam as visitas domiciliares, as terapias familiares, as terapias individuais e o encontro de grupos de familiares, entre outros. De acordo com Melman (2003), o grupo de familiares tem se mostrado um valioso instrumento de dinamizar o cuidado, revelando uma tecnologia efetiva e eficiente. Esses grupos podem funcionar como espaço de acolhimento. Ouvir o relato de outra pessoa pressupõe uma disponibilidade de acolher o sofrimento e angústia do outro, percebendo assim pontos de contato e vivências semelhantes. O processo de identificação facilita aos participantes ver no outro o reflexo da sua realidade, aliviando assim a sensação de isolamento e solidão. Esses mecanismos de identificação aumentam o grau de coesão e continência, assim, estimula a formação gradativa de uma confiança necessária para que cada um possa se expressar. Uma das propostas de Melman é a noção de singularidade como uma individualidade em processo permanente de subjetivação, atrelada à própria trajetória do sujeito. Esses processos são inteiramente variáveis conforme os indivíduos e sua época e nunca pára de renascer e de transformar.

A utilização desta proposta pode permitir aos familiares saírem um pouco da culpa, dor e negatividade, para a produção de alternativas mais libertadoras. Diante do que foi exposto percebe que hoje os familiares não estão mais sozinhos nesse processo e que existem alternativas para que estes consigam lidar melhor com o sujeito em sofrimento psíquico. Entretanto, a boa convivência entre os familiares e o sujeito em sofrimento só é possível a partir do momento que há uma desconstrução do sofrimento enquanto uma doença, para resgatar o poder e a verdade da palavra desse sujeito com sofrimento, fazendo com que a família o veja como sujeito compreendendo o seu sofrimento.

Capítulo 3: A Necessidade de uma equipe multidisciplinar em saúde mental

Neste capítulo será abordado a importância da descentralização do poder para o cuidado com os sujeitos em sofrimento psíquico, pois a importância de um trabalho multiprofissional se justifica como uma tentativa de abarcar este fenômeno da loucura por ângulos diferentes e a horizontalização para que todos os profissionais, comunidade e família possam ter sua relevância.

3.1 - A importância de uma equipe multidisciplinar

Segundo Pietroluongo e Resende (2007), a equipe multidisciplinar pode ser estruturada de duas formas: vertical e horizontal. No caso da saúde mental, a estrutura verticalizada ou hierarquizada é marcada pela soberania do saber médico sobre os demais saberes. Essa cultura de autoridade do saber médico é disseminada não só entre os médicos, mas entre todos os outros profissionais que trabalham na instituição manicomial. Assim, como consequência dessa visão o papel dos demais profissionais é de auxílio e apoio ao saber da psiquiatria. Ou seja, todos os profissionais da equipe acabam norteando as suas ações a partir das decisões advindas do saber médico. Percebe-se que esta é uma forma verticalizada de organização em equipe, reduzindo o fenômeno da loucura somente ao orgânico e ao tratamento medicamentoso. Com isso, a dinâmica da equipe está em torno da medicação e da instrumentalização da família para lidar com a doença.

O autor acrescenta que o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico circunscreve-se ao controle da medicação, sendo a família orientada pelo médico e pela equipe a tomar cuidado com esta medicação senão o sujeito não vai conseguir ficar em casa e sim internado. Esta forma de agir cristaliza limites e faz com que se perpetuem, na família, os sentidos de irracionalidade, de assujeitamento e organicidade da loucura, bem como a dependência tanto

da família como do sujeito a essas diretrizes médicas. Ou seja, a explicação organicista reduz a noção acerca da etiologia da loucura, perdendo de vista os fatores psicológicos, sociais e relacionais. Entretanto, são esses fatores que vão sedimentar uma nova forma de ver a loucura enquanto uma saída existencial.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica nasceu com o objetivo de questionar e quebrar alguns paradigmas, médico e moral, limites culturais impostos pela normalização, propondo uma nova visão acerca da loucura. Sugere um novo olhar sobre a loucura enquanto um fenômeno que deve ser visto em sua totalidade, percebendo a necessidade da articulação entre os diversos saberes, médicos, sociais, psíquicos, ocupacionais, etc. Compreende-se assim, a importância dos vários saberes onde todos têm a sua devida importância.

