

POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE MENTAL: DA INCLUSÃO FAMILIAR DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL AO PROVIMENTO DE CUIDADOS.

Simone Ferreira da Silva¹
Janeide Antão Diniz²
Benedita Solange Pereira dos Santos³

RESUMO

O artigo destina-se em avaliarmos a política pública em saúde mental a partir da inclusão dos portadores de sofrimento mental no âmbito familiar, diante das necessidades de provimentos de cuidados. A pesquisa baseia-se na revisão bibliográfica fundamentada em dados científicos no âmbito dos alicerces da Assistência Psiquiátrica Brasileira, cujo objetivo tem como critério: identificar os principais conflitos nas relações familiares que interferem sobre as necessidades do provimento de cuidados oferecidos ao portador de transtorno mental, descrever quais são os mecanismos assistenciais realizados pelos familiares a cerca do processo do cuidar, avaliar os recursos terapêuticos predisponentes pelos familiares diante do processo de reabilitação do usuário. Considerando as novas práticas institucionais que buscam desmistificar a relação de distanciamento existente entre a família e o usuário.

Palavras - chave: Política Pública, Saúde Mental, Exclusão, Família.

ABSTRACT

The appropriation in assessing the mental health publishes policy from the inclusion of people with mental suffering under familiar face needs has been providing care. The search is based on bibliographical based on scientific data within the framework of Public mental health Policy in Brazil, whose purpose is criterion: identify key conflicts in family relationships that interfere on the needs of providing care offered bearer of mental disorder, describe what are the mechanisms of social assistance made by family caregiving process cerca, assess the therapeutic resources by family predisposing before the rehabilitation process. Considering the new institutional practices that seek to demystify the relationship existing between the family estrangement and the user.

Keywords Public Policy, Mental Health, Exclusion, Family.

¹Assistente Social pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Especialista em Saúde da Família pela Faculdades Integradas de Patos - FIP/PB e Especialista em Saúde Mental - FIP/PB. E-mail: simoneferreirarj@hotmail.com.

² Psicóloga Clínica pela Faculdade de Filosofia do Recife - FAFIRE e Pós-Graduada em Saúde Mental pela Faculdades Integradas de Patos - FIP/PB. E-mail: jardimnoel@gmail.com.

³ Assistente Social pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB. Especialista em Auditoria pela Faculdades Integradas de Patos- FIP/PB. benedita.solange@bol.com.br.

SUMÁRIO

1.0 INTRODUÇÃO.....	06
2.0 DESENVOLVIMENTO.....	08
2.1 A Segregação Institucionalizada.....	09
2.2 Família e Inclusão Social.....	11
2.3 O Doente Mental e o Processo de Cuidar.....	13
3.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
REFERÊNCIAS.....	19

1.0 INTRODUÇÃO

O presente artigo de pesquisa objetiva realizar uma reflexão sobre os aspectos condicionantes da “Política Pública em Saúde Mental: Da Inclusão Familiar do Portador de Transtorno Mental ao Provimento de Cuidados” tendo como eixo norteador o alicerce sócio-histórico da Reforma Psiquiátrica pela Luta Antimanicomial, que permeia o processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento mental.

O Tema da pesquisa em particular, sugere uma análise histórica e conceitual no âmbito da saúde mental, diante das necessidades de compreendermos os principais agravos do processo do adoecimento psíquico do portador de sofrimento mental, e o que o adoecimento tende a interferir sobre a dinâmica familiar, dando ênfase aos aspectos que dificultam as práticas terapêuticas mediados na demanda de provimentos de cuidados.

Considerando a importância da família sendo partícipe do tratamento e do processo de reabilitação nos serviços de atenção primária à saúde, ao passo de entendermos, que discutir a saúde mental não se refere unicamente em questionarmos os modelos atuais de cuidado, mais de compreendê-la a partir de seu contexto sócio-histórico, político, social e cultural, em decorrência da desconstrução da concepção preliminar da “loucura”, para a concepção do adoecimento psíquico.

Por conseguinte percebe-se uma busca por novos caminhos para a reabilitação psicossocial, muito embora objetivando desconstruir um modelo de assistência crônica implicando sobre um novo modelo de atenção psicossocial a partir da assistência na família.

Assevera Bisneto: “A loucura passa a ter como referência a base social e cultural, e não apenas a base biológica”. (BISNETO, 2009, p.174). Se eventualmente aceitamos diferentes culturas, grupos e padrões de comportamentos distintos, o que tende a interferir em aceitarmos ou admitirmos essas diferenças representadas em determinado grupo social em nossa sociedade?.

