

A EXPERIÊNCIA DAS FAMÍLIAS SOBRE O CUIDADO TERAPÊUTICO DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL NAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

FAMILIES'S EXPERIENCE CONCERNING THERAPEUTIC CARE OF PEOPLE WITH MENTAL DISEASE IN THE PSYCHIATRIC INSTITUTIONS

LA EXPERIENCIA DE LAS FAMILIAS ACERCA DE LA ATENCIÓN TERAPÉUTICA DE LAS PERSONAS CON TRANSTORNO MENTAL EN LAS INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS

Norma. F. Randemark¹
Sônia Barros²

RESUMO

Este estudo foi delineado de forma qualitativa e o objetivo foi desvendar como as famílias vivenciam a assistência prestada às pessoas com transtornos mentais nas instituições psiquiátricas. Os dados utilizados foram colhidos de fragmentos do discurso das famílias por meio de entrevista semi-estruturada e observação participante e compilados nos diários de campo de pesquisas no período entre 2001 e 2003, mas cujo material não foi contemplado como objeto de estudo. Os informantes-chave foram parentes de pessoas com transtorno mental, clientes de hospital-dia, hospital psiquiátrico e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), residentes na cidade de Fortaleza/CE-Brasil. Os dados, submetidos à análise temática, nortearam a construção dos seguintes temas: Representando as instituições psiquiátricas, O significado do fazer terapêutico e A inserção das famílias no projeto terapêutico. Os resultados demonstraram que a ausência de projeto pedagógico para as famílias e de recursos terapêuticos que contemplem as necessidades psicossociais dos usuários das instituições substitutivas (CAPS e hospital-dia) são fatores que determinam a eleição, pelas famílias, do hospital psiquiátrico como uma das principais modalidades de assistência em saúde mental.

Palavras-chave: Família; Hospitais Psiquiátricos; Assistência em Saúde Mental; Assistência ao Paciente

ABSTRACT

This study was done in a qualitative way and the objective was to find out how families experienced the care given to people with mental disturbances in psychiatric institutions. The data used was collected from fragments of discourse of the families in semi-structured interviews and participant observation, and compiled in field diaries of research between 2001 and 2003, but was not considered an object of study. The key informers were the relatives of people with mental disturbances, patients from day-hospitals, psychiatric hospitals and a Psychosocial Care Center living in the city of Fortaleza, State of Ceará, Brazil. The data was analyzed by themes building the construction of the following themes: representing psychiatric institutions; the meaning of therapeutic practice and the insertion of families in the treatment project. The results showed that the lack of a pedagogic project for the families and therapeutic resources which consider the psychosocial needs of patients in substitute institutions, psychosocial center and day-hospital are factors that mean that the families choose the psychiatric hospital as one of the main modalities for mental health care.

Key words: Family; Hospitals, Psychiatric; Mental Health Assistance; Patient Care

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo cuyo objeto fue observar cómo las familias evalúan la asistencia terapéutica brindada a las personas con trastornos mentales en las instituciones psiquiátricas. Los datos se recopilaron a partir de fragmentos del discurso de las familias en entrevistas semiestructuradas y con observación participante; después se anotaron en los diarios de campo de investigaciones realizadas entre 2001 y 2003, pero su contenido no fue considerado objeto de estudio. Los informantes – clave fueron parientes de las personas con trastorno mental, clientes del hospital-día, hospital psiquiátrico y Centro de Atención Psicossocial (CAPS) residentes en la ciudad de Fortaleza/Estado de Ceará, Brasil. Del análisis temático de datos surgen los siguientes temas: Representando las instituciones psiquiátricas; El significado del hacer terapéutico; Inserción de las familias en el proyecto terapéutico. Los resultados demostraron que la ausencia de un proyecto terapéutico con las familias y la carencia de recursos terapéuticos que considere las necesidades de los usuarios de las instituciones sustitutas (CAPS y hospital-día) son factores que llevan a las familias a elegir el hospital psiquiátrico como una de las principales modalidades de asistencia a la salud mental.

Palabras clave: Familia; Hospitales Psiquiátricos; Atención en Salud Mental; Atención al Paciente

¹ Enfermeira e psicóloga. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem/EEUSP. Docente da Universidade Estadual do Ceará (DENF/UECE). Endereço: Av. Professor Lucas de Assumpção, 227, Vila Gomes Butantã – São Paulo-SP – CEP 05591060. Fone: (11)94962039.

E-mail: nrandemark@hotmail.com.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem/EEUSP.

E-mail: sobarros@usp.com.br.

INTRODUÇÃO

A família, ao tornar-se alvo de atenção das políticas públicas de saúde na sociedade brasileira contemporânea, despertou a necessidade imperativa de considerá-la prioridade política e parceira dos serviços de saúde. Essa realidade vem sendo observada, sobretudo, na conjuntura da reforma psiquiátrica, na qual a família passou a ser requisitada para atuar como dispositivo primário de atenção e participar ativamente do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas com transtorno mental, razão pela qual, nas últimas décadas, ela se tornou foco de interesse dos pesquisadores e profissionais da área de saúde mental.

