

O que pensa a família sobre o atendimento oferecido pela psiquiatria

Pollyanna Cristini Gris Amaral e Solânia Durman*

*Universidade do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil. *Autor para correspondência. R. Expedicionário, 722, Jardim Maria Luiza, 85807-420, Cascavel, Paraná, Brasil. e-mail durman@terra.com.br*

RESUMO. Este estudo foi realizado no período de novembro a dezembro de 2000, no bairro São Cristóvão, na cidade de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil, com dez famílias de indivíduos portadores de sofrimento psíquico, já submetidos a algum tipo de tratamento na área da psiquiatria, tendo como objetivo compreender o conhecimento desses familiares sobre as formas alternativas de tratamento propostas pela reforma psiquiátrica. Como referencial teórico, foram adotadas obras concernentes à psiquiatria e ao movimento da reforma psiquiátrica, as quais serviram para análise e compreensão dos dados coletados. Como referencial metodológico, baseamo-nos na pesquisa qualitativa, que nos possibilitou a categorização dos dados e a sua interpretação. Os resultados obtidos deixaram claro que a falta de serviços psiquiátricos dificultam a ressocialização do indivíduo.

Palavras-chave: família, reforma psiquiátrica, doença mental.

ABSTRACT. What the family thinks of psychiatric service. This study was carried out from November to December 2000, in São Cristóvão district, Cascavel-Paraná, Brazil. Ten families of individuals who suffered from psychic distress and were submitted to some kind of treatment in the psychiatric field were observed. It aimed at understanding the knowledge of these specific people about the alternative proposed by psychiatric reform. Texts about psychiatry and the movement of psychiatric reform were adopted as theoretical references. These texts were used for the comprehension and analyses of the data collected. As methodological reference, this study was based on a qualitative research that enabled us to categorize and interpret these data. Results showed that the absence of psychiatric services make difficult the person's re-socialization.

Key words: family, mental disease, psychiatric reform.

Introdução

Ao refletirmos sobre a assistência à saúde mental no Brasil, não podemos deixar de tecer comentários sobre questões das políticas de saúde que definem e que são definidas pelo modelo de assistência à saúde vigente no país.

Não podemos omitir o fato de que grande parte dos gastos na área da psiquiatria está dirigida ao pagamento de leitos hospitalares. Observamos famílias desinformadas em relação aos serviços, tendo no hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento. A falta de informação às famílias beneficia instituições privadas que lucram com a forma arcaica de prestação de serviços, mantendo o paciente por longos períodos enclausurados, proporcionando alienação, dificultando seu retorno ao convívio social.

No início da década de 80, grande parte do movimento da reforma psiquiátrica passou a ser incorporada ao aparelho do Estado, resultante de uma tática desenvolvida inicialmente no seio da reforma sanitária, de ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, em um momento em que eram renovadas as lideranças técnico-burocráticas. No final da década de 80, a trajetória da desinstitucionalização passou a construir um novo projeto de saúde mental, que tem por objetivo uma mudança efetiva da sociedade com relação à loucura, e buscar um novo lugar social, que não sejam locais de exclusão, além de transformar a relação sociedade com a loucura (Amarante, 1998).

Segundo Amarante (1998), o processo de reforma psiquiátrica no Brasil teve início no fim da década de 70, com o surgimento do Movimento dos

Trabalhadores em Saúde Mental, que por muito tempo foi responsável pela formulação teórica e pela organização de novas práticas.

A inquietação em relação ao acesso das informações sobre as alternativas de tratamento às famílias de pacientes em sofrimento psíquico justifica-se pela vivência de atuação profissional em instituição onde observa-se a dificuldade de entendimento sobre o processo doença mental.

O objetivo desta pesquisa é compreender qual a concepção dos familiares de indivíduos em sofrimento psíquico, já submetidos a algum tipo de tratamento nessa área, sobre as formas de atendimento que consideram relevantes na psiquiatria.

Referencial teórico

Até a Idade Média, os doentes mentais não eram considerados como problema social, e, por essa razão, vagavam pelas cidades e pelos campos sem um endereço fixo.