(...) É preciso enxergar na diversidade não apenas os pontos de fragilidade, mas também a riqueza das respostas possíveis encontradas pelos grupos familiares, dentro de sua cultura, para as suas necessidades e projetos (AFONSO E FIGUEIRAS, 1995).

O traçado metodológico embasou-se na revisão bibliográfica documental sobre dados e estudos científicos no âmbito da Política Pública em Saúde Mental Brasileira, estes catalogados: em livros, legislações e publicação de artigos disponíveis em sites da internet. Concomitantemente o referente estudo tem como contribuição, realizar um diagnóstico a

cerca dos principais mecanismos de cuidados familiares realizados com pessoas portadoras de sofrimento psíquico no âmbito doméstico, através de práticas terapêuticas em saúde mental considerando a adoção de estratégias que venham abranger os familiares como co-responsáveis no processo terapêutico.

Dentre os objetivos buscaremos: Identificar os principais conflitos nas relações familiares que interferem sobre as necessidades do provimento de cuidados oferecidos ao portador de transtorno mental, descrever quais são os mecanismos assistenciais realizados pelos familiares a cerca do processo do cuidar, avaliar os recursos terapêuticos predisponentes pelos familiares diante do processo de reabilitação do usuário.

O Referente artigo encontra-se embasado sobre os discursos e conceitos teóricos do autor: Paulo Amarantes, ao considerarmos sua análise histórica significativa, em ter exercido uma forte e decisiva influência sobre a perspectiva da Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil nos anos 70, em presença aos anseios e iniciativas pela reforma da assistência psiquiátrica nacional. Marco este, que culminava com a Luta Antimanicomial em decorrência do modelo assistencial cronificante, privatizante e hospitalocentrico da época, o que preponderantemente influenciaram e motivaram a trajetória das políticas públicas em saúde mental no país.

2.0 DESENVOLVIMENTO

Em meados da década de 1960, o saber psiquiátrico foi convulsionado pelo surgimento da Corrente Antipsiquiátrica, questionando a psiquiatria convencional enquanto conhecimento científico, propondo serem frágeis as próprias bases que fundamentam a existência da doença mental. Segundo Phillippe Pinel (1793) a “loucura” deixa de ser, uma questão meramente moral para tornar-se um ramo da ciência, especificamente da psiquiatria, cuja mesma foi dada com algumas alternativas de compreender o adoecimento psíquico.

Uma das propostas mais avançadas, do ponto de vista democrático, é a experiência Italiana de Reforma Psiquiátrica, que surgiu em 1961, a partir da experiência de Franco Basaglia objetivando romper com o paradigma clínico e psiquiátrico enquanto um Aparelho Ideológico do Estado na concepção Althusseriana do termo, que desloca o objeto da psiquiatria e da doença mental a existência do sofrimento do sujeito, compreendendo-o em sua totalidade complexa e assim questionando o saber psiquiátrico, sustentando, que ao ser classificado como doente mental, o indivíduo perderia suas referências sociais e culturais.

Segundo os teóricos da época, “a loucura não é doença, mas um reflexo do desequilíbrio social e familiar do meio onde o indivíduo se encontra inserido”. (MACEDO, 2006), devendo o empenho em sua cura se localizar nestas causas, excluindo as disfunções orgânicas tão propagadas anteriormente.

A internação de pessoas portadoras de transtorno mentais no Brasil, remonta à metade do Século XIX. Desde então, a atenção aos portadores de transtornos mentais, tornaram-se quase sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados. As ofertas dos atendimentos hospitalares concentravam-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental.

A realidade brasileira vivenciou o processo da reforma psiquiátrica a partir da década de 1970, com crescentes manifestações de vários setores da sociedade no sentido de reduzir o cerceamento da liberdade individual, na forma de manicômios, buscando-se um enfoque no modelo assistencial, através da promoção da saúde mental, ao invés de direcionar a ação apenas ao desequilíbrio psíquico já instalado.

A influência dos movimentos de crítica à psiquiatria foi notada no contexto brasileiro, principalmente a partir da década de 1980, diante da forte influência do período da Ditadura Militar e a aguda crise econômica que caracterizaram o período. As fortes inquietações das correntes democráticas e das reivindicações dos movimentos sociais criticando a situação vigente em que se encontravam a assistência psiquiátrica brasileira nessa época, marcavam a

falência de um modelo privatizante que havia se instalado no setor de saúde do País. Os hospitais psiquiátricos centralizavam a assistência e sendo praticamente únicos na oferta de serviços psiquiátricos no contexto nacional, sobre as condições internas de maus-tratos aos internados desnudados denunciadas no processo social brasileiro de “abertura democrática”.