Sob o signo da família abrigam-se diversos conceitos. Os estudos realizados até hoje, pautados em diferentes linhas de pensamentos, visam à produção de um saber que elucide questões, tais como natureza, característica, dinâmica de funcionamento, função social e política das famílias.

Na perspectiva afetivo-relacional, a família é definida como um grupo de pessoas ligadas por profundos laços emotivos e sentimentos de pertença grupal que permitem que os indivíduos se identifiquem como membros da família.¹

Sob o ponto de vista psicodinâmico, a família é definida como um sistema vivo, formando um todo coerente com fronteiras mais ou menos nítidas. A definição da família como sistema envolve seus objetos (membros da família) e atributos (funções) em sua relação com o meio onde está situado e com outros, fora de seus limites. A relação entre os objetos, por sua vez, se dá forma circular, de maneira que qualquer mudança em um dos objetos afeta o sistema.²

A concepção da família como um todo estruturado em constante interação, a estrutura hierárquica que caracteriza a relação entre seus membros e a ênfase dada ao afeto familiar como base para o seu equilíbrio funcional são frutos históricos e sociais da Era moderna, devendo, por isso, ser contextualizada.

Estudo que vincula a história da família à história da economia mediante análise da construção de seu modelo procurou mostrar que o patriarcado e a monogamia são formas relativas e limitadas associadas aos desenvolvimentos decisivos nos modos de produção, refutando, assim, a tendência hegemônica para naturalizar a forma da família burguesa contemporânea.³

A família, por ser palco de múltiplas representações, tornou-se campo fértil para teorias diversas, muitas vezes ambíguas e incompletas, que a tomam como objeto de estudo, constituindo o discurso próprio de cada universo familiar particular.⁴

O exame crítico das principais contribuições teóricas que enfocam múltiplas representações da sociedade moderna sobre a família, fundamentado na análise dos trabalhos de Freud, Parsons, Erickson, Engels, Reich e a Escola de Frankfurt, Lacan e os terapeutas da família, atenta para o fato de que a ciência, a despeito das diversas teorias elaboradas, não tem conseguido apropriar-se desse objeto, fato evidenciado pela indefinição conceitual de suas bases teóricas de análise, pelo caráter individual, estático e a-histórico de sua abordagem, bem como pela

tendência para encará-la como imutável, eternizando o modelo psicológico da família burguesa.⁵

Essas teorias repercutiram e tornaram-se preponderantes na construção de referenciais teóricos pautados no modelo de família nuclear burguesa (constituída por mãe, pai e filhos), em torno da qual foi construído um ideário expectante de condutas, afetos, valores crenças que, tomado como norma em prol dos interesses da classe social hegemônica, permitiu classificar as famílias como funcionais e disfuncionais. A normatização do modelo ideal de família tornou-a, durante muito tempo, alvo de práticas de controle social, a quem foram impostos valores, regras, crenças e padrões emocionais socialmente aceitáveis.

Embora essa forma de perceber a família ainda seja predominante, ela vem adquirindo, ao longo do tempo, configurações próprias envolvendo a sua dinâmica e seu *modus operandi*.⁶ Em decorrência de grandes modificações históricas pelas quais passaram as famílias, a escolha do estilo de família pelos sujeitos se dá conforme as características e as motivações que justificam a associação de seus membros e está condicionada aos valores, necessidades, crenças e circunstâncias de vida em contextos socioeconômicos específicos. Dessa maneira, a imensa variedade de condições que envolvem essas associações permite que ela seja tipificada de diversas formas, a saber:

*Família nuclear (composta por pai, mãe e filhos); Família extensa ou ramificada (inclui diferentes gerações da mesma família); Família associativa (inclui, entre seus membros, outras pessoas vinculadas por estreitos laços afetivos); Família adotiva; (associação de pessoas motivadas pelo grau de afinidade existente entre si, independente de consangüinidade); Família dual ou monoparental (formada por apenas dois membros como mãe-filho, esposo-esposa etc); Família ampliada (formada independente da existência de um espaço físico comum ou do desempenho de todas as funções tradicionais em conjunto); Família recomposta (aquela que ressurge após uma primeira tentativa mal-sucedida, quando ocorre uma nova tentativa com o mesmo cônjuge ou com outro cônjuge); e Família homossexual (resultante da união de pessoas do mesmo sexo).*⁴¹⁻⁴²

O último tipo de família (família homossexual), embora bastante difundido na sociedade moderna ocidental, goza de respaldo legal somente em poucos países da Europa e em alguns Estados norte-americanos.

No Brasil, a formação sociocultural da família é constituída, primordialmente, de elementos da cultura indígena pertencentes aos seus primeiros habitantes, do branco europeu que aqui chegou e se estabeleceu como colonizador e do negro, oriundo da África, trazido para trabalhar nas lavouras como escravo. Dessa maneira, três raças contribuíram tanto para a construção de uma sociedade mestiça com estrutura econômica de base agrária, latifundiária e escravocrata quanto para a formação de uma estrutura familiar, extensa, patriarcal e autoritária, cujo relacionamento e composição caracterizavam-se por uma organização dupla representada por um núcleo central acrescida de membros intermediários que estimulava o

patriarcado e a solidariedade entre seus membros.⁷

Com a evolução do modo de produção, exploração e concentração das riquezas, foram surgindo exigências que sinalizavam a necessidade de se organizar a sociedade em conformidade com os interesses da classe dominante, razão pela qual são empreendidos esforços para homogeneizar os costumes nos moldes da nobreza européia.