Na Grécia antiga, o doente mental era socialmente considerado uma pessoa com poder divino, consagrado como sábio, seus conhecimentos eram importantes e necessários, capazes de interferir no destino dos homens. Acreditava-se que as frases enigmáticas por eles proferidas aproximavam os homens dos deuses que habitavam o Olimpo. Nesse período, a loucura encontra espaço para exprimir-se, não sendo necessário controlá-la ou excluí-la, já que, transformada pela cultura, é utilizada de forma a traduzir as mensagens divinas (Brasil, 1998, p. 9).

Naquela época não havia exclusão ou internamento dos doentes mentais. Quando se tornavam agressivos e inadequados, eram retidos em prisões comuns, instituições para pobres ou hospitais gerais. Esses hospitais eram considerados instrumento de exclusão, transformação e assistência espiritual, não tinham fim curativo. A partir da segunda metade do século XVIII, essa Instituição passou a contar com a presença do profissional médico em sua equipe (Botega e Dargalarrondo, 1993).

A partir de 1703, com Pinel, fundamenta-se a alienação mental como distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso. Define-se o cérebro como sede da mente, onde se manifesta a loucura. Dividem-se os sintomas em categorias: mania, melancolia, demência e idiotismo. Considera-se a loucura como alteração das faculdades cerebrais, cujas principais causas seriam: físicas – pancadas na cabeça, formação defeituosa do cérebro, hereditariedade; e morais – paixões violentas e excessos de todos os tipos.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 1998), naquela época, o tratamento tinha como base o internamento, que era visto como função terapêutica. A organização do espaço asilar e a disciplina rígida se tornaram elementos importantes no tratamento, para a associação da ordem com a confusão mental do doente. Tais considerações, feitas por Pinel, trouxeram elogios e críticas, tais como o fato de os doentes ficarem trancados em um local semelhante a uma prisão.

O primeiro hospício brasileiro, o Hospício D. Pedro II, foi criado em 1804, no Rio de Janeiro, então Distrito Federal. A partir daí, a loucura passa a ser encarada como doença, e, portanto, sujeita a tratamento médico. O isolamento tem como objetivo separar o doente da sociedade e da família, consideradas, em parte, responsáveis pelo desenvolvimento da doença mental (Amarante, 1998).

“Quando esse hospício foi inaugurado, dos seus 350 leitos, apenas 144 estavam ocupados, e, após um ano de funcionamento, estava com lotação esgotada. A partir de 1904, nota-se um excesso de doentes, levando a uma superpopulação” (Brasil, 1998, p. 12).

A psiquiatria avança o século XX com o modelo assistencial asilar e segregador fortemente arraigado. No fim da segunda guerra mundial, a humanidade passou a olhar para si de outra forma e a comparar os hospitais psiquiátricos aos campos de concentração, haja vista a situação de miséria vivenciada pelos seus pacientes. Começaram a pensar e a ensaiar formas de tratamento alternativos, com intuito de humanizar a assistência.

Na visão de Amarante (1998), o movimento da reforma psiquiátrica brasileira teve como estopim o episódio conhecido como a Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental. Os profissionais deflagraram uma greve, em abril de 1978. Assim, surgiu o movimento de trabalhadores da Saúde Mental, cujo objetivo seria constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e de encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutinaria informações, organizaria encontros, reuniria trabalhadores da saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade.

Para Amarante (1998), as reivindicações giravam em torno da regularização da situação trabalhista: aumento salarial, redução do número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do

eletrochoque, melhores condições de assistência à população e humanização dos serviços. Refletiam um conjunto heterogêneo e ainda indefinido de denúncias e reivindicações que o faziam oscilar entre um projeto de transformação psiquiátrica e outro de organização corporativa.