No final dos anos 80, surgia o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, lançando o lema “*Por uma sociedade sem manicômios*” e estimulando a produção legislativa de vários estados no sentido de proceder à desinstitucionalização. Tomando por modelo a Lei Basaglia Italiana, e promulgada no Brasil, em 06 de abril de 2001, a Lei 10.612, a qual “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais que redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.

Catorze anos depois do projeto original da reforma manicomial ter sido proposto pelo Deputado Federal Paulo Delgado do (PT - MG). “O projeto de Paulo Delgado propõe uma mudança radical no sistema: seriam proibidas a partir de sua aprovação, novas internações em hospitais psiquiátricos e toda rede de hospitais do tipo seria extinta em cinco anos 20% ao ano”. Procedendo a tratamentos alternativos e a interferência de uma autoridade judiciária que decidisse ou não pela internação dos usuários caso fosse solicitado pelo paciente. (Revista Consciência),

2.1 A SEGREGAÇÃO INSTITUCIONALIZADA

No Brasil, a política de assistência à saúde mental foi marcada tradicionalmente pelo paradigma hegemônico centralizado no saber médico, em ações individuais, curativas e medicamentosas, não favorecendo o desenvolvimento de ações direcionadas para grupos específicos, como a comunidade e a própria família. A Atenção em Saúde Mental transferida para o modelo hospitalocêntrico vinha sendo questionado por uma nova forma de cuidado ao indivíduo portador de sofrimento psíquico, substituindo o modelo excludente e inadequado de cuidado que promovia o abandono e a marginalização, por uma rede de atenção à saúde mental que correspondesse em favorecer a integração e a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquicos.

Com o surgimento dos movimentos políticos situados a partir da década de 1980, estes centrados no Movimento Sanitário, as propostas, advindas desse período resultaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, sendo aprovada a Lei da criação do Sistema Único de Saúde - (SUS), reafirmando as mudanças no âmbito da descentralização,

hierarquização dos serviços e universalização do direito à saúde, fundamentadas em princípios como: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e controle social.

A exclusão do doente mental é um processo sócio-histórico, que se configura pela repercussão em todas as esferas da vida do sujeito, onde o processo foi efetivado através da hospitalização em asilos e pelo surgimento da psiquiatria, ao considerar os doentes mentais incapazes do convívio social, tomando-os sob tutela.

No caso da loucura, Szazz (1978)

Analisa que o processo de exclusão foi efetivado pela hospitalização em asilos; pelo surgimento da psiquiatria e dos psiquiatras, os quais passaram a ser os tutores dos considerados insanos e incapazes de convívio social. É importante ressaltar que isso ocorreu num clima de necessidade de produção exigido pelo sistema capitalista, que enfatiza a normalidade e a produtividade. (SZAZZ, 1978 Apud MACIEL 2008, p.116).

É acomentado reconhecermos que a exclusão estivera sempre presente na vida das pessoas acometidas de sofrimento psíquico, onde durante séculos o saber psiquiátrico isolou o doente mental da família e da sociedade, colocando-o em instituição especializada, com o discurso, que o isolamento era necessário para sua proteção, e da própria sociedade. Eminentemente a exclusão social é própria do ser humano onde sempre estivera presente em toda a história da humanidade.

As pessoas acometidas de “sofrimento psíquico” acabaram sendo abandonadas, discriminadas e segregadas em hospícios e hospitais psiquiátricos encontradas em condições subumanas, consideradas como indivíduos “anormais”, de alta periculosidade ou mesmo uma séria ameaça para a sociedade, estas considerados como seres insanos, incapazes de convívio social.

(...) nossa sociedade não quer reconhecer-se no doente que ela persegue ou que encerra; no instante mesmo em que ela diagnostica a doença, exclui o doente. (FOUCAULT, 1984, p.74).

A concepção da doença mental tornara-se eminentemente restrita aos aspectos exteriores da loucura, especialmente quando estes se configuravam como obstáculos para a vida em família e em comunidade. Concebidos como seres, inúteis, perigosos ou insanos, acabaram sendo rotulados sofrendo toda forma de crueldade, maus - tratos e negligências, sobre práticas autoritárias e de poder, através de atos de violência física e psicológica, sendo estigmatizados, marginalizados e cronificados socialmente.