A exploração do ouro, no século XVIII, a formação de uma elite colonial contrária à política de exploração econômica da Coroa e, posteriormente, a transferência da Corte portuguesa para o Brasil mobilizaram uma política de controle educativo-terapêutico da população nas cidades em razão dos interesses do Estado, introduzindo significativas modificações no perfil das famílias brasileiras. Com o advento da industrialização e a decadência das grandes propriedades agrícolas, a família colonial foi substituída pela família conjugal moderna, tornando-se *locus* de intervenção do Estado para solidificar os valores políticos e ideológicos da classe dominante.⁸

Por outro lado, as mudanças sociais, econômicas e culturais ocorridas nas sociedades, impulsionadas pelo modelo econômico liberal e globalização, vêm permitindo a configuração de novos tipos familiares e estimulando a reorganização desse sistema para fazer face às exigências da vida moderna.

Nas últimas décadas, as intensas modificações ocorridas na estrutura da família brasileira vêm sendo atribuídas à perda de seus antigos valores, até então não substituídos, e à mobilidade do universo citadino, resultando na privação de seus vínculos tradicionais e dificuldade para estabelecer novos e sólidos relacionamentos. Esses fatores são apontados como responsáveis pela renúncia dos indivíduos ao direito de resolver por conta própria suas dificuldades familiares, levando-os a apelar cada vez mais para especialistas. O caráter histórico desse fenômeno, compreendido como reflexo da política higiênica da medicina social para reorganizar os espaços sociais, resultou na invasão da privacidade das famílias, fortalecendo, dessa forma, um crescente estado de dependência para com os agentes terapêuticos.⁹

A aplicação das intervenções disciplinares aos segmentos sociais ocorreu, sobretudo, nas famílias, em seu espaço privado. Contando com o apoio das instituições religiosas, filantrópicas e médicas e em nome do amor, da hierarquia e da defesa moral da família, cada membro tornou-se um agente de controle do Estado visando assegurar a ordem, o progresso e o bem-estar social. A família passou a encarcerar, no interior de quartos-fortes construídos no interior do próprio domicílio, os parentes diagnosticados como “loucos”, muitas vezes, somente por transgredirem as regras de comportamento socialmente impostas. Representando a maioria, os “loucos” que não possuíam família ou quando elas não dispunham de recursos para mantê-los reclusos foram enviados para os hospitais psiquiátricos e manicômios judiciários e entregues à responsabilidade do Estado.

Uma reflexão teórica sobre a inserção da família na assistência às pessoas com transtorno mental mediante a reconstrução de sua trajetória, desde a constituição da psiquiatria até os dias atuais, mostra-nos que em diversos momentos históricos a família foi excluída da função de

cuidado do parente adoecido e responsabilizada pela emergência do transtorno mental. Essa responsabilidade era atribuída ora à sua incapacidade de controlar por meio da educação as condutas desviantes que emergiam no cenário familiar, ora aos distúrbios no seu funcionamento e padrões de comunicação e interação entre seus membros favorecendo, dessa forma, a conversão do doente em depositário das dificuldades da dinâmica familiar.¹⁰

No Brasil, a retomada das funções de ressocialização e de cuidado do sujeitos com transtorno mental pela família ocorreu impulsionada pelas seguintes circunstâncias: a primeira, observada desde 1990, compreende a crise do Estado de Bem-Estar Social, quando a função totalitária do Estado Social de Direito viu sucumbir suas pretensões de assegurar políticas sociais e partilha de riquezas diante das exigências do modo de produção capitalista e de tutelar a promoção do bem-estar social e do trabalho como vetor de inclusão social. A segunda, representada pela queda do regime autoritário do pós-golpe militar ocorrido no final da década de 1980 e o início do processo de redemocratização do país, ocasião em que foram criados espaços para denúncias de fraudes e irregularidades do sistema de saúde, mobilizando os atores sociais para maior participação como instrumento das políticas sociais “É neste cenário que as redes de solidariedade e sociabilidade engendradas a partir da família ganham importância na política social e, em especial, na proteção social movida neste final de século”.¹¹⁻¹⁶

No campo da assistência psiquiátrica brasileira, as críticas ao modelo asilar dos grandes hospitais públicos motivaram a necessidade de apurar as distorções na assistência psiquiátrica, rever a legislação concernente aos direitos civis e penais do doente mental, colocando em pauta a construção de um novo modelo assistencial que privilegiasse a desinstitucionalização, o resgate da cidadania do doente mental e promoção da reinserção social, dando início ao Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica (MBRP). Esse movimento, além de contrapor-se ao modelo hegemônico da assistência centrado no hospital psiquiátrico e na exclusão do sujeito com transtorno mental, propõe, também, a desconstrução do saber-fazer dos manicômios e a reinvenção do fazer assistencial amparadas por uma rede de assistência com base territorial onde foram construídos novos serviços e modalidade de intervenção.