Surgiu a questão da defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, por meio de porta-vozes ou de grupo defensores dos direitos humanos, cuja atuação tomou como princípio perpassar todas as instituições psiquiátricas. Foi constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito no Congresso Nacional, para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como para rever a legislação penal e civil pertinente ao doente mental. O modelo assistencial foi considerado ineficiente, cronicador e estigmatizante em relação à doença mental (Amarante, 1998).

Em dezembro de 1992, com a realização da segunda Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 1992), surgiram denúncias de violação dos direitos humanos e de cidadania de pacientes internados em estabelecimentos psiquiátricos, confirmadas por meio de visitas a tais lugares. A principal inovação do acontecimento foi a participação efetiva dos usuários, familiares, sociedade e técnicos. Os principais conceitos foram a atenção integral, referentes aos princípios de universalidade, integralidade, descentralização, participação e cidadania. Naquela conferência de 1992, que tinha por finalidade definir diretrizes gerais para a Reforma Psiquiátrica, surgiram discussões sobre modificações na assistência, apontando que tipos de serviços deveriam ser criados, a fim de substituir o modelo de assistência psiquiátrica baseada no hospitalocêntrico.

A assistência em saúde mental deixou de ser algo específico de alguns especialistas e passou a ser uma questão mais ampla, envolvendo a sociedade e diversos profissionais ligados à área de saúde. A rede de atenção deveria ser substituída por uma rede de serviços diversificada e qualificada, por meio de unidades de saúde mental em hospital geral, emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral, unidade de atenção intensiva em saúde mental, centros de atenção psicossocial, serviços territoriais que funcionassem 24 horas, pensões protegidas, lares abrigados, centros de convivência, cooperativas de trabalho e outros serviços que tivessem como princípio a integridade do cidadão (Brasil, 1992).

Há várias décadas discute-se o Desmonte do Aparato Manicomial com base na criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, pronto-socorro e ambulatório de saúde mental, hospital-dia, pensões

protegidas e outros, porém com a aprovação da Lei do deputado Paulo Delgado, nº 3. 657/89, que

Propõe a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades de assistência. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de distúrbios mentais, estrutura e aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica e seus serviços, desativa as instituições de modelo asilar não terapêutico, regulamenta a hospitalização voluntária, involuntária e compulsória e dá providências às famílias (Hirdes, 2001).

A seguir, por meio de um breve histórico da constituição familiar através dos tempos, podemos conceituar família em forma de constituição e convivência.

Segundo Ferreira (1975, p. 69), família é o conjunto de:

Pessoas aparentadas, que vivem, em geral, na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos. Pessoas do mesmo sangue. Ascendência, linhagem, estirpe (...) Comunidade constituída por um homem e uma mulher, unidos por laço matrimonial, e pelos filhos nascidos dessa união. Unidade espiritual constituída pelas gerações descendentes de um mesmo tronco, e fundada, pois, na consangüinidade. Grupo formado por indivíduos que são ou se consideram consangüíneos uns dos outros, ou por descendentes dum tronco ancestral comum (filiação natural) e estranhos admitidos por adoção.

A família nuclear moderna, com base conjugal, está centrada nos filhos, voltada para a mobilidade social e conta com apoio e competência de um provedor. Observa-se que nas classes populares, a solidariedade é indispensável, mas, ao mesmo tempo, na classe média, encontra-se o individualismo como forma de viver em família. Isso mostra quanto a família é autônoma em sua forma de viver, e como esse viver em família está condicionado à classe social à qual pertence o indivíduo. Entre os fatores que influenciam a forma de viver em família, encontra-se o local da residência, a corporatividade e o sistema de atitudes. Entre os novos desafios, surge a individualização da mulher, por meio da política, do mercado de trabalho, da igualdade de relações, do nível de instrução, das organizações feministas e de outras (Brasil, 1998).

A família moderna, normalmente, é muito pequena, freqüentemente com dois adultos, o marido e a mulher. Se um deles adoece, o outro tem, forçosamente, que assumir os deveres da casa (Miles, 1982).