O conceito de poder supõe processo de imposição da vontade de alguém mesmo contra a resistência do outro. O poder não é possuído por alguém, mas é antes uma relação fluida (FOUCAULT, 1979 apud CARVALHO (org), 2003 p. 80)

A exclusão do louco assim chamado de doente mental se perpetuou no tempo, de tal modo que ainda hoje, o tratamento se faz pelos sintomas a base de medicamentos e pela manutenção do doente em instituições psiquiátricas; retirando-o da família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais, excluindo-o totalmente da vida em sociedade. “Se na história a loucura se constituiu enquanto doença mental, na história mesmo ela pode ganhar outro estatuto (AMARANTES, 1995, p.76 apud BISNETO, 2009).

Concomitantemente, Michel Foucault em sua obra “História da Loucura”, traça um perfil da loucura em sua especificidade, ou seja, não como algo imutável, estanque. “A essência da loucura está ligada, segundo ele, aos contextos históricos, culturais e econômicos. Para os “desprovidos de razão” houve sempre a exclusão do convívio social, isso desde a Idade Clássica e podemos dizer até os nossos dias.” (CIENCIA E VIDA, 2010, p.13).

2.2 FAMÍLIA E INCLUSÃO SOCIAL

Diante do conceito de inclusão, a família é uma instituição social que vem se modificando historicamente, no entanto, é “única” em seu predomínio desenvolvimento da sociabilidade, da afetividade e do bem - estar físico dos seus seres, sobretudo durante a infância e adolescência. “A família não é um simples fenômeno natural. Ela é uma instituição social variando através da história”. (PRADO, 1981).

Muito embora a família seja capaz de produzir cuidados relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida aos seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem, no entanto, estas expectativas são possibilidades e não garantias.

a família, da forma como vem se modificando e estruturando nos últimos tempos, impossibilita identificá-la como um modelo único ou ideal. Pelo contrário, ela se manifesta como um conjunto de trajetórias individuais que se expressam em arranjos diversificados e em espaços e organizações domiciliares peculiares (SILVIO, 2002, p. 14).

Desvincular o indivíduo do meio em que vive, é o mesmo que separar a doença do contexto familiar e por ser um elemento tão imprescindível, a família deve ser compreendida

como uma aliada do tratamento, atuando na promoção de práticas de cuidado, investindo na recuperação e ou reabilitação do usuário, tanto para a prevenção primária, quanto para o diagnóstico e tratamentos eficazes. “os familiares e usuários devem desenvolver um papel mais incisivo que a simples representação formal, voltada para a defesa das necessidades de uma categoria”. (VENTURINI, 1995 p.15 apud AMARANTES, 1995).

A assistência ao usuário no âmbito familiar busca reabrir sua comunicação com a família e com o ambiente social, trazendo-lhe um sentido mais significativo de existência, tornando-se imprescindível a participação familiar sobre o processo de readaptação do usuário fora da instituição hospitalar. Por sua vez, tornando-se imprescindível que a família seja apoiada e orientada; tendo esclarecimento das condições de convívio adequado com pessoas que sofrem psiquicamente, intensificando sua importância para o processo de desinstitucionalização.

O tratamento de cuidados e de reabilitação do usuário, não depende unicamente sobre os aspectos que interferem sobre a dinâmica familiar, mais da adesão da família sobre o tratamento, diante das necessidades de provimentos de cuidados predisponentes ao portador de transtorno mental. Dando ênfase à aprendizagem de habilidades e mudanças contextuais no modo de funcionamento da dinâmica familiar. Assevera Amarantes (1996. p.46.) “(...) nada pode ser modificado se vidas não forem modificadas”.

Respectivamente a família é um suporte básico para a vida de qualquer pessoa, mas para os doentes com transtornos mentais, elas possuem especial importância, diante da ocorrência dos doentes necessitarem de cuidados e de acompanhamento dos membros do grupo familiar, reconhecendo a função que a doença assume na família, elucidando o seu papel na reabilitação e inclusão do portador de sofrimento psíquico, a partir do processo (saúde – doença). “a família é o lugar onde se forma a estrutura psíquica e onde a experiência se caracteriza, em primeiro lugar, por padrões emocionais. (POSTER, 1979, apud REIS, p.104).

Em detrimento do modelo de família, percebe-se que na maioria dos núcleos familiares, as dificuldades encontradas referem-se ao relacionamento conflituoso com o doente, muito embora por apresentarem pouca compreensão e entendimento a cerca da doença mental e do seu diagnóstico, ou mesmo em decorrência das psicopatologias propriamente apresentadas o que vêm interferir diretamente sobre as mudanças e alterações estruturais da organização familiar sobre o processo de adoecimento.