A trajetória da desinstitucionalização passou a construir um novo projeto de saúde mental que tem por objetivo uma mudança efetiva na sociedade com relação à loucura e busca um novo lugar social que não seja de exclusão, além de transformar a relação sociedade com a loucura.¹²

Nessa conjuntura, a família passou a ser parte integrante do grupo de atores sociais engajados no processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental. Por outro lado, a atribuição de responsabilidade à família no cuidado de seus parentes mentalmente enfermos põe em relevo a questão da presença ou não de aptidão para enfrentar esse desafio, uma vez que, à medida que o poder médico institucional tomou, para si, a responsabilidade sobre o doente mental, a família foi sendo gradualmente destituída dessa função.

O resgate desse papel requer a atuação interativa entre profissionais de saúde e a família e de ações terapêuticas que contemplem suas necessidades singulares, uma vez que não significa mera transferência de responsabilidade, mas o estabelecimento de uma aliança que considere as especificidades psicoemocionais, sociais, econômicas e culturais do grupo familiar.

Pretendemos com este trabalho refletir como as famílias, a partir de suas experiências cotidianas, percebem a assistência prestada aos parentes acometidos pelo transtorno mental nas instituições de saúde mental.

Consideramos a temática relevante, tendo em vista que para haver a inserção da família no projeto terapêutico de pessoas com transtornos mentais torna-se necessária sua adesão aos projetos assistenciais oferecidos por essas instituições a fim de que possa participar das transformações das práticas socioexcludentes ainda enraizadas no cenário da assistência psiquiátrica brasileira.

A TRILHA METODOLÓGICA

Para realizar a reflexão proposta, tomamos como base os dados de pesquisas que realizamos no período de 2002 e 2003, cujos objetivos foram: compreender a convivência das famílias com a pessoas com transtorno mental no contexto familiar e apreender as representações sociais das famílias sobre a reforma psiquiátrica, respectivamente. A releitura dos registros do diário de campo e das entrevistas suscitou a necessidade de construirmos um novo olhar sobre os conteúdos não contemplados como objeto das pesquisas mencionadas.

Os informantes-chave do estudo foram parentes de pessoas com transtorno mental que demonstrassem engajamento no projeto terapêutico desenvolvido com sua clientela nas instituições de saúde mental, participando de atividades sistemáticas com grupos de famílias e assumindo a responsabilidade pelo cuidado de saúde do usuário no domicílio.

Os cenários do estudo foram o hospital-psiquiátrico, hospital-dia e o Centro de Atenção Psicossocial, situados na cidade de Fortaleza-CE-Brasil.

Como instrumento de coleta dos achados, utilizamos os registros do diário de campo, a observação participante e entrevistas semi-estruturadas cujas questões focalizaram a inserção e a apropriação da doença mental, pelas famílias, mediante o relato sobre a sua convivência com a pessoa mentalmente enferma, as expressões sobre o significado dessa experiência e os modos de enfrentamentos utilizados para lidar com as situações cotidianas.

Seguindo as recomendações da Resolução do CNS nº 196 de 10/10/1996, os projetos das pesquisas foram submetidos à avaliação do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza-CE e obteve parecer favorável. Ao abordar aos informantes esclarecemos, previamente, o caráter sigiloso das informações coletadas, que seria utilizadas somente para fins científicos e que eles poderiam desistir de participar pesquisa, em qualquer etapa de sua execução, sem que isso lhes acarretasse prejuízo financeiro ou no tratamento. Após dirimir as dúvidas dos informantes sobre os procedimentos da pesquisa e assegurar-lhes o anonimato, obtivemos a permissão deles para coletar os achados mediante a assinatura do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para desvendar os significados manifestos e latentes presentes no discurso dos entrevistados, optamos pela análise temática, que norteou a construção dos seguintes temas: Representando as instituições psiquiátricas; O significado do fazer terapêutico; A inserção das famílias no projeto terapêutico.

Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado.¹³

Durante a construção dos temas, tomamos como referência os valores e modelos de comportamento expressos pelos informantes sobre o objeto do estudo. A operacionalização do modelo de análise proposto obedeceu às seguintes etapas: leitura reflexiva do diário de campo, exploração do material (codificação e categorização), tratamento a interpretação dos achados obtidos à luz da literatura pertinente.

DESVENDANDO O OLHAR DAS FAMÍLIAS SOBRE AS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS

Representando as instituições psiquiátricas

O hospital psiquiátrico, sob o pretexto de abrigar e tratar, consistiu, durante muito tempo, em um espaço de exclusão social das pessoas com transtornos mentais. A despeito das propostas concernentes à mudança do paradigma tradicional de assistência e substituição por novas práticas e serviços produzidas no bojo do movimento da reforma psiquiátrica, que resultou na perda de sua posição hegemônica enquanto *locus* privilegiado de cuidado, o hospital ainda ocupa espaço importante na rede de assistência à saúde mental.

