

O SIGNIFICADO DO CUIDADO PARA A FAMÍLIA NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DO DOENTE MENTAL: UMA REVISÃO TEÓRICA

THE MEANING OF CARE FOR THE FAMILY IN MENTAL PATIENTS' PSYCHOSOCIAL REHABILITATION: A THEORETICAL REVIEW

EL SIGNIFICADO DEL CUIDADO PARA LA FAMILIA EN LA REABILITACIÓN PSICOSSOCIAL DEL ENFERMO MENTAL: UNA REVISIÓN TEÓRICA

Paula Cambraia de Mendonça Vianna¹
Sônia Barros²

RESUMO

Este ensaio se propõe realizar uma revisão teórica sobre o significado do cuidado para o familiar na reabilitação psicossocial do doente mental, como um processo que promove habilidades e autonomia, mas, também, reforça e cria formas de exclusão e desabilitação social na medida em que passa a ser mediado pelo desejo do outro. As autoras discutem que o ato de cuidar adquire características diferentes em cada sociedade e é determinado por fatores sociais, culturais e econômicos. A superação da representação social, que exclui as famílias do cuidado prestado ao doente mental, é um dos desafios a serem trabalhados para a reversão do modelo manicomial de atendimento. A inserção dos familiares e usuários no novo modelo de atenção à saúde mental possibilitará que a tarefa do cuidado e da assistência ao doente mental seja compartilhada entre esses atores, fazendo com que os mesmos passem a ocupar um lugar muitas vezes delegado aos profissionais e às instituições psiquiátricas.

Palavras-chave: Reabilitação-Psicologia; Família; Saúde da Família; Pessoas Mentalmente Deficientes-Psicologia

ABSTRACT

This essay attempts to carry out a theoretical review of the meaning of care for the family in mental patients' psychosocial rehabilitation, either as a process which promotes skills and autonomy or as a process that reinforces and creates forms of social exclusion and loss of autonomy since it goes through another person's desire. The authors discuss how the act of caring takes different characteristics in each society and is determined by social, cultural and economic factors. Overcoming social representation, which excludes the families from the care provided to mental patients, is one of the great challenges to be faced in order to reverse the institutional model of care. The insertion of family and users into the new model of mental health care will allow for the sharing of mental patients' care and assistance among these actors to the extent that they may take a place often designated for professionals and psychiatric institutions.

Key-words: Rehabilitation-Psychology; Family; Family Health; Mentally Disabled Persons-Psychology

RESUMEN

Este estudio se propone realizar una revisión teórica del significado del cuidado para la familia en la rehabilitación psicossocial del enfermo mental, en sí un proceso que promueve habilidades y autonomía. Sin embargo, también puede reforzar y crear formas de exclusión e incapacidad social en los enfermos ya que pasa a ser mediado por el deseo del otro. Las autoras discuten que el acto de cuidar adquiere características diferentes en cada sociedad y está determinado por factores sociales, culturales y económicos. La superación de la representación social, que excluye a las familias del cuidado prestado al enfermo mental, es uno de los grandes desafíos a ser trabajados para revertir el modelo manicomial de atención. La inserción de los familiares y usuarios en el nuevo modelo de atención a la salud mental permitirá que la tarea del cuidado y de la asistencia al enfermo mental sea compartida entre estos actores, haciendo que los mismos pasen a ocupar un lugar muchas veces delegado a los profesionales y a las instituciones psiquiátricas.

Palabras clave: Rehabilitación-Psicología; Familia; Salud de la Familia; Personas Con Incapacidad Mental-Psicología

¹ Paula Cambraia de Mendonça Vianna. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem/UFGM.

² Sônia Barros. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem/USP.

Endereço: Rua Henrique Passini 36/201 – Serra - Belo Horizonte CEP: 30220-380 - e-mail: sobarros@usp.br

Introdução

Dicionários de filologia apontam que a palavra cuidado deriva do latim *cura*, utilizada para descrever um contexto de relações de amor e amizade marcadas por atitudes de atenção, desvelo e preocupação com um objeto ou pessoa querida. Outros estudiosos derivam a palavra cuidado de *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar* que tem o mesmo significado de *cura*: pensar, colocar atenção, mostrar interesse, desvelo e preocupação. O “cuidado inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda, de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro”⁽¹⁾.