O processo de transformação institucional em Saúde Mental tem sido um desafio constante, pois é necessário e preciso realizar a desconstrução das ideologias dos diversos campos do conhecimento. Por esta razão, objetiva-se colocar em discussão conteúdos, crenças e valores que os profissionais da saúde, pacientes dos serviços de saúde mental e seus familiares, apresentam em relação à doença mental.

Segundo Basaglia (1990), a principal característica dos estabelecimentos psiquiátricos é uma separação entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm. De acordo com Foucault (1999c, p.124), “todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder, ou seja, são tentativas de deslocar a relação, mascará-la, eliminá-la, anulá-la”. Diante disto, talvez o que legitime o processo de desinstitucionalização seja a mudança efetiva na rede de relações de poder, tanto nas relações entre os trabalhadores, como destas com os gestores, usuários e familiares.

Contudo, ainda temos que melhorar muito nas relações com os cuidados e cuidadores com os sujeitos com sofrimento psíquico grave, pois segundo Palombini (2003) a ética que rege tais relações não se destaca daquela que regula a relação com a loucura nessas

instituições, pois conforme já foi dito a lógica manicomial se sustenta no tratamento moral. Entretanto, tem que haver uma mudança dessa lógica subvertendo o modo hierarquizado, autoritário e prescritivo que historicamente moldou a constituição das equipes de trabalho no campo da Saúde Mental para a descentralização do poder onde todos são importantes para o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico.

Segundo Silva (2001), a loucura é caracterizada por sua multidimensionalidade e multideterminação, ampliando-se para todos os campos como o biológico, psicológico, individual, familiar e social. Sendo assim, apesar de se constatar a importância de uma equipe multidisciplinar para a saúde mental, percebe-se ainda como a psiquiatria vê o médico como o único profissional que detém o conhecimento para lidar com a loucura. É importante reforçar que o trabalho não é feito apenas pelos médicos, existem outros profissionais como, por exemplo, os enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e os próprios familiares.

Segundo Saraceno (1999), ao convocar os profissionais a rever seu entendimento a respeito do conceito de loucura, saindo da idéia de “cura” para a de “cuidados”, da ideologia do “reparo” para a de “direitos”, a Reforma Psiquiátrica contribuiu para a desconstrução de saberes e certezas. Diante disto, hoje se exige um novo olhar e uma nova postura do trabalhador, pois agora não mais trabalha sob a proteção dos muros dos hospitais, mas movimentando-se pela cidade. Ou seja, não trabalha com “loucos de todo gêneros”, mas com “cidadãos” que exigem respeito.

De acordo com Brandão (2001), a intervenção com equipes possibilita diferentes olhares e auxilia na criação de diferentes hipóteses, na tentativa de vislumbrar a complexidade do sistema familiar e a loucura. Assim, no momento que a equipe se flexibiliza diante das demandas singulares da família, ambas tornam responsáveis pelo sujeito em sofrimento. Quando há um diálogo com esta e é apresentado a sua real importância e poder, no sentido da possuir meios para família ajudar o usuário aumenta-se as chances para que elas busquem

estratégias para lidar melhor com os sujeitos em sofrimento. A equipe multidisciplinar seria um suporte para o sujeito e sua família, pois cada um tem seu lugar e suas subjetivações. Com esta nova forma de agir, o sujeito passaria a ter seu lugar de sujeito com direito à escolha do melhor tratamento.

De acordo com Amorim (2003), o projeto de formação de profissionais capazes de tornar a sua atuação em uma atuação antimanicomial está em serem capazes de criar espaços permanentes de reflexão, ou seja, de uma atuação interprofissional, rompendo com o modelo tecnicista e individualista para assim se reconhecerem enquanto cidadãos, identificando a dimensão política de sua atuação. Com isso, nota-se que a palavra da reforma dentro da equipe multidisciplinar é compartilhar. Ou seja, partilhar visões, hipóteses, anseios, dificuldades, conflitos com o outro. Reconhecer a limitação, o não saber, a humanidade e a necessidade de estar com o outro para crescer. Este movimento dentro da equipe começa a refletir na relação com a família, permitindo-se estar em uma relação aberta, construindo hipóteses, novos lugares e novas formas de lidar com o sujeito.