O processo de inclusão social busca sugerir a intensificação integral da atenção ao portador com transtorno mental à sua convivência familiar. Aja visto “a grande diversidade de

formas de famílias e de núcleos domésticos que tornou-se uma característica cotidiana de nossos tempos.” (ANTHONY, 2005, p.01).

O acometimento da doença mental tende a desencadear na família uma realidade permeada por sofrimento, dor e sentimento de culpabilização, embora associada a situações atípicas, causando: desgaste, tensões emocionais e conflitos conseqüentes por um ente familiar mentalmente perturbado. Extremamente vivenciados por situações de exclusão e discriminação pela sociedade, por serem familiares de pessoas acometidas de sofrimento mental, ou quando não obstante, compactuando com o processo de exclusão.

2.3 O DOENTE MENTAL E O PROCESSO DO CUIDAR

Torna-se pertinente reconhecermos que ainda existam famílias que contribuem diante da manutenção do processo de adoecimento psíquico do usuário, estas compartilhadas por circunstâncias comportamentais imprevisíveis. A convivência com o doente mental tende a desencadear ansiedade, frustração, desgaste físico e sensações de perda de controle, manifestada sobre tensões emocionais, diante da imprevisibilidade do doente mental que debilita as expectativas sociais, originando incerteza e insegurança em seus entes familiares. “Contudo evidenciam também a necessidade de estratégias de envolvimento da família para que o tratamento ou o processo terapêutico obtenha êxito”. (MELMAN, 1998 apud SILVA, p. 207).

Embora os discursos atuais corroborem para enaltecer as famílias como necessária para o tratamento do doente mental, também tendem a responsabilizá-las quando existe a quebra da reinserção do usuário no âmbito familiar mediante a falta de compromisso e de responsabilidade dos familiares no âmbito doméstico sobre o processo do cuidar.

As atitudes e comportamentos resiliêntes, que interferem sobre as expectativas familiares provocados pelo transtorno mental, intervém pela necessidade e demandas de provimentos de cuidados com pessoas em condições crônicas, manifestando a exigência para um novo processo adaptativo da família com o portador de transtorno mental. HAWLEY E DEHANN (1996, p.293), propõem a seguinte definição:

“(…) Famílias resiliêntes respondem positivamente a estas condições de uma maneira singular, dependendo do contexto, do nível de desenvolvimento, da interação resultante da combinação entre fatores de risco, de proteção e de esquemas compartilhados”

Diante dos mecanismos assistenciais realizados pelos familiares a cerca do processo do cuidar, os recursos predisponentes no âmbito das abordagens terapêuticas, tem demonstrado que mesmo diante das dificuldades encontradas no âmbito familiar, onde são estabelecidas posturas de transferência de responsabilidades, a família vem tentando recorrer para estratégias de atuação, capazes de estabelecer padrões mínimos de qualidade assistencial. A inserção da família é um elemento indispensável para a reforma psiquiátrica, quando se pensa o redirecionamento da assistência em saúde mental. A reabilitação psicossocial não se limita unicamente ao uso de fármacos e eventuais internações, mais sim preponderantemente a avaliação de ações e procedimentos que visem não somente à reintegração familiar e social, mas a melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar. Assevera AMARANTES (2006. p, 30).

“A desinstitucionalização é um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades. E se hoje podemos assumir que a realidade é construída, podemos admitir ainda que pode ser desmontada para ser(permanentemente)reconstruída sobre novas bases.

O provimento de cuidados e as relações sociais interpessoais familiares na maioria das vezes tornam-se consignadas a partir da construção social da questão de gênero, não sendo apenas exclusividade da mulher, muito embora seja remetida a mesma, a função e o papel do “cuidar” em decorrência da posição que a mulher ocupa em relação ao portador de sofrimento mental. O cuidado é majoritariamente um encargo da família como um todo, embora causando uma sobrecarga no provimento de cuidados sobre um único ente familiar, que tende a ser o único cuidador no grupo, lidando diretamente com os conflitos de papéis. “Uma família é não só um tecido fundamental de relações, mas também um conjunto de papéis socialmente definidos. (PRADO, 1981, p.23).

A inversão do modelo assistencial no âmbito familiar exige novas posturas que perpassam por modelos de cuidado, implicando na participação dos diversos atores envolvidos, não apenas como alvos de intervenções, mas como sujeitos ativos na produção de saúde. Onde a ênfase do modelo atual de cuidado em saúde mental é visto a partir do tratamento do portador de sofrimento psíquico no seio da família, passando a mesma a ser inserida no processo terapêutico contribuindo com a reabilitação psicossocial do usuário, à dimensão de uma nova política de cuidado.