Nesse sentido, podemos afirmar que a palavra cuidado carrega um duplo significado. “Cuidado, no sentido de alerta, o sinal vermelho do semáforo. Perigo de, na relação com o outro, no movimento de sair de si mesmo, ir ao encontro do outro, perder-se. Ficar confuso no que diz respeito à própria sanidade mental, ou mais especificamente aos parâmetros instituídos de normalidade. Um outro viés desloca a palavra cuidado para a maternagem, para o aconchego do colo, da relação amorosa/afetiva, do acolhimento que, no geral, só um ser humano pode dispensar ao outro”⁽²⁾.

O ato de cuidar adquire características diferentes em cada sociedade e é determinado por fatores sociais, culturais e econômicos. Esses fatores vão definir os valores e as condições em que se processa o ato cuidador.

A assistência à doença mental, em sua história, sempre apontou para a impossibilidade da família em estar junto, conviver, cuidar do doente mental. Tratar do doente mental significou, durante décadas, o afastamento do convívio social e familiar. Transformar, recriar as relações existentes entre a família, a sociedade e o doente mental não é tarefa das mais fáceis. Existe o pronto, o universalmente aceito, a delegação do cuidado a outrem que aponta para a incapacidade de lidar com a loucura, de aceitar novos desafios e de se aventurar em caminhos não trilhados. Engendrar-se no processo cuidador, se haver com a sua própria loucura espelhada no outro, romper barreiras e preconceitos, conviver com a doença é, com certeza, o grande desafio.

Existem, portanto, maneiras diferentes de entender o ato cuidador. Para alguns, cuidar pressupõe somente a presença de uma instituição, ou seja, o hospital psiquiátrico. Não que, no manejo da crise, se possa prescindir de ajuda especializada e acesso aos serviços de saúde. Eles são, sem dúvida, o grande suporte que o familiar necessita para poder cuidar. Mas, para cuidar, não precisaríamos isolar, retirar o sujeito de seu contexto familiar e social. O ato cuidador, em nosso entender, vai mais além. Ele faz emergir a capacidade criadora existente em cada um, aponta para a disponibilidade em se lançar, em criar novas maneiras de conviver com o outro em suas diferenças.

O cuidar em família, a busca de estratégias e alternativas para a sobrevivência, a divisão de tarefas, o acatamento ou não às normas impostas pela sociedade apontam para a importância da participação da família no processo de reabilitação psicossocial do doente mental.

Entendemos a reabilitação psicossocial como uma exigência ética, “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”⁽³⁾. Nesse processo, estão incluídas a valorização das habilidades de cada indivíduo, as práticas terapêuticas que visam o exercício da cidadania, a postura dos profissionais, usuários, familiares e sociedade ante a doença mental, as políticas de saúde mental transformadoras do modelo hegemônico de assistência, a indignação diante das diretrizes sociais e técnicas que norteiam a exclusão das minorias, dos diferentes. É, portanto, “uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais”⁽⁴⁾.

Procuraremos nos deter, inicialmente, nos três cenários apontados por Saraceno. O processo de reabilitação tem muito a ver com a casa, com o lugar que acolhe o indivíduo, que atende as suas necessidades materiais e afetivas. Esse autor aponta uma diferença fundamental entre estar em e habitar um lugar. O estar diz respeito à impessoalidade, à ausência de posse e poder decisional enquanto o habitar representa um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, um lugar de afeto. Não basta, portanto, encontrar uma moradia para o doente mental, mas um lugar de trocas, de contratualidade e de bem-estar.