3.2 A família como parte da equipe em saúde mental

Almeida & Mishima (2001) apontam que um trabalho com interação social entre os trabalhadores, com maior horizontalidade e flexibilidade dos diferentes poderes, possibilita maior autonomia e criatividade dos agentes e maior integração da equipe. Entretanto, se esta integração não ocorrer, corremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos, pois se considera que a unidade produtora dos serviços não é um profissional isoladamente, mas sim a equipe multidisciplinar, incluindo a família. Portanto, o foco central de atenção não é o indivíduo isoladamente, mas a família e a sua rede social. As intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se

sustentar bio-psico-sociais do sujeito em sofrimento, e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade. Com isso, a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo, em que a interdisciplinaridade, bem como a multiprofissionalidade são necessárias. Porém, não se pode descartar a possibilidade que em algumas circunstâncias o sujeito em sofrimento psíquico necessite de um acompanhamento individualizado.

Uma das contribuições em trabalhar em equipe é discutir o plano terapêutico do usuário, sendo este personalizado, individualizado, pois este se refere aos cidadãos que têm que ter respeitadas suas identidades; nas suas necessidades; na sua subjetividade. Esse plano deve incluir e levar em consideração a análise da vida familiar do sujeito, o papel que cada integrante desse núcleo desempenha. Segundo Tenório (2001), para cada sujeito que está em tratamento propõe-se que se conceba um projeto terapêutico. Essa noção visa garantir uma conduta singularizada, em contraposição às práticas homogeneizantes das instituições asilares.

Assim, percebe-se que não é simples trabalhar em equipe, muitas vezes não há interação entre os membros, sendo este o grande desafio para todos os integrantes da equipe, inclusive a família, pois não é só conhecer o seu papel, mas também conseguir valorizar e reconhecer o papel do outro como de fundamental importância. A união dos conhecimentos advindos das diferentes áreas do saber, assim como as experiências individuais permite aos participantes da equipe uma visão mais completa em um campo de atuação cujo objetivo envolve toda a complexidade inerente ao ser humano. Então, percebe-se a importância de uma equipe horizontalizada, aberta a reflexão e a novas alternativas relacionais e de ação terapêutica.

Portanto, pode-se dizer que o trabalho da equipe multidisciplinar é acolher e capacitar para não excluir, pois é só a partir de uma visão mais complexa do fenômeno da loucura em uma família que esta pode através da compreensão e da significação de seus padrões

familiares construídos, buscarem novas saídas mais criativas, flexíveis e também mais saudáveis.

3.3 O papel do psicólogo na Saúde Mental

De acordo com Amorim (2003), o papel do psicólogo que trabalha com a luta antimanicomial deve ser o agente de transformação social, com uma postura de críticas aos valores e construtos teóricos tendo por objetivo fim a emergência e a inclusão da diferença na sociedade. E a formação deste profissional deve ter por base a crítica e a reflexão, já que todo o conhecimento construído, tanto pela psicologia quanto pela psiquiatria, não é neutro. Assim, pode-se dizer que o psicólogo pode e deve sair do campo prescrito da disciplinarização, de vigilância para estar em um lugar de questionamento, visando à verdadeira inclusão do sujeito, colocando a doença entre parênteses ao invés do sujeito. Com isso, pode-se dizer que o psicólogo pode ser o precursor do movimento de reflexão e mudança desde que sua formação e conseqüente atuação privilegiem o sujeito, o conhecimento ao invés da pura objetivação. Então, ainda segundo o autor, é de fundamental importância que a teoria construída e a prática realizada tenham comprometimento com a vida, com a construção de sujeitos criativos e capazes.

Amorim (2003) acrescenta que o projeto de formação de profissionais capazes de tornar a atuação em antimanicomial está em, dentre outros fatores, serem capazes de criar espaços permanentes de reflexão; de uma atuação interprofissional, rompendo com o modelo tecnicista e individualista; e capazes de ser reconhecerem enquanto cidadãos, identificando a dimensão política de sua atuação.

O psicólogo deve compor e fazer parte da equipe, principalmente no campo da saúde mental, pois cabe a ele ver o sujeito com sofrimento psíquico grave sob outra ótica, dando autonomia ao sujeito. Ou seja, este profissional tem papel fundamental da escuta diferenciada,

de valorizar a subjetividade, individualidade e singularidade do sujeito. Assim, este profissional vai incentivar a equipe a ter uma postura de acolhimento, de não padronização e normalização. O psicólogo como qualquer outro membro da equipe deve buscar ter sempre a postura do não saber, pois sempre há o que aprender principalmente com o sujeito com sofrimento psíquico grave. Claro que existe o saber teórico, mas o saber do dia a dia construído com o sujeito em sofrimento, com os familiares e com a equipe é bastante rico e deve ser valorizado.