Segundo Wanderley (1998, p.12), “o resgate e a valorização do papel da família, podem servir, para ampliação da discussão à cerca de ações que possam desencadear novas formas de suporte público ao cuidado domiciliar”.

É acomeento considerarmos que cuidado não se restringe unicamente ao usuário enfermo, mais a família de maneira em geral, favorecendo sua inserção dentro do serviço, aja visto o somatório de responsabilidades que lhe são depositadas na promoção e manutenção de cuidados. Nessa perspectiva, faz-se necessário que os familiares saiam da condição de objetos de intervenção e de construções teóricas, para assumirem uma condição de atores, construindo e experimentando novos sentidos no lidar com a loucura.

Entretanto “poder ajudá-los a sair da rigidez que o congelamento da identidade de família produz, para que possam explorar formas inusitadas de estar no mundo”. (MELMAN, 2001, p.145).

A reforma psiquiátrica vem propor a desinstitucionalização que vai muito além da desospitalização, ou seja: a não institucionalização do sujeito, a não classificação de “louco”, que precisa de alguma forma estar vinculado a instituições asilares.

O processo de desinstitucionalização não é apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. Nesse sentido, o processo de desinstitucionalização, vem mostrar a falência das instituições totais: (manicômios, prisões, asilos, orfanatos) buscando intensificar propostas alternativas que assegurem direitos a grupos específicos da população e valorizem os serviços abertos e comunitários. Dando menção a família como parceira, como mediadora entre seus membros e a sociedade. “Na realidade, a família é o primeiro refúgio em que o indivíduo se protege durante os períodos de enfraquecimento do Estado”. (DUBY, 1953. apud ARIÈS, 2006. p.143).

Nos últimos dez anos, varias portarias e resoluções do Ministério da Saúde, Leis Estaduais e a Lei Federal nº 10.216, de 06/04/2001, apontam firmemente a necessidade de que a atenção ao portador de sofrimento mental deve ser oferecida, prioritariamente, em serviços não hospitalares, que privilegiam a não internação do portador de sofrimento mental em hospitais psiquiátricos.

Contudo o desenvolvimento de problemas psiquiátricos é influenciado pelas particularidades do indivíduo e de sua interação com a família, onde o indivíduo continua sendo visto como “doente” onde a intervenção é centrada no adoecimento “psíquico”, não existindo a aproximação da família no tratamento, nem reconhecendo o “sujeito” como participante no tratamento terapêutico.

De acordo com FAUSTO, 1982 apud ROSA 2008. “O Impacto que o transtorno mental provoca no grupo familiar está estreitamente relacionado à posição que o PTM² ocupa na família.” Torna-se considerável reconhecermos que a inclusão social das pessoas portadoras de transtornos psíquicos, tem como objetivo torná-las participantes da vida social e familiar, de maneira a assegurar-lhes o respeito aos seus direitos no âmbito da Sociedade, do Estado e do Poder Público. “Só dentro de uma sociedade inclusiva, que respeita o indivíduo, dando - lhe o direito de ser diferente, é que se podem ter condições de exercer a cidadania.” (CRESPO, 2000 apud FEIJO p.61).

Atualmente estima-se, que 12% da população necessitam hoje de alguma forma de atendimento, que ao longo da vida ¼ das pessoas vão precisar, de uma forma ou de outra, de algum atendimento em saúde mental” (CONSELHO SAÚDE, 12/11/2009).

Nesse contexto da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira na construção do processo de desinstitucionalização e os tratamentos oferecidos aos portadores de transtorno mentais vem sendo configurados através da produção dos novos serviços substitutivos no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS, que se configuram como um dos mais importantes desafios aos princípios da Reforma Psiquiátrica. “É possível examinar a estrutura da assistência psiquiátrica como forma de controle repressivo” (BASAGLIA, 1985, p. 255).

Na análise os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS implantados em março de 1986 surgiram enquanto resposta para um novo modelo de atenção ao portador de transtorno psíquico, ganhando densidade teórica e prática para uma assistência mais adequada e humanizada, caracterizando-se por serem serviços de atendimento comunitário ambulatorial centrado no acolhimento e no vínculo com o usuário.

Entretanto, comprometidos com a construção dos projetos de inserção social, equidade e integralidade, tendo em vista os princípios de cidadania, objetivando minimizar o estigma e o preconceito sobre o doente mental. Os serviços substitutivos enquanto modelo assistencial busca promover não somente a melhor qualidade de vida aos usuários portadores de sofrimento psíquico no âmbito social e comunitário mais também no âmbito familiar.

² PTM - Portador de Transtorno Psíquico.