Entretanto, as trocas não acontecem somente dentro das casas, mas, também, nas ruas, nos mercados, na cidade. A rede social é o lugar onde acontecem essas trocas e a desabilitação acarreta um empobrecimento dessa rede, tanto quantitativo como qualitativo. Esse empobrecimento acontece a partir da primeira rede social disponível que é o núcleo familiar. Geralmente, os serviços intervêm na rede social através da família, pois se trata do universo mais definido tanto do ponto de vista de sua definição social (clara para o paciente, para o profissional e para a própria família), mas também do ponto de vista das estratégias de co-envolvimento da família⁽⁵⁾. Portanto, a família é o lugar primeiro de qualquer intervenção de reabilitação.

Outro cenário importante para o processo de reabilitação é o trabalho com valor social. Não o trabalho que apenas entretém o usuário, mas o trabalho que gera lucro e insere o indivíduo socialmente. Em uma sociedade ditada pelo capital, pouco permeável às diferenças que existem entre os seres humanos, transformar as relações que existem entre ela e o portador de transtorno psíquico é um dos grandes desafios a serem enfrentados pela reforma psiquiátrica.

Nesse contexto, o objetivo da reabilitação não pode ser aquele que faz “com que os fracos deixem de ser fracos para poderem estar em jogo com os fortes e sim que sejam modificadas as regras do jogo, de maneira que desse participem fracos e fortes, em trocas permanentes de competências e de interesses”⁽⁵⁾.

É nesse percurso que o movimento da reforma deve caminhar, ganhando a rua, a cidade. Nesse sentido, “criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente

descobertas 'originais'; significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, 'socializá-las' por assim dizer; transformá-las, portanto, em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral"⁽⁶⁾.

A Sobrecarga do Cuidado

Podemos afirmar que alterações importantes ocorrem na família, quando um dos seus membros sofre de um distúrbio mental. Os familiares sentem, às vezes, culpa pela situação de doença de um de seus membros, recorrendo à genealogia para explicar o infortúnio ou procuram no seu comportamento uma causa que explique a doença do outro. Acreditam, ainda, que a doença possa significar um castigo de Deus pelas faltas cometidas ⁽⁷⁾. Estas famílias experimentam graves danos no plano psicológico, no plano da organização da própria vida e também no plano material, vivenciando, no decorrer do tempo, distúrbios e desabilitações psicossociais ⁽⁵⁾.

A doença mental representa um estigma, uma marca, um rótulo tanto para o doente como para a família. Essas famílias tendem a experimentar um sentimento de serem diferentes das outras famílias, de estarem alienadas de um universo de experiências normais e reagem de maneiras distintas à presença da doença no seio familiar. Às vezes, escondem a doença e se isolam do meio social e, dessa forma, não convivem com o estigma social da doença. Entretanto, podem lidar de uma forma mais natural com a doença, mantendo contato com as outras pessoas, enfrentando e desvalorizando o estigma que a mesma traz ⁽⁸⁾.

A família "é uma constante antropológica que desde as cidades da Antigüidade até as cidades modernas tem a função de proteger, limitar as usurpações do poder superimposto, servir de muralha contra o exterior" ⁽⁹⁾. Constitui o primeiro núcleo social do indivíduo, onde se esboçam as relações com o mundo e é para ela que o doente mental retornará, na maioria dos casos, após a alta hospitalar. Devido a isso, a sua participação e envolvimento com a proposta da reforma psiquiátrica revestem-se de grande importância para o sucesso ou fracasso do movimento no Brasil.

Para as famílias, as dificuldades de interação entre familiares e paciente são referidas como um dos elementos mais difíceis a serem enfrentados na convivência com o doente mental. Nesta convivência e neste cuidar do doente mental em família, percebemos que "o preconceito em relação à doença mental e ao doente mental, o cerceamento da liberdade dele, o seu isolamento num quarto dos fundos da casa, caminham lado a lado com a comunhão de afetos entre ele e os familiares, ficando evidente que na partilha de um espaço comum, os conflitos e antagonismos não deixam de estar presentes"⁽⁹⁾.