Entretanto, percebe-se que a equipe pode em diversas circunstâncias enfrentar dificuldades para chegar a um consenso sobre o plano terapêutico do paciente, por não entenderem exatamente o que acontece com o sujeito, por exemplo, quando ele está delirando, quando ele está alucinando, agressivo, triste, deprimido, podem e frequentemente vêm isto como doença. Assim, sendo doença prescreve-se a medicação e acredita-se estar tudo resolvido. Contudo, não é desta forma que se quer a relação terapêutica, tem que falar da pessoa, do sentimento dela, do sofrimento, da dinâmica, de informar a psicodinâmica do paciente, das relações familiares, deste significado, pois todos estes aspectos são relevantes e a psicologia tem o papel de perceber estas diferenciações e trocar essas informações com a equipe. Geralmente, a família que lida com o sujeito todos os dias consegue perceber esses sintomas e pode auxiliar o psicólogo e a equipe.

Como a psiquiatria está mais voltada para a questão dos sintomas e da doença, para poder dar a medicação correta, a psicologia, ao contrário da psiquiatria está mais preocupada em como o sujeito lida com o significado deste sofrimento, tanto é que hoje é denominado sofrimento psíquico em detrimento a doença mental, e este sofrimento psíquico tem um sentido dentro desta família, dentro deste grupo, neste indivíduo e os objetivos da psicologia é justamente favorecer tipos de terapia, tipo de contato onde estes sentidos e significados sejam revelados para poder trabalhar com eles, seja relação com pai e mãe, seja relação com irmãos,

seja relação com a rede social e com as condições sociais de vida. Portanto, o foco dos psicólogos não dever ser exclusivamente o sofrimento intrapsíquico, principalmente na saúde mental isso é fundamental, pois com isso o psicólogo tem a possibilidade de trabalhar com a saúde, ou seja, com os aspectos positivos do sujeito e as suas potencialidades.

Vale ressaltar que é importante tratar o indivíduo como um todo e não só o seu lado “sintomático” que precisa de ajuda, pois isso pode ajudá-lo a perceber-se como sujeito. Porém, o psicólogo tem um trabalho árduo com a família e também com a equipe para sair dessa cultura manicomial. O sujeito na instituição asilar, institucionalizado, com papel de doente, é uma coisa, mas este mesmo sujeito em um ambiente aberto, ou seja, não trancafiado em um quarto, convivendo com as pessoas, e vê-lo também dentro de sua casa, são realidades diferentes. A internação reprime muito o sujeito, colocando-o no papel de “doente”, sendo este excluído da sociedade. Vê o sujeito em sofrimento psíquico dentro dos serviços substitutivos, tendo atividade, tendo uma maior participação percebe-se uma outra pessoa. Por isso, que o olhar para esse sujeito em sofrimento psíquico tem que ser diferenciado, mas não um olhar da normalização, da padronização, da exclusão. Mas um olhar de amor que o sujeito precisa de ajuda.

Diante do que foi exposto, percebe-se que a Psicologia possui um forte arcabouço teórico e exemplos de práticas humanistas centradas no bem estar e na dignidade do sujeito com sofrimento psíquico grave, respeitando na sua subjetividade e em pleno exercício dos seus direitos como cidadãos. Segundo Bock (1999), a Psicologia é um saber maduro, mas embora tenha conquistado um espaço importante de conhecimento, ainda tem um longo percurso na sua contribuição para uma sociedade mais justa e igualitária. Sinaliza um caminho a ser percorrido, sabe dos seus desafios e ainda precisa lutar muito para ver seus objetivos alcançados, mas é um caminho que vale a pena ser percorrido e é nele que queremos estar afinal. Na saúde mental, esses desafios são constantes e diários.

Capítulo 4: A família e os serviços substitutivos

Segundo Ghirardi (1999), apesar do movimento de transformação da assistência, os sujeitos em sofrimento psíquico no Brasil ainda têm sido marginalizados e excluídos socialmente. Nesta perspectiva, surgem as práticas pautadas pelo paradigma social de reabilitação que visam à inclusão social, isto é, a construção de espaços sociais receptivos para atender populações diversas, e sujeitos com o desejo de ocupar um lugar de participação na vida social. Um exemplo desse processo de inclusão é a rede de serviços substitutivos. Esse trabalho é totalmente diferente da ação desenvolvida no hospital psiquiátrico, cuja atuação era basicamente ocupar os usuários para manter a ordem do ambiente, com pouca interferência na promoção de saúde e na melhora da condição de vida dos mesmos.