3.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pesquisarmos sobre o tema: “Política Pública em Saúde Mental: Da Inclusão Familiar do Portador de Transtorno Mental ao Provimento de Cuidados”, buscamos intensificar a trajetória da política de Saúde mental sobre as bases do alicerce sócio-histórico da Reforma Psiquiátrica pela Luta Antimanicomial, diante do processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento mental e dos modos de sociabilidade existentes, sobre o âmbito dos cuidados no âmbito familiar.

Os discursos que mermeiam o envolvimento dos familiares no tratamento sobre o processo do cuidar, muito embora existente sobre a anulação do olhar diagnosticador de sintomas culpabilizadores, busca compartilhar pesares e saberes, na construção para novos dispositivos de cuidados; no entendimento de percebermos que os familiares necessitam de assistência de cuidados de acolhimento e tratamento, tão quanto o portador acometido da doença mental.

A doença já instalada acaba representando mais do que um conjunto de sinais e sintomas, mais uma representação de ordem simbólica, moral, social ou psicológica para o doente e a família, demonstrando a necessidade dos familiares conhecerem a doença a partir de seus sintomas e efeitos, enfrentando o cotidiano da doença com mais segurança e menos sofrimento.

A desinstitucionalização atribui um novo olhar sobre a família, intensificando seu papel sobre o tratamento do familiar com o portador de sofrimento psíquico, reconhecendo sua principal importância através da aplicabilidade por novas práticas terapêuticas, que busque desmistificar o isolamento terapêutico diante do distanciamento existente entre a família e o usuário.

A princípio tornando-se perceptível, que as famílias acabam sendo incluída no circuito terapêutico, somente enquanto uma condição determinante de sociabilidade. Muito embora responsabilizada e culpabilizada pela manifestação do transtorno propriamente dito. Proeminentemente, embora a normalização possa ser explicada como um mecanismo de defesa familiar, as “famílias” acabam reproduzindo e reforçando atitudes estigmatizadoras, quando não alterando a visão do próprio lugar espacial e afetivo que o portador de transtorno mental ocupa na mesma. Sobre este aspecto as famílias acabam se auto-renunciando diante das necessidades de manutenção no provimento de cuidados, e da posição assumida pelo portador de transtorno mental no núcleo familiar, onde o transtorno mental corrobora na perda das expectativas das relações afetivas, ao passo de entendermos que o “doente” ou a “doença”

não estão sendo negadas como existência, mais sim: as formas e maneiras de se lidar com a “loucura”.

É acontento considerarmos a necessidade pela adesão e pactuação entre o Estado e a Sociedade, sobre a legitimidade da atenção das Políticas Públicas em Saúde Mental, estes destinados a segmentos e grupos em situações de risco social. A oferta por novos programas e serviços no respeito à diversidade das demandas e necessidades apresentadas em saúde mental, reacende o ativismo à discussão a cerca do processo de reestruturação da assistência em saúde mental no interior do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, intensificando a manutenção por um novo olhar de cuidados em saúde mental no âmbito familiar enquanto substituição das estruturas asilares cronificantes ainda existentes em nosso país.

Muito embora tonra-se perceptível que as políticas sociais sejam subordinadas às reformas estruturais residuais, restritas a ações emergenciais de caráter assistencialista, fragmentadas, seletivas e privatizantes, sem assegurar direitos de cidadania, contrariando os preceitos que regem a Constituição Federal de 1988, que estabelece a universalidade e a igualdade como principio da Seguridade Social. É contento considerarmos a importância do sistema de proteção social universalizante focado no controle social e na participação popular que reconheça a partir de ações integralizadas em saúde; “organizar e manter uma infraestrutura de cuidados assistenciais, que permita o retorno do paciente ao convívio social” (Ministério da Saúde, 1994b).

Diante do processo de desinstitucionalização percebe-se a necessidade da aproximação da família com a política de Saúde Mental numa perspectiva de integração com as demais políticas setoriais, inserindo a família em ações de atenção integral á Saúde Mental enquanto medidas preventivas que intensifique a consolidação do modelo assistencial para os serviços de base comunitária e aberto, com a intervenção do Estado. Todavia reconhecendo a importância da assistência ao portador de transtorno mental em âmbito familiar e em parceria com os novos serviços substitutivos, ao seres desconsiderados as internações psiquiátricas asilares prolongadas muito embora na maioria das vezes desnecessárias.

REFERÊNCIAS

AMARANTES, Paulo. **Loucos pela Vida. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil/** 2ª edição Rio de Janeiro. Editora Fiocruz,1995. p.15.