O discurso dos entrevistados revela que, embora o hospital psiquiátrico demonstre aquiescência aos princípios da reforma psiquiátrica, propondo oferecer tratamento mais humanizado, reparando sua estrutura física e reiterando a defesa da cidadania do indivíduo com transtorno mental, na prática, o modo tradicional de perceber e tratar sua clientela ainda é predominante, uma vez que se observa a persistência de condutas discriminatórias, vigilantes e punitivas que historicamente caracterizaram a forma de tratar os internos nos manicômios.

É uma máquina de fazer loucos! (Família)

É que nem cadeia. Você fica ali, trancado, sem fazer nada. Faz às vezes é adoecer mais. (Família)

No entanto, o hospital ainda representa, para algumas famílias, uma das principais alternativas de assistência. Internar, segregar, tirar de circulação o membro adoecido são medidas paliativas preferencialmente utilizadas, servindo para mitigar, ainda que temporariamente, os conflitos que surgem no meio social e familiar.

A falta de preparo das famílias para lidar com os sintomas dos transtornos mentais graves é apontada como um fator que direciona a expectativa de ajuda solicitada por aqueles que freqüentam os serviços de saúde mental. Em

geral, a demanda dos familiares é por uma consulta médica, na qual explicitam um pedido de medicação e internação para o familiar com transtorno mental, objetivando até mesmo a preservação da própria saúde mental diante dessa vivência desestruturante.¹⁴

O hospital é uma trégua. Quando a gente interna é aquela paz! A gente alivia e toma ar para começar de novo. (Família)

O discurso dos entrevistados reforça, também, o caráter punitivo das instituições manicomiais cuja finalidade precípua é a correção das condutas sociais inaceitáveis. A internação, respaldada por essa visão socialmente construída do hospital psiquiátrico, destaca-se como medida eficaz contra o comportamento dos pacientes em crise.

Acho que valeu a pena internar para ela ver como é que é. Serviu assim... para ela acordar. (Família)

A visão das famílias em relação aos transtornos mentais é estereotipada e preconceituosa, bem como a da sociedade, que se mostra pouco tolerante com as diferenças, enfim, a tudo aquilo que não segue a ordem preestabelecida.¹⁵

Tal visão tem como característica predominante críticas negativas em relação à conduta dos doentes mentais e defesas da adoção de medidas socioexcludentes para as quais, a prática assistencial do hospital psiquiátrico revela-se eficaz.

Acho que tem paciente que não precisa internar. Quando ele não é agressivo. Acho, também, que tem que ter um hospital CAPS para esses pacientes. Mas tem que ter um hospital para pacientes agressivos. Esses não têm condições de viver em sociedade. (Família)

A evolução da assistência psiquiátrica, tradicionalmente centrada na medicalização do sofrimento psíquico e na institucionalização das práticas terapêuticas para um modelo orientado pela proposta de desinstitucionalização e reinserção social da pessoa com transtorno mental, passou a ser concebida após a Segunda Guerra Mundial, num contexto de críticas aos saberes e práticas assistenciais do hospital psiquiátrico e aos efeitos da internação prolongada que culminou com a construção de uma rede assistencial substitutivas (hospital-dia, Centro da Atenção Psicossocial, moradias assistidas, lares abrigados, etc.) sob o auspício de um novo paradigma de cuidado.

Cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, do fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento.¹⁶

Indagadas sobre o hospital-dia, as famílias que utilizam essa modalidade de serviço revelam que essa nova concepção de cuidar encontra-se obscurecida pela percepção dessas instituições como instâncias normatizadoras de

comportamento, inspiradas na ideologia burguesa da sociedade capitalista cuja supervalorização do trabalho e da produção impõe às classes subalternas um estilo de vida militarizante, voltado para o cumprimento de horários rígidos, atividades programadas, adequação às regras e à hierarquia institucional, enquanto condições necessárias para a manutenção do sistema econômico e social vigentes:

A palavra trabalho [...] no sentido corrente, é encontrada como sinônimo de atividade, ocupação, ofício, profissão, tarefa, distinguindo-se do lazer [...] aparece frequentemente como duplo significado: ação-esforço, moléstia-fadiga, sofrimento.^{17:86}

As famílias tendem a valorizar o hospital-dia na sua função corretiva e reguladora dos comportamentos sociais por meio da reprodução de condutas que se adaptem às exigências do mercado de trabalho formal, conforme observamos nesta dicção:

Tem semana ocupada, tem lazer, fazem trabalhos, bate no ponto, tem aquela obrigação de ir como se fosse pro trabalho. No final do dia ele chega cansado, dorme e levanta cedo para ir. Fica com a mente ocupada, não pensa besteiras. (Família)

O Centro de Reabilitação Psicossocial (CAPS), por sua vez, é uma modalidade de assistência extra-hospitalar concebido com base em um outro modelo de clínica destinada a pessoas acometidas por transtornos mentais severos e denominada por seus mentores de “clínica da psicose”.