Entendemos que a reabilitação é um processo de transformação, de reconstrução, de reinserção, de mudança, no sentido de criar alternativas que venha transformar a forma de atenção e cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico visando o resgate da sua cidadania e a devolução da sua identidade.

Os serviços substitutivos representam mais do que uma alternativa ao modelo asilar, esses serviços funcionam com o objetivo de evitar internações psiquiátricas e diminuir sua reincidência e proporcionar também o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais, indispensável para o estabelecimento de novas possibilidades de produção de sentido de vida.

Neste capítulo estaremos descrevendo sobre o papel da família no processo de reabilitação psicossocial. A família juntamente com os serviços substitutivos vão ser instrumentos que auxiliem o sujeito em sofrimento no processo de transformação, de reconstrução, de reinserção, de mudança, no resgate da sua cidadania e a devolução da sua identidade.

4.1 - A importância dos serviços substitutivos

Para a efetivação da reforma psiquiátrica, necessita-se de agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos para a criação de uma rede substitutiva que garanta a inclusão social, pois não é possível que haja algo que possa ser chamado de terapêutico um lugar que sustenta tantas relações de desigualdade (Barros, 1994). O autor acrescenta que é exercitando a cidadania em espaços de liberdade que se devem orientar as ações em saúde mental. É de fundamental importância que os serviços substitutivos desenvolvam práticas de modalidade de atenção e assistência. Essas práticas são pautadas em relações que potencializem a subjetividade, a auto-estima, a autonomia e a cidadania. Ou seja, é necessário que os serviços substitutivos sejam capazes de desenvolver atenção personalizada, ações dirigidas aos familiares, comprometimento com a construção de projetos de inserção social respeitando as possibilidades individuais e os princípios da cidadania.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), para que a Reforma Psiquiátrica, seja consolidada é de fundamental importância que haja uma articulação entre os vários serviços de cuidados substitutivos aos hospitais psiquiátricos, pois essa rede não se constitui apenas no conjunto de serviços de saúde mental do município. Ela se constitui na articulação com outras instituições, associações, cooperativas. Portanto, faz-se necessária a presença de movimento permanente em busca da emancipação dos sujeitos em sofrimento psíquico. Assim, foi com o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, que se vê possibilidade de organização de uma rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos.

Os primeiros CAPS brasileiros surgiram no em 1986, denominado Professor Luís da Rocha Cerqueira, localizado em São Paulo. Sua criação fez parte de um intenso movimento social, iniciado pelos trabalhadores em saúde mental que buscavam a melhoria dos serviços assistenciais e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, pois ainda era o único recurso destinado aos sujeitos em sofrimento psíquico. Com isso, os CAPS foram se

tornando centro de referência para o atendimento aos familiares e aos sujeitos em sofrimento psíquico.

Os CAPS/NAPS foram criados oficialmente a partir da portaria GM 224/92 (Ministério da Saúde, 2004). De acordo com Lobosque (2001), os CAPS é basicamente um serviço de atendimento-dia, onde o sujeito passa o dia e a noite volta para a sua casa. É importante ressaltar que esse sujeito só permanece nesses serviços o tempo que precisar e não mais que isso, para que não fique caracterize como uma forma de institucionalização. Este serviço assumiu um papel de extrema importância na reorganização da rede, pois está conseguindo diminuir a internação que caracteriza hoje lógica da assistência psiquiátrica. Esses serviços conseguem suprir ao menos em parte a insuficiência dos ambulatórios, pois oferecem a intenção integral aos sujeitos com sofrimento psíquico grave.

Segundo Tenório (2001), a criação dos CAPS/NAPS é definida como centros de atenção psicossocial, adotando a lógica da descentralização e da territorialização do atendimento a saúde, ou seja, com assistência regionalizada e que tem como responsabilidade o atendimento e acolhimento da loucura em sua totalidade, proporcionando uma rede de serviços destinada a garantir cuidados aos sujeitos em sofrimento psíquico e aos seus familiares. Assim, com este novo modelo de cuidado, os sujeitos em sofrimento contam com equipes multiprofissionais para o acompanhamento terapêutico. Transformam-se em agentes do tratamento e participa de atividades comunitárias juntamente com os familiares enfocando a integração do sujeito a comunidade, pois a atenção psicossocial pretende instaurar uma nova significação da loucura em que o sujeito seja respeitado em seu sofrimento, em sua individualidade e em sua condição de cidadão.