Apontamos três tipos de sobrecarga do familiar na convivência com o doente mental: a sobrecarga financeira; a sobrecarga na execução das rotinas familiares; a sobrecarga em forma de doença física ou emocional. Destacamos, também, alterações importantes nas atividades de lazer e nas relações sociais mantidas pela família ⁽¹⁰⁾.

Em alguns casos, a família não é a solução para a reinserção social do doente mental. Isso se deve a alguns

fatores. "Primeiro, a erosão da família extensa nos países em desenvolvimento, combinada com a migração para as cidades, apresenta um desafio aos planejadores da utilização deste recurso para a atenção aos pacientes. Segundo, quando o ambiente familiar não é propício à atenção de boa qualidade e ao apoio, e pode ser mesmo prejudicial, a solução familiar pode não ser uma opção viável" ⁽¹¹⁾. Alternativas, como as moradias assistidas, podem intervir de forma eficiente junto aos pacientes que perderam seus laços sociais e familiares.

Torna-se premente o investimento do Estado em um trabalho, junto às famílias e à comunidade, que possibilite uma maior discussão e busca de estratégias que amenizem a sobrecarga do cuidado e o sofrimento da família na convivência com o doente mental. Estratégias que não signifiquem o ônus do cuidado para as famílias, mas que pretendam criar novas maneiras de estar junto e lidar com a doença, que possibilitem aos familiares a expressão e elaboração de muitas vivências associadas à sobrecarga do cuidado, aos preconceitos sociais, ao isolamento, aos problemas que surgem no relacionamento com os profissionais de saúde, aos sentimentos de derrota ⁽¹²⁾.

Intervenções no processo de cuidar

A maneira como os diversos atores sociais (usuários, familiares, técnicos, Estado) agem faz com que seja produzido um determinado modo de cuidar. "Somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor. Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos. Entretanto, sob qualquer um destes ângulos somos responsáveis pelo que fazemos. Não é possível não nos reconhecermos nos nossos fazeres" ⁽¹³⁾.

O ato cuidador é basicamente um ato criador, atento, perspicaz às necessidades e singularidades de quem o demanda. O cuidado é único, é sempre dirigido a alguém. Não existem fórmulas mágicas para o ato do cuidar e sim a invenção, "o jogo de cintura", a busca de possibilidades várias. No cuidar, avista-se o outro. Esse outro busca, através do cuidado, criar habilidades e recuperar graus de autonomia que o insira socialmente.

Um serviço de alta qualidade pode ser definido como aquele "que se ocupa de todos os pacientes que a ele se referem e que oferece reabilitação a todos os pacientes que dele possam se beneficiar". Não podemos reduzir a amplitude de um serviço a um local físico e aos seus profissionais, mas dar-lhe uma gama de oportunidades e lugares que favorecem a reabilitação do paciente. Um dos lugares privilegiados no intercâmbio com os serviços é a comunidade e dela fazem parte a família, as associações, os sindicatos, as igrejas, etc. É, portanto, fonte de recursos humanos e materiais, lugar capaz de produzir sentido, contratualidade e resolutividade ⁽⁵⁾.

Nesse contexto, os profissionais que trabalham nos serviços não devem ser contabilizados apenas numericamente (como se somente a quantidade atestasse a qualidade do serviço), mas, sobretudo, através da "motivação com que trabalham, das expectativas que têm

em relação aos pacientes dos quais se ocupam, do senso de pertinência a um projeto coletivo, da qualidade das relações que se realizam no campo do trabalho, etc”⁽⁵⁾.

Para minorar as dificuldades enfrentadas pela família na convivência com o doente mental, o serviço deve estar apto a reduzir os riscos de recaída do usuário; prestar informação clara e precisa sobre a doença (sinais, sintomas, tratamento, medicação, etc.); ensinar habilidades de manejo e minimização dos sintomas; e possibilitar que os familiares sejam capazes de exprimir suas necessidades e sentimentos⁽⁵⁾.