As famílias investigadas reconhecem a importância do CAPS, porém exprimem em seu discurso a percepção das dificuldades estruturais da própria instituição para oferecer suporte adequado às demandas de saúde de sua clientela, evidenciada quer quando comparam o CAPS a outro serviço: [...] *tratam bem o paciente, mas comparado ao hospital-dia é mais fraco*; quer quando avaliam a qualidade de assistência dessas instituições em termos de equidade e universalidade de acesso aos seus benefícios: [...] *eles dão vale transporte só para quem não tem o auxílio. Quem tem casa própria, telefone, televisão, não tem direito*; quer quando avaliam a disponibilidade de seus serviços: [...] *ele ficou mais acomodado porque o atendimento é só duas vezes na semana*.

Essas expressões apontam a necessidade contínua de uma indagação crítica do fazer terapêutico no CAPS, relacionada aos seus objetivos e potenciais de reabilitação social.

O significado do fazer terapêutico

Ao longo da história ocidental, a loucura foi alvo de interpretações variadas. Na modernidade, com o desenvolvimento do racionalismo científico e a ascensão da psiquiatria ao status de ciência, a loucura passou a ser considerada doença mental. Em torno do objeto da ciência psiquiátrica foram sendo criadas práticas disciplinares que visavam restituir ao louco sua razão e definir seu lugar na sociedade.

Vendo o doente mental como um ser a quem faltava condição humana para orientar-se pela razão e atuar sob o controle da própria vontade, a psiquiatria, mediante diferentes práticas, pretendia adaptá-lo às regras e hierarquias sociais e às rotinas dos processos de trabalho e produção, instituindo como tratamento do louco a reeducação e o controle de suas manifestações comportamentais, isolando-o da sociedade e da família mediante internação asilar.¹⁸

As famílias, ao expressarem sua visão sobre o fazer terapêutico nos hospitais psiquiátricos, confirmam a persistência da proposta medicalizadora da loucura cujas medidas de eleição incluem a oferta de suporte para satisfação das necessidades vitais básicas, tratamento com psicofármacos e imposição do isolamento social, sem que isso resulte na reabilitação psicossocial do sujeito acometido pelo transtorno mental:

O tratamento lá é o remédio, né? O paciente fica lá, deitado, se entupindo de remédio. A pessoa vai modificando a personalidade. Vai ficando parado, robotizado. (Família)

Acho que o tratamento é pra pessoa ficar mais forte, para fortalecer o juízo. Quando volta, volta que é uma seda. Obediente. Quietos. Depois volta tudo de novo. (Família)

A ausência de privacidade é apontada como outra característica do fazer terapêutico no hospital psiquiátrico:

É um tratamento diferente dos outros. A gente sabe que não cura, que é pra melhorar. Dão comida, dão remédio. Eles ficam ali. Todo mundo junto. Não tem aquela coisa separada. Tudo é de todo mundo. (Família)

Algumas das críticas formuladas pelos partidários da reforma psiquiátrica se referem à estrutura e à organização da vida cotidiana no hospital psiquiátrico, cuja abordagem indiferenciada e socioexcludente promove o desenraizamento cultural e a despersonalização das pessoas com transtorno mental, gerando, na vida social e afetiva de sua clientela, prejuízos bem mais graves e permanentes que os sintomas que motivaram seu internamento na instituição:

O hospital psiquiátrico caracteriza-se por ser um espaço coletivo fechado para o mundo externo e cuja organização intramuros impede a construção de espaços privados dos internos, condição considerada indispensável para a organização e manutenção de sua identidade pessoal. Essa falta absoluta de privacidade pessoal está vinculada à atitude controladora-repressora da instituição: o paciente deve ser continuamente vigiado, deve estar sempre sob controle.^{19,19}

Com relação ao hospital-dia, os familiares reconhecem a existência de um projeto terapêutico individualizado com destaque para a diversificação de recursos assistenciais:

Eu gostei porque é um tratamento diferenciado. Tem remédio, tem almoço, tem vale-transporte. Lá tem dança, música, tem passeios, tem amigos, vão à praia. Tem vida, tem dinamismo, tem reunião, tem professor, tem psicólogos, tem terapia ocupacional. (Família)

Os informantes ressaltam a importância do caráter pedagógico presente no trabalho com as famílias no sentido de fornecer-lhes conhecimento sobre a doença mental e os modos de lidar com sujeito com sofrimento psíquico:

Lá eu aprendi a ver a doença mental com outros olhos. Eles recomendam a gente como tratar o usuário em casa. (Família)

Percebemos, no entanto, que essas recomendações se dão de forma prescritiva e não contemplam a complexidade das relações interpessoais no contexto em que eles se desenvolvem. Dessa forma, as ações terapêuticas desenvolvidas nas instituições dificilmente ganham expressão nos espaços “extramuros” de forma a produzir modificações substanciais da vida dos usuários e família:

O hospital-dia devia ensinar como lidar com os problemas aqui fora, isso a gente não aprende. Ajudou bastante dentro de casa, com a família, mas não atingiu a nossa vida social. (Família)