Atualmente, os CAPS, NAPS e CERSAM (Centros de Referência em Saúde Mental) são regulamentados pela portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 que reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS (Ministério da Saúde, 2004). Esses

serviços devem acolher os sujeitos em sofrimento psíquico, estimular sua integração com a família e com a comunidade, apoiá-los na busca da autonomia. São destinados a pessoas com intenso sofrimento psíquico, porém, podem ter tido uma longa história de internações, ou nunca ter sido internado. Percebe-se que o protagonismo do sujeito em sofrimento psíquico no CAPS é de fundamental importância para que se alcancem os objetivos como dispositivos de saúde, reabilitação social e cidadania.

Portanto, pode-se entender que os serviços substitutivos assumem um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados e fazem o direcionamento das políticas de saúde mental. Percebe-se que existem outras maneiras de lidar com os sujeitos em sofrimento psíquico grave, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, sem que os medicamentos seja a forma principal de tratamento. Por isso, os serviços substitutivos não devem ser complementares aos hospitais psiquiátricos.

Os CAPS são possibilidades de uma nova clínica produtora de autonomia, que convida o sujeito à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (Ministério da Saúde, 2005). Não se trata mais de curar, mas de integrar o sujeito em sofrimento aos seus familiares e também a comunidade, tornando-o novamente um sujeito definido pelas suas relações sociais (Tenório, 2001).

Nota-se que algumas das características peculiares ao serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, fica muitas vezes apenas no discurso. O CAPS é um serviço aberto à comunidade que tem como objetivo o acolhimento universal, isto significa que toda e qualquer demanda dirigida a ele deve ser acolhida, ou seja, recebida, ouvida e respondida, o que significa que o serviço não pode fechar suas portas sob qualquer alegação de lotação, inadequação, etc. Com isso, percebe-se que se mostra muito difícil de praticar (Elia, 2005).

Contudo, a situação no Brasil de assistência ainda encontra-se serviços ditos alternativos, mas que tem uma estrutura tão institucionalizantes quanto os manicômios.

Dificulta-se assim o processo da reforma que se tanto quer combater. Portanto, os CAPS devem funcionar de maneira diferenciada aos manicômios, com um ambiente acolhedor e facilitador promovendo a reinserção social e o resgate à cidadania do sujeito em sofrimento psíquico.

Diante do que foi exposto, percebe-se que esses serviços substitutivos se deparam com um grande desafio que é o de não retroceder e repetir a lógica asilar ao se colocar apenas como um meio que proporciona aos sujeitos um ambiente acolhedor e facilitador que oferece diversas atividades e modalidades terapêuticas. Os serviços substitutivos devem estar articulados com outras redes sociais, senão estes correm riscos de se acomodarem promovendo nesses sujeitos a dependência e não o resgate da cidadania. Portanto, os serviços de atenção psicossocial muitas vezes não correspondem aos serviços idealizados pelos profissionais, familiares e usuários da saúde mental. Contudo, já é um avanço grande no campo da saúde mental. Segundo Tenório (2001), a substituição do modelo asilar no Brasil é uma tendência vigorosa e promissora, mas ainda assim, apenas “tendência”.

Considerações Finais

O objetivo desse trabalho foi estudar a importância da família para o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico, desmistificar o conceito de loucura dentro da família e na sociedade, valorizar o conhecimento da família para que esta perceba o quanto ela é capaz de cuidar do sujeito, ressaltando que a família precisa ser alvo de cuidado. Considerando que os sintomas de irracionalidade, referenciados ao sujeito em sofrimento, por vezes periculosidade, cronificação e alienação são em grande medida resultados dos tratamentos oferecidos pelas instituições de saúde mental que se mantêm no modelo tradicional, ainda muito presente hoje.

A partir da experiência prática vivida no estágio e agora através do aprofundamento teórico em pesquisas bibliográficas reafirmou-se a importância que a família tem nesse processo terapêutico, na subjetivação e no resgate da autonomia do sujeito. Este processo de inclusão não é nada fácil, mas não é impossível de ser concretizado. Pois resgatar a cidadania de um sujeito em sofrimento psíquico é um dever de todos, seja da família, sociedade e também do estado.