A família e o doente mental

A família é responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes. Isso

envolve procurar, avaliar e encaminhar seu familiar ao médico, hospital ou serviço de saúde disponível, intermediar o paciente com o profissional que prestou o atendimento, que muitas vezes reluta em aceitar lidar com situações de crise, decidindo quando é possível o manejo em casa e quando buscar ajuda emergencial, especialmente, elaborar e redimensionar valores, expectativas, relacionando o cotidiano e o futuro de seu familiar com sofrimento psíquico.

Para Taylor (1992, p. 397),

essa visão deriva-se da crença de que a família é um sistema. O comportamento de um indivíduo é imensamente influenciado por sua família, e, por sua vez, quaisquer alterações em seu comportamento invariavelmente afetarão sua família.

O relacionamento afetivo desenvolvido no convívio familiar impulsiona a busca de soluções para muitas questões pertinentes ao envolvimento do familiar que vivencia o sofrimento mental. Essa familiaridade com o problema é considerada como explicação para as diferentes formas de tratamentos e interpretações da doença por membros de uma mesma cultura, entre aqueles que têm parentesco ou relação próxima com um doente e aqueles que não vivenciam tal experiência em seu cotidiano. Quando uma pessoa apresenta doença mental, não apenas ela sofre, mas também toda sua família, portanto, todos precisam de apoio e de acompanhamento.

Quando se pensa em trabalhar com a família, não devemos apenas esperar que ela venha até nós, mas devemos conhecer sua realidade, por meio da visita domiciliar, conhecer e inteirar-nos do seu cotidiano. Por isso, hoje, discute-se a preocupação dos profissionais dessa área em não centrar-se apenas na pessoa doente, mas em toda a estrutura da sociedade na qual ela está inserida, incluindo-se nesse contexto especialmente a família, pois esta constitui o sistema social dentro do qual evoluem as fases de crescimento e de desenvolvimento do ser humano.

Material e métodos

Esta é uma pesquisa do tipo qualitativo, que responde a questões particulares, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 1996).

Adotamos como referencial teórico obras relacionadas à psiquiatria e ao movimento de reforma psiquiátrica, que serviram para análise e compreensão dos dados coletados.

Para o desenvolvimento da análise e interpretação dos dados, trabalhamos com unidades temáticas, classificando idéias, agrupando elementos e expressões em torno de um mesmo elemento.

Os participantes envolvidos nesta pesquisa foram dez famílias com pacientes em sofrimento psíquico, submetidos a algum tipo de tratamento psiquiátrico. As falas foram gravadas, sendo utilizado um gravador com fita cassete, e as informações transcritas na íntegra, obedecendo aos princípios éticos, segundo a Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (Brasil, 1996).

A coleta de dados deste estudo, foi realizada no período de novembro/dezembro de 2000. Para a realização da entrevista, utilizamos unicamente a seguinte questão norteadora: “Tendo em vista as mudanças na assistência psiquiátrica, que tipo de atendimento ou serviço você considera necessário ao seu familiar?”.

A efetivação da entrevista ocorreu de acordo com a disponibilidade de cada participante, podendo o mesmo escolher a data e o horário que lhe fosse conveniente para responder à questão norteadora deste estudo.

Resultados e discussão

A análise dos dados permitiram a identificação das 4 áreas temáticas:

Despreparo familiar

“Eu já tentei de tudo, já bati, prendi, internei...parece que nem tem mais o que fazer...” (Entrevista n.º4)

“A gente em casa nem tem como obrigar eles a tomar os remédios...” (Entrevista n.º6)

“Às vezes, até a gente não tem paciência com eles, porque eles irritam bastante as pessoas... e o pior, é que esse problema mental não tem cura, e a gente fica de mãos atadas..., sem saber o que fazer...” (Entrevista n.º 9)

A ênfase crescente na importância da família tem resultado na modificação da maneira como ela é percebida no contexto de saúde, ultrapassando-se, sobretudo, as definições utilitárias que se atribuíam à família, quando era vista exclusivamente como um bem para o paciente, e sua presença era considerada, às vezes, tolerada, em especial nos ambientes de assistência à saúde, levando-se em conta seu papel na esfera afetiva da recuperação do familiar doente.