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é representado pelas famílias como uma instituição destinada ao tratamento de pacientes não agressivos. Embora, os informantes reconheçam o empenho da equipe para atender à demanda da clientela, as críticas com relação a essa instituição giram em torno da carência de infra-estrutura necessária à provisão de recursos assistenciais e da restrição de auxílio destinados a atender às necessidades de famílias extremamente carentes. Os informantes consideram, ainda, que as atividades ofertadas são inadequadas aos interesses e às aptidões da clientela assistida, fato que desestimula e compromete de forma negativa a adesão do usuário ao tratamento:

Ele não gosta muito de ir porque é só pra fazer aqueles bonequinhos de geladeira e ele não tem mais idade pra fazer isto. (Família)

O fato de o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) oferecer uma série de atividades e oficinas de terapia ocupacional aos pacientes que as frequentam, diária ou espaçadamente, tais como: marcenaria, culinária etc., não lhes confere um caráter reabilitador, pois, tais atividades sempre foram oferecidas tanto nos hospitais psiquiátricos quanto nos ambulatórios de saúde mental.^{20,18}

Consideramos pertinente, também, o alerta quanto ao risco de os CAPSs virem a se tornar [...] ‘ambulatórios reformados’, sem com isso, efetivar a reabilitação psicossocial dos clientes e promover a articulação com a rede de assistência em saúde.^{20,18}

Dessa forma, as atividades desenvolvidas nos serviços não devem ter caráter ocupacional, no sentido estrito,

mas devem mediar a descoberta e o desenvolvimento das potencialidades do usuário e de suas relações interpessoais, possibilitando-lhes o exercício pleno da cidadania e contratualidade social.

A inserção das famílias no projeto terapêutico da pessoa com transtorno mental

Essa categoria foi construída em torno dos seguintes eixos representacionais: a relação das famílias com a equipe interdisciplinar e a participação da família no tratamento de pessoas com transtorno mental.

Conforme sinalizamos neste trabalho, a relação entre as famílias e a equipe interdisciplinar é essencial para que ocorra a adesão dos familiares ao projeto terapêutico do paciente que, por sua vez, envolva o tipo de vínculo que a equipe estabelece com o cliente e seu cuidador.

O vínculo pode ser definido como uma maneira específica pela qual cada indivíduo se relaciona com o outro, criando uma estrutura particular para cada caso e para cada momento. Para captar o vínculo é necessário que o terapeuta realize uma análise dos aspectos psicossociais, sociodinâmicos e institucionais da vida do usuário e da sua família, relacionados ao padrão de comunicação, interação e adoção de condutas para manipular a realidade, possibilitando-lhe intervir na clientela de forma que ela possa ressignificar sua vida e vivenciar experiências construtivas. A reversão dos vínculos patológicos em padrões saudáveis é uma via de mão dupla e deve acontecer com todos os sujeitos incluídos no processo de transformação contínua, incluindo o terapeuta.²¹

Ao expressarem sua percepção sobre o vínculo com a equipe interdisciplinar, os informantes denunciam o grau de distanciamento entre os profissionais do hospital psiquiátrico e a família, bem como a adoção, pelos profissionais, de uma abordagem com ênfase na doença, evidenciando, dessa forma, um olhar fragmentado do sujeito e a postura do terapeuta como detentor de um saber esotérico para o qual a família não tem acesso:

A relação é assim muito hierarquizada. Eles se aborrecem quando a gente quer saber do estado do paciente. Criticam e recriminam a família. (Família)

O mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a doença, da existência global e complexa e concreta dos pacientes e do corpo social.¹⁶

A atitude discriminatória adotada tende a culpabilizar as famílias, suprimindo-lhes qualquer poder de intervenção sobre o paciente e reduzindo-as a mera fonte de informação de dados, que a equipe acredita ser relevante para a condução do tratamento.

A relação com a equipe do hospital-dia e o CAPS é percebida pela família de forma mais humanizada, como mostram os seguintes relatos:

Eles têm carinho com a gente. Não são pessoas abusadas. (Família)

No hospital-dia a equipe é ótima, trata a gente melhor

que os de casa. (Família)

Para que ocorra a humanização do cuidado, consideramos válido lembrar que três aspectos devem estar presentes na postura do terapeuta em relação ao paciente e à sua família: a empatia que permite ao terapeuta colocar-se no lugar do outro para compreender sua experiência com o sofrimento e a aceitação positiva incondicional que consiste em respeitar a singularidade do outro e a congruência que decorre da reflexão contínua que o terapeuta deve proceder com relação a seus sentimentos, valores e crenças em relação aos sujeitos do cuidado.¹⁷

Por outro lado, enfatizamos, também, a necessidade de os terapeutas desenvolverem uma compreensão crítica sobre os determinantes sociais da doença para promover a mobilização de todos os atores envolvidos na luta por melhores condições de vida e inserção social dos usuários.