A partir da discussão do capítulo um, acerca do panorama histórico sobre as primeiras instituições psiquiátricas e a luta pela reforma psiquiátrica no Brasil percebe-se que o conceito de loucura ainda é uma realidade vigente e que a construção desse conceito está intimamente ligada ao conceito social em que foi criada e legitimada. Assim, compreende-se há muitas gerações o fenômeno da loucura é visto pela sociedade como um risco e deve ser excluído. Por isso, conclui-se que a loucura carrega muita discriminação e falsos construtos há algumas décadas. Diante do que foi exposto, percebe-se que a reforma só ocorrerá de fato a partir do momento em que estiver realmente esclarecido e desmistificado o conceito de loucura, pois a reforma não tem só por objetivo a desconstrução do modelo asilar, no caso a desospitalização, mas a derrubada do manicômio em um movimento de desconstrução e plasticidade. Espera-se o resgate ou o estabelecimento da cidadania do sujeito em sofrimento psíquico, respeitando a

sua singularidade e subjetividade, ou seja, tornando-o sujeito do seu próprio tratamento. Contudo, a desinstitucionalização só fará sentido a partir do momento em que a família puder ser assistida junto com o sujeito, pois tanto a família como o sujeito são alvos de cuidados, assim, evita-se que as relações manicomialmente sejam repetidas dentro de casa.

De acordo com o que foi tratado no capítulo dois, é só a partir de um trabalho que vise à capacitação do sistema familiar que se podem ter dispositivos reformistas. Por isso, as relações construídas entre os membros têm que ser sadias, para que não vise à doença e a incapacitação, mas sim o poder de verdade da palavra ao sujeito. Um diálogo que privilegie a palavra do sujeito, pois ela tem valor, tem um lugar.

A experiência prática nos ensinou a importância do trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar, tratado no capítulo três. Uma das contribuições do trabalho em equipe é discutir o plano terapêutico do sujeito em sofrimento, sendo este personalizado, individualizado, pois este se refere aos cidadãos que têm que ter respeitadas suas identidades; nas suas necessidades e na sua subjetividade. Assim, compreende-se que a intervenção com equipes possibilita diferentes olhares e auxilia na criação de diferentes hipóteses, na tentativa de vislumbrar a complexidade do sistema familiar e do fenômeno da loucura que é tão complexo. Por isso, defendemos a necessidade da equipe multidisciplinar para auxiliar a família no cuidado com esse sujeito. Dentro dessa equipe, o psicólogo vai ser um instrumento essencial, pois a escuta desse profissional contribui para que a família perceba a sua dinâmica, proporcionando momentos de subjetivação para todos os seus membros, possibilitando que estes se deparem consigo e com os outros. Para que todos possam lidar com a diferença e reelaborar. O psicólogo deve compor e fazer parte da equipe, principalmente no campo da saúde mental, pois cabe a ele ver o sujeito sob outra ótica, proporcionando-lhe autonomia. Ou seja, é respeitando a cidadania e a dignidade do sujeito em sofrimento psíquico que nós,

psicólogos, podemos ter de fato um papel diferencial nesse processo de autonomia e reinserção na sociedade.

No capítulo quatro procurou-se tratar os CAPS e os NAPS. Esses serviços vieram para substituir os antigos manicômios e devem representar a humanização dos serviços prestados em saúde mental. Eles funcionam com o objetivo de evitar internações psiquiátricas, diminuir a reincidência e proporcionar o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais indispensáveis ao estabelecimento de novas possibilidades de produção de sentido de vida. Portanto, a família juntamente com os serviços substitutivos vão ser instrumentos que auxiliam o sujeito em sofrimento no processo de transformação, de reconstrução, de reinserção, de mudança, no resgate da sua cidadania e na devolução da sua identidade.

A partir do presente estudo, concluiu-se que a saúde mental ainda possui metas a serem alcançadas, pois continuamos aquém dos ideais propostos pela reforma psiquiátrica. Contudo, já avançamos e o momento é de buscar melhorias nos serviços substitutivos, no convívio familiar e no trabalho com a equipe multidisciplinar.

Esperamos que a partir da presente trabalho sejam feitas novas reflexões sobre a família e o sujeito em sofrimento psíquico, pois é necessário um novo olhar sobre estes, repensando o verdadeiro lugar desse sujeito na sociedade e na relação familiar. Propõe-se a construção desse novo olhar que nos faça repensar a nossa atuação nesse processo, enriquecendo-o com práticas mais humanas, que visem à saúde mental do sujeito em sofrimento psíquico e de seus familiares.