Entretanto, “o muro do hospício dividiu grupos formados, famílias, hábitos, valores, cotidianos, irmãos e iguais que se tornaram diferentes a partir do muro. E nessas parcerias divididas é alimentada a ilusão de que derrubar os muros seria transformá-los novamente em iguais”⁽¹⁴⁾. O caminho é longo e implica analisar este diferente e as reais condições socioeconômicas e afetivas existentes em cada família, visto que a superação do aparato manicomial implica, sobretudo, a desestruturação de velhos fazeres e saberes sobre a loucura, no aprendizado do novo, na possibilidade da convivência, no estar fora.

O hospital ainda funciona como o único local conhecido pela maioria das famílias para o tratamento do doente mental e representa a possibilidade da família de reorganizar-se, como instituição, sem a presença do doente mental. Por não contar com uma rede social organizada e eficiente, que supra as suas demandas, a família irá reproduzir, no ambiente doméstico, a mesma exclusão social em que vive o doente mental: vigiar, observar, punir, cercar a liberdade do outro.

Vianna⁽¹⁵⁾, em trabalho desenvolvido junto aos profissionais de saúde mental, aponta uma série de fatores dificultadores, trazidos pelos entrevistados, para a reinserção do doente mental em seu núcleo familiar. São eles:

- o baixo poder aquisitivo das famílias, em que a maioria dos seus membros trabalha para contribuir no orçamento doméstico;
- a ausência de uma pessoa da família que acompanhe o doente mental em casa;
- a inexistência de um trabalho efetivo da instituição tratadora junto à família do doente mental, que lhe garanta suporte emocional no convívio com o seu membro doente;
- o desconhecimento sobre as práticas alternativas de atendimento ao doente mental e familiares;
- a ausência de um vigoroso programa governamental para a área de saúde mental que defina metas e destine verbas para a consecução das propostas da reforma psiquiátrica.

A análise e a discussão desses fatores entre os envolvidos com o programa da reforma psiquiátrica revestem-se de fundamental importância, pois “a psiquiatria deixou de ser coisa de médico e louco para ser – legitimamente – de todo mundo um pouco”⁽¹⁶⁾. Portanto, a participação dos usuários, familiares e comunidade neste processo, configura-se como condição *sine qua non* para o sucesso do movimento.

“...um movimento filosófico merece este nome na medida em que, no trabalho de elaboração de um pensamento superior ao senso comum e cientificamente coerente, jamais se esquece de permanecer em contato com os ‘simples’ e, melhor dizendo, encontra neste contato a fonte dos problemas que devem ser estudados e resolvidos. Só através deste contato é que uma filosofia se torna ‘histórica’, depura-se dos elementos intelectualistas de natureza individual e se transforma em vida”⁽⁶⁾.

para o usuário, para a família, para o novo modelo assistencial que preconiza e exige vida.

A participação da universidade e órgãos formadores de pessoal da área da saúde, parcerias imprescindíveis na discussão sobre as propostas da Reforma Psiquiátrica, estimularia uma percepção mais crítica sobre o atendimento prestado ao doente mental. As escolas têm sido, tradicional e historicamente, as reprodutoras da ideologia dominante e implementadoras acríticas das políticas sociais, apesar de reconhecer-se que, contraditoriamente, contribuem, como transmissoras de conhecimentos, para a formação de uma contra-ideologia⁽¹⁹⁾. Entretanto, “a Reforma Psiquiátrica deixou de lado, praticamente em todos os lugares, a universidade, demasiadamente conservadora e endogâmica. A frente da Reforma Psiquiátrica foi a assistência”⁽¹⁸⁾.

Dessa maneira, a discussão sobre a reabilitação psicossocial do doente mental pretende, não apenas, mudanças na forma de assistência, mas, também, mudanças de ordem organizacional e jurídica e, sobretudo, mudanças quanto à maneira como percebemos a loucura e com ela convivemos.