De acordo com os informantes, a participação da família no tratamento da pessoa com transtorno mental se encontra ausente no hospital psiquiátrico tanto no que se refere ao acolhimento do cliente quanto à capacidade de oferecer continência ao seu sofrimento:

A família não participa muito do tratamento. Não tem aquele aconchego, não tem visita domiciliar. (Família)

Ao contrário do que acontece nas instituições asilares, o hospital-dia foi apontado pelas famílias de usuários dessa instituição como aquele que melhor desempenha a função integrativa entre paciente, equipe e família, assegurando a esta última um papel mais ativo no projeto terapêutico do paciente:

A gente participa do tratamento, vai para a reunião. Eles pedem informações, gostam da família. É como se a gente fosse de lá. Me sinto como se estivesse em casa. Participo das terapias, converso com as doutoras. A terapia também serve para mim. A família se sente apoiada. Eles querem muito inteirar a família com o paciente. (Família)

O CAPS, por sua vez, muito embora comprometido com a proposta de reabilitação psicossocial dos sujeitos com transtorno mental, foi criticado pelos entrevistados, que denunciam o caráter assistemático das ações voltadas para inserir as famílias no projeto terapêutico do cliente, conforme revelam as seguintes falas:

Não é obrigatório à família ir, tem muito pouca reunião. (Família)

Visita domiciliar? É muito raro. (Família)

Com base nesses resultados, consideramos importante que as equipes dos serviços de saúde mental fortaleçam o contrato terapêutico com as famílias, fornecendo-lhes condições que possibilitem maior participação e envolvimento nas atividades da instituição incluindo, também, ações voltadas para a mobilização e o emponderamento dessas famílias nas lutas sociais para melhoria da qualidade

de saúde e de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência das famílias permitiu elucidar o fazer terapêutico das instituições de saúde mental e a inclusão dos familiares no processo de cuidado do parente com transtorno mental.

Neste estudo, pudemos perceber que a forma como as instituições de saúde mental se articulam com as famílias na elaboração e na participação no projeto terapêutico das pessoas com transtorno mental difere de uma instituição para outra. No hospital psiquiátrico, essa condição é, praticamente, inexistente e se evidencia pela postura distanciada dos profissionais com relação ao cliente e à não-valorização da experiência das famílias como elemento essencial para nortear os rumos do projeto terapêutico do cliente.

Nas instituições não manicomiais, aqui representadas pelo CAPS e pelo hospital-dia, o trabalho de inclusão dos familiares na assistência ao sujeito com sofrimento psíquico limita-se à abordagem das relações entre os seus membros, visando reduzir as tensões e apaziguar os conflitos, porém não contempla a família no contexto social mais amplo cujas contradições atuam como determinantes sociais das doenças. A carência de suporte financeiro necessário à diversificação das ações assistenciais e a ausência de melhor articulação entre as instituições da rede de serviço de saúde atuam como um dos responsáveis pelo desaquecimento do processo de expansão da rede de assistência em saúde mental e desconstrução do paradigma tradicional de cuidado das instituições manicomiais.

A superação dessas limitações requer o fortalecimento da parceria entre profissionais, gestores dos serviços, familiares e sociedade civil organizada para romper com a dicotomia teórico-prática e potencializar as forças que impulsionam a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental, promovendo o avanço e a consolidação do processo de reforma psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues MSP, Guedes Sobrinho EH, Silva RM. A família e sua importância na formação do cidadão. *Fam Saúde Desenv* 2000 jul./dez.; 2 (2): 40-8.
2. Watzlavick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix; 1979.
3. Engels F. A origem da família, da propriedade privada e do Estado. Rio de Janeiro: Vitória; 1964.
4. Szymanski H. Teorias e "teorias" de famílias. In: Carvalho MCB, Organizadora. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez; 2002. p. 23-7.
5. Poster M. Teoria crítica da família. Rio de Janeiro: Zahar; 1979.
6. Oliveira RMP, Loyola CM. Família do paciente psiquiátrico: o retrato de uma ilustre desconhecida. *Acta Scient Health Scienc* 2004; 2 (1): 213.
7. Samara EM. *A família brasileira*. São Paulo: Brasiliense; 1998.
8. Vianna PCM. *A Reforma Psiquiátrica e as associações de familiares: unidade e oposição* [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.
9. Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1999.
10. Fernandes JD, Oliveira MR, Fernandes J. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. *Rev Esc Enf USP* 2003; 37(2): 35-42.
11. Carvalho MCB. O lugar da família na política social. In: Carvalho

MCB. Organizadora. *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Cortez; 2002. p. 15-22.

12. Amarante P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1999.

14. Colvero LA. *Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado* [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2002.

15. Melman J. *Intervenções familiares no campo da atenção psicossocial aos psicóticos: a mutação do olhar que transforma a clínica*. *Cad Subjetiv* 1997; 5(2): 509-23.

16. Rotelli F, Ota LMD, Nicácio F. Organizadores. *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC; 2001.

17. Codo W, Sampaio JJC, Hitomi AH. *Indivíduo trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes; 1993.

18. Leite MBGD, Tiveron RM, Silva SVP. *Hospital-dia: Espaço de continência e participação*. In: Fernandes MIA, Vicentin MCG, Vieira MCT, Organizadores. *Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária; 2003.

19. Moffat A. *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. São Paulo: Cortez; 1991.

20. Cambraia M. *Política de Saúde Mental no Estado de São Paulo: O cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004* [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

21. Pichon-Rivière E. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

Recebido em: 22/08/2006

Aprovado em: 09/02/2007