Segundo Taylor (1992), as famílias incapazes de estabelecer e de manter uma estrutura e padrões de comportamento que conduzam a um funcionamento eficaz freqüentemente demonstram sinais de um estresse contínuo e insolúvel. Isso pode manifestar-se por todo o sistema, como nos casos

em que existe uma tensão e hostilidade manifestadas entre os membros, ou estar focalizado sobre um dos membros apenas, que recebe veladamente o encargo de assumir e manifestar os problemas familiares.

Tratamento ambulatorial

“Na verdade, tudo na saúde tem que melhorar... tem que ter mais consultas, mais remédios, porque a maioria dos que a gente precisa, não tem..., tem que ter mais lugar para atender, que nem o Centro Regional de Especialidades...” (Entrevista n.º 2)

“Acho que tinha que ser melhor do que só o hospital. (pausa) Talvez se tivesse um centro para atender essas pessoas com problemas, elas não ficassem tão loucas, quando fossem para sair de alta...” (Entrevista n.º 3)

Na década de 60, em Gorizia (Itália), a partir dos trabalhos de Basaglia (1982) e de sua equipe de trabalho, iniciou-se o processo de transformação da assistência psiquiátrica italiana, que teve seu melhor momento na cidade de Trieste, no ano de 1971, no Hospital Psiquiátrico Regional. Neste local teve início um processo de desativação do manicômio, com a gradual reinserção do internado em seu núcleo social, e, como estrutura de suporte, criaram-se centros externos pela defesa da saúde, recebendo estreita colaboração das forças populares, políticas e culturais.

No Brasil, os primeiros sinais apontando possibilidades de transformação nos serviços de saúde mental ocorreram no final da década de 70. Em 1978, foi criado o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, uma rede informal que buscava articular propostas e ações contra o modelo manicomial. A partir de então, iniciaram-se algumas tentativas de modificações do sistema asilar de assistência em saúde mental.

A portaria n.º 189/91 possibilitou atendimentos em núcleos/centros de atenção psicossocial, com funcionamento em um ou dois turnos, e em oficinas terapêuticas, realizadas por profissionais de nível médio ou superior. As oficinas terapêuticas foram definidas como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social.

A portaria n.º 224/92 dispõe sobre normas para atendimento em Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) (Brasil, 2001, p. 50-56). Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas e contam com uma população adscrita, definida pelo nível local, e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos. A assistência nesses locais deve ser realizada de forma

individual e em grupos, contando com atendimento à família por meio de visitas domiciliares, atividades comunitárias, enfocando a integração do indivíduo em sofrimento psíquico na comunidade e sua inserção social.

Falta de conhecimento sobre a doença

“O que a gente percebe é que não adianta internar, nem tratar, porque a doença sempre volta...então tem que ficar dando remédio a vida inteira, porque senão é problema na certa...”. (Entrevista n.º 3)

“Até a gente não tem preparo pra saber da onde vem, porque acontece e como fazer pra se lidar com isso...” (Entrevista n.º 5)

“Então, eu acho assim, que todo o problema mesmo é o P., sabe? Porque ninguém dá jeito nele e ele não se ajuda a melhorar. Acha que não tem nada e que dá pra ficar abusando da bebida até morrer...” (Entrevista n.º 8)

A família é o núcleo social básico e o primeiro a ser mobilizado no processo complementar de tratamento, visando à reabilitação social do paciente. Os problemas de uma família são demonstrados em termos interpessoais dentro do ambiente familiar, e todos querem ajuda para libertar-se da angústia coletiva. As circunstâncias íntimas de membros individuais ou na situação familiar requerem um esforço total para remodelar o funcionamento familiar. Os antigos papéis e funções podem ser reatribuídos ou abandonados com o aparecimento de doenças ou incapacidades em um ou mais membros (Kaplan *et al.*, 1997).

Goffman (1988) defende que a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas.