A psiquiatria permitiu a inclusão do doente mental no universo dos humanos, dos doentes, mas criou um dos maiores paradoxos da psiquiatria: a identidade de doente mental é uma identidade sem valor de troca, que exclui e afasta as pessoas. Corremos o risco de reproduzir em nosso novo modelo assistencial, a mesma prática excludente e segregadora que norteou a assistência ao doente mental durante décadas. E quando criarmos as condições para que o novo modelo seja totalmente implantado devemos estar atentos aos questionamentos formulados por Cavalcanti: “Temos como falar em tratamento para os loucos sem necessariamente silenciá-los? Temos como falar em tratamento para os loucos sem buscar reintroduzi-los ortopedicamente na ordem social vigente? O sofrimento que eles apresentam autoriza a nossa intervenção? E que intervenção seria esta? Teríamos como fugir de uma pedagogia da razão e propor uma terapêutica outra para a loucura? Se mudamos de ótica e passamos a considerar os sintomas como formas de existir, como curar um indivíduo de sua forma mesma de estar e ser na existência?”⁽¹⁷⁾.

Cuidar exige respeito. Respeito pelo outro, pelas suas diferenças e limitações. Significa estar junto, atento, sem ser invasivo, sem querer transformar a realidade do outro. Simplesmente, estar disposto, disponível, possibilitando que encontre um equilíbrio que o ajude a viver, que o insira socialmente, pois, “o problema não está tanto em ‘pirar ou não pirar’ mas em o que se faz com esta

'piração'... ajudá-lo a fazer desta tragédia existencial algo que valha a pena" (17). Isto, com certeza, é uma tarefa para a vida toda.

O modelo assistencial existente nos nossos serviços é organizado a partir de uma demanda imediata, dentro da ótica hegemônica do modelo médico liberal. A importância do cuidado é relegada a uma posição irrelevante e complementar. Não existe, portanto, uma preocupação com o antes, com os modos de vida do paciente e sua família. Existem, sim, intervenções pontuais e descontextualizadas para atender situações específicas de crise.

Contudo, passar de uma abordagem biomédica a uma abordagem biopsicossocial obriga a mudanças importantes:

- na formulação das políticas de saúde mental;
- na formulação e no financiamento de programas de saúde mental;
- na prática cotidiana dos serviços;
- no *status* social dos médicos (5).

Essa passagem é norteadada por uma forte resistência cultural, social e econômica dos psiquiatras em transformar a assistência em saúde mental, colocando em crise o paradigma médico. A abordagem biopsicossocial aponta para o reconhecimento do papel dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e promoção da saúde mental (5).

Hoje, propõe-se um modelo de atenção interativo e complexo, que contemple as abordagens biológica, psicológica e social. A Reforma Psiquiátrica propõe um trabalho interdisciplinar que valorize as potencialidades de cada profissional, em benefício de uma assistência mais dinâmica e eficiente no tratamento do doente mental. A troca de informações e experiências, as diferentes formas de acolher e de escutar o paciente possibilitam uma maior interação entre equipe, usuários, famílias e comunidade.

Nesse contexto, "um programa de reabilitação psicossocial dirigido a um determinado paciente psicótico pode ser ao mesmo tempo realizado por meio de intervenções individuais (administração de psicofármacos, sustentação psicológica individual, adestramento de atividade laborativa, educação à aptidão na vida cotidiana) e intervenções coletivas (suporte à família, sensibilização da comunidade onde o paciente reside, envolvimento dos indivíduos com o local de trabalho)" (5). Portanto, as intervenções em saúde mental devem contemplar o indivíduo em sua totalidade, utilizando técnicas tanto individuais como coletivas.

Finalizando, gostaríamos de salientar a importância da assistência ao doente mental que contemple, também, a família e a comunidade, já que vivemos num país cheio de desigualdades sociais, em que "o desemprego prolongado, as formas de vida isolada, decorrentes da debilitação dos laços familiares e sociais, a mobilidade social e geográfica e as situações de exclusão social (imigrantes, sem teto, marginais) aumentam a vulnerabilidade à doença mental" (18).