_____. **Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,1996. p.30.

AFONSO, M. L. M.; FIGUEIRAS, C.C(1995). **A centralidade da figura materna nas políticas sociais dirigidas a família: um argumento pela equidade.** Texto apresentado no XIX Encontro Anual da ANPOCS, UFMG (mimeo).

ARIÈS, Philippe, 1914 - 1984. **História social da criança e da família** / tradução de Dora Flaksman.- 2ed.- Rio de Janeiro:LTC, 2006.

BASAGLIA, Franco. **A Instituição Negada. Relato de um hospital psiquiátrico.** Tradução de Heloisa Jahn.- Rio de Janeiro: 2ª Edições . Graal, 1985, (Biblioteca de Filosofia e História das Ciências; v.n.17) p. 255.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental. Uma Análise Institucional da Prática –** 2ªed. São Paulo. Cortez. 2009, p. 174.

_____ **Serviço Social e Saúde Mental. Uma Análise Institucional da Prática –** 2ªed. São Paulo. Cortez. 2009, p.174.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant. **A família Contemporânea em Debate.** São Paulo: EDUC/Cortes, 2003. p.15 .

CIÊNCIA E VIDA. FILOSOFIA, ”O resgate da Sensibilidade”. Editora Escala. ANO IV, nº45. p.13.

FOUCAULT, M. (1984). **Doença Mental e Psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro. p.74.

_____ **A família Contemporânea em Debate.** São Paulo: EDUC/Cortes, 2003. p.80.

FEIJO, Alexandre Rahbani Aragão. **Direitos humanos e proteção jurídica da pessoa portadora de deficiência: normas constitucionais de acesso e efetivação da cidadania à luz da Constituição Federal de 1988.** - Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2002.- 184 p.;21 cm.: Il.Fotos, p7b - (série Legislação em Direitos Humanos. Subsérie Pessoa Portadora de Deficiência; 2).p.61.

GABRIEL, Pedro. **Acessibilidade, direitos, cidadania.** Conselho Nacional de Saúde - CNA ano 2009. Disponível em: < [HTTP:// www. Conselho. saúde. gov. br/comissão/ conf_ saudemental/adidadania.htm](http://www.conselho.saude.gov.br/comissao/conf_saudemental/adidadania.htm). Acesso em: 12 nov.2009.

GIDDENS, Anthony. Sociologia. **“As Famílias”**. Artmcd. Porto Alegre, 20005, 4ª edição.

<http://www.inverso.org.br/blob/144.pdf>. Acesso em: 18 de jul. de 2010 as 16:46h.

MACIEL, Silva Carneiro et. al. **Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica**, Psico - USP, V.13, N.1, p.115-124. Jan./jun.2008. p.116.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MACEDO, Camila Freire. **A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1017, 14 abr. 2006. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=8246>>. Acesso em: 27 ago. 2010.

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima. – UECE. **Políticas Públicas de Saúde Mental e Reforma psiquiátrica no Brasil: desafios de Inclusão Social**.

PRADO. Danda. **O que é família**. Coleção - Primeiros 50 passos. Editora brasiliense s.a São Paulo. 1ª edição 1981. 3ª edição. p.12.

REIS. José Roberto Tozoni. **O Homem em Movimento**. Família, emoção e ideologia. p.104

ROSA, Maria Lúcia dos Santos. **Sofrimento mental e o cuidado na família** – ed.- São Paulo, Cortez, 2008.p.264.

SARTI. Cynthia Andersen. **A família como Espelho. Um estudo sobre a moral dos pobres/** - 3. ed. - São Paulo: Cortez, 2005. p.19.

SÍLVIO, Manoug Kaloustian (organizador). **Família brasileira, a base de tudo/** 5 ed. - São Paulo: Cortez; Brasília. DF: UNICEF, 2002. p.14.

SILVA, Ana Luisa Aranha; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira. **Intervenções com Familiares no Campo Psicossocial**. Manual de Enfermagem www.ids-saude.org.br/enfermegem. p.207.

SEVERO, Ana Kalliny de Souza et al. **A experiência de familiares no cuidado em saúde mental**, Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 59, n. 2, 2007.p.148. Retirado do World Wide Web <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>.

Tavares, J. (2001). **A resiliência na sociedade emergente**. Em Tavares J. (Org.) *Resiliência e educação*, (p. 43-75). São Paulo: Cortez. p.293.

Universidade Estadual de Campinas. Brasil. **Reforma Manicomial. Uma reforma silenciosa e reversível**. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/manicom/manicom1.htm>>. Acesso em: 24 de jul. de 2010.