Referências Bibliográficas

- Amaral, M. C. M. (2006). *Narrativas de Cidadania no Contexto da Reforma Psiquiátrica em Brasília*. Dissertação de mestrado – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Amarante, D. P. (1996). *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Almeida, M. C. P & Mishima, S. M. (2001). *O desafio do trabalho na equipe na atenção à saúde da família: construindo “novas autonomias” no trabalho*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. São Paulo v. 5, n.9, pp. 150-153.
- Amorim, M. S. (2003). Loucura, Política e Ética – A Formação do Psicólogo em Questão. Em CEP (Org.), *Loucura, Ética, Política: Escritos Militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Basaglia, F. (1985). *A Instituição Negada. Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Graal.
- Basaglia, F; Gallio, G. (1990). Vocação terapêutica e luta de classes. In: Delgado, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Resenha.
- Barros, D. (1994). *Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber*. In: Amarante, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 171-196.
- Birman, J. (2003). *Loucura, singularidade, subjetividade*. In: Loucura, ética e política: escritos militantes. Conselho Federal de Psicologia. (Org.). São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 13-19.
- Brandão, S. N. (2001). *Visita Domiciliar: Ampliando Intervenções Clínicas em Comunidade de Baixa Renda*. Dissertação de Mestrado, defendida pela Universidade de Brasília.

- Brasil, Ministério da Saúde. (2005). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília: OPAS.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bock, A. M. B. (1999). *Psicologias: Uma Introdução ao Estado de Psicologia*. São Paulo. Ed. Saraiva.
- Costa, I. I. (2001). *Mal-Estar, Subjetividade e Psicose: Reflexões a partir do Sistema Familiar*. Revista Mal-Estar e Subjetividade. Universidade de Fortaleza.
- Costa, I. I. (2003). *Da Fala ao Sofrimento Psíquico Grave. Ensaios acerca da Linguagem Ordinária e a Clínica Familiar da Esquizofrenia*. Brasília: Abrafipp.
- Elia, L. (2005). *A Rede de Atenção na Saúde Mental: articulações entre CAPS e ambulatórios*. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caminhos para uma política de saúde mental Infanto-Juvenil*. 2 ed. Brasília, p. 45-57.
- Foucault, M. (1975). *Doença Mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1999). *A casa dos loucos*. In: Machado, R. (Org). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, p. 113-128.
- Foucault, M. (1997). *A História da Loucura na idade clássica*. 5 edição. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2000). *História da Loucura*. 6. Ed. São Paulo: Perspectiva.
- Ghirard, M. I. G. (1999). *Representações da deficiência e prática de reabilitação: uma análise do discurso técnico*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Holmes, D. (1997). *Psicologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Lobosque, A. M. (1997). *Princípios para uma Clínica Antimanicomial*. São Paulo: Hucitec.
- Lobosque, A. M. (2001). *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Lobosque, A. M. (2003). *Clínica em movimento: uma sociedade sem manicômios*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Machado, A. L. (2001). *Espaços e representação da loucura: Religião e psiquiatria*. Campinas: Papyrus.
- Medeiros, M. H. R. (2003). *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Paulo: Hucitec.
- Melman, J. (2003). *Família e Doença Mental: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras
- OMS e OPAS. (2001). *Saúde Mental: uma nova concepção, nova esperança*. Relatório sobre a saúde no mundo. Genebra.
- Palombini, A. (2003). *A ética nas micropolíticas de atenção à loucura*. In: Conselho Federal de Psicologia (Brasil). *Loucura, ética e política: escritos militantes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 159-163.
- Pessotti, I. (1996). *O Século dos Manicômios*. São Paulo: 34 editora.
- Pietroluengo, A. P. C & Resende, T. I. M. (2007). *Psicologia Ciência e Profissão. Visita Domiciliar em Saúde Mental – O Papel do Psicólogo em Questão*. Centro Universitário de Brasília,.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Silva, L. B. (2001). *Doença Mental, Psicose e Loucura: Representações e Práticas da Equipe Multiprofissional de um Hospital-dia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silveira, L.C.; Braga, V.A.B. (2005). *Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental*. Rev. Latino-am Enfermagem.. Julho-agosto; 13(4):591-5.

Pesquisado em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>> Acesso em 09 de junho de 2008.

Sluzki, E. C. (1997). *A Rede Social na Prática Sistêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Tenório, F. (2001). *A Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ambiciosos.