Intervir, portanto, em saúde mental não significa apenas prestar assistência. Intervir significa, sobretudo,

estar atento à realidade social, econômica e cultural em que vivem as pessoas que atendemos, sem a busca inútil de soluções mágicas ou fórmulas poderosas. Nesse contexto, "o muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos", criando condições para a reabilitação psicossocial do doente mental, valorizando o que foi conquistado, estando junto (5).

Considerações Finais

A atual Reforma Psiquiátrica tem centrado suas ações na transformação do modelo hegemônico de assistência e na conscientização dos usuários e profissionais sobre as novas formas de atendimento em saúde mental. Não existe um investimento suficiente no trabalho com as famílias realizado pelos profissionais de saúde e, assim, elas se sentem descrentes com as metas propostas pelo novo modelo assistencial e mais seguras nos espaços que conhecem, ou seja, nos hospitais psiquiátricos.

O hospital vem representar, junto às famílias, a possibilidade da realização do desejo de exclusão daquilo (a doença mental) que fere o ideal de uma "família comum". Amputada de seu membro doente e negando sua implicação nesse processo de adoecimento, a família entrega ao hospital o seu "resto doente", na tentativa de se ver inserida no "universo dos normais", de reorganizar-se sem a presença do paciente.

A presença do doente no meio familiar, na grande maioria das vezes, escancara o que não pode ser feito, o que não pode ser dito – a impotência da família na convivência com o doente mental.

A culpa por não conseguirem dar aos seus familiares uma assistência de qualidade, delegando, na grande maioria das vezes, o cuidado às instituições faz com que o familiar conviva cotidianamente com o estigma e a impotência. Considera-se diferente, marcado pela doença e por todas as conseqüências que ela traz seja no convívio com outras pessoas, seja no trabalho ou no lazer.

Os profissionais de saúde e os serviços são responsáveis pela inserção de familiares e usuários no novo modelo de atenção à saúde mental, possibilitando que a tarefa do cuidado e da assistência ao doente mental seja compartilhada entre esses atores. A superação da representação social, que exclui as famílias do cuidado prestado ao doente mental, é um dos grandes desafios a serem trabalhados para a reversão do modelo manicomial de atendimento.

Contra ou a favor da Reforma Psiquiátrica, a família surge no cenário da saúde mental brasileira, seja na formulação das políticas públicas seja na assistência ao doente mental, passando a ocupar um lugar muitas vezes delegado aos profissionais e às instituições psiquiátricas. "Com certeza, a família passou da condição de cúmplice para a de protagonista que produz consenso e dissenso ao mesmo tempo, mas de qualquer forma 'senso', e não é mais simplesmente 'usada' como cúmplice ou como vítima" (5).

Referências Bibliográficas

1. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
2. Rosa LCS. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: Caderno de textos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001; Brasília. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 2001. p.154-8.
3. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A., organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.
4. Pitta AMF. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In Pitta A., organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996.
5. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá; 1999.
6. Gramsci A. Concepção dialética da história. 7ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1987.
7. Lalanda T. A Família e o doente mental internado. Nursing Rev Téc Enf. 1995 dez.; 12-14.
8. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1992.
9. Costa ASSM. A Convivência dos familiares com o doente mental: uma análise compreensiva [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem/UFMG; 1998.
10. Koga M. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1997.
11. Organização Mundial da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo, 2001: saúde mental, nova concepção, nova esperança. Genebra; 2001.
12. Melman J. Representando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 1998.
13. Merhy EE. A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec; 2002.
14. Miranda CML. O Parentesco imaginário. São Paulo: Cortez; 1994.
15. Vianna PCM. Os profissionais de saúde mental e as possibilidades de reinserção social do doente mental - uma abordagem institucionalista [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem/UFMG; 1997.
16. Bezerra Júnior B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco – o campo psiquiátrico no Brasil dos anos oitenta. In: Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. 1994. p.171-91.
17. Cavalcanti MT. Sobre o tratar em psiquiatria. Arq Bras Psiq Neurol Med Legal 2000 jul./set. 74: 23-9.
18. Desviat M. A Reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
19. Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 1996.