É possível que um indivíduo não consiga viver de acordo com o que foi efetivamente exigido dele, e ainda assim, permaneça relativamente indiferente ao seu fracasso; isolado por sua alienação, protegido por crenças de identidade próprias.

Descrença na saúde coletiva

“É tão difícil de conseguir a ficha pra ele...porque tem que ser pelo posto... eu me preocupo bastante, sabe?” (Entrevista n.º 10)

“Eu não acredito muito que ia melhorar se tivesse outros lugares pra gente ser atendido.. tudo que é de graça é mais

complicado...tem filas, muita gente pra ser atendida, gente reclamando... aquela bagunça. Eu acho que os órgãos públicos são muito desorganizados, porque não tem ninguém responsável, entende?" (Entrevista n.º 4)

O conceito de cidadania implica a participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e o seu acesso aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico (Brasil, 1992).

O atendimento psiquiátrico não se distingue dos demais procedimentos médicos, e seus objetivos são também comuns: diagnóstico, tratamento e conseqüentemente, a reinserção do indivíduo na vida social.

O Estado deve oferecer assistência qualificada aos cidadãos, e está previsto pelo Ministério da Saúde que o tradicional hospital psiquiátrico seja gradualmente substituído por uma rede de serviços diversificada e qualificada, incluindo ambulatorios, unidades de saúde mental em regime de hospital-dia, centros de atenção psicossocial, pensões protegidas e centros de convivência, entre outros.

Considerações finais

O desenvolvimento desta pesquisa buscou intensificar a discussão em relação as mudanças na área da psiquiatria, envolvendo para isso a opinião de familiares de indivíduos portadores de sofrimento psíquico.

Historicamente, as políticas de saúde e especificamente as de saúde mental, entre outras, têm sido marcadas como formas sistemáticas de exclusão econômica e social em determinados seguimentos da sociedade.

Nas ações governamentais, no campo da prevenção e da assistência psiquiátrica, não há política normativa nem programa de ação. Não há ideologia nem estratégias, faltam objetivos, propósitos e métodos. A dificuldade em relação ao acesso nos tratamentos gratuitos confirma uma política que parece burocraticamente satisfatória, mas que não consegue suprir as necessidades da população.

A desinformação das famílias sobre a doença mental é oriunda da falta de esclarecimentos e de divulgação sobre novos programas de atendimento atual. Essa desinformação beneficia as instituições privadas, que lucram com a forma tradicional ultrapassada de prestar assistência, mantendo o paciente internado por longos períodos, possibilitando a cronificação da patologia, distanciando a possibilidade do retorno desse indivíduo à sociedade. É no período de internamento prolongado que o indivíduo abdica da

sua cidadania, com a qualidade de vida prejudicada, denegrindo sua imagem perante a sociedade, sendo desta forma estigmatizado.

Na totalidade das entrevistas realizadas, encontramos as famílias despreparadas no conhecimento em relação à doença, e o preconceito aparece evidenciando a necessidade de evolução que ofereça ao indivíduo condições de retorno ao convívio social, envolvendo a família. O retorno ao convívio social e principalmente ao familiar é o ponto culminante pós-internação, pois faltam serviços psiquiátricos alternativos para acolher o indivíduo portador de sofrimento psíquico.

Segundo Ministério da Saúde (1992), para haver coerência nos modelos propostos, a capacitação de pessoal deve incluir o campo das políticas de saúde e de saúde mental, apontando para uma organização diversificada e qualificada dos serviços, instrumentalizando a atenção individualizada, respeitando a singularidade das pessoas em sofrimento psíquico, desencadeando investigação junto ao processo permanente de avaliação.

Não poderíamos deixar de considerar que os discursos dos familiares nos levaram a compreender que a reforma psiquiátrica é de necessidade urgente. Embora não saibam exatamente como resolver seus problemas em relação ao tratamento psiquiátrico, tampouco acreditam nesse tratamento vigente, baseado no hospitalocêntrico.

O Ministério de Saúde (Brasil, 2001), entende que não basta desconstruir o sistema de tratamento hospitalocêntrico, precisa criar uma rede de tratamento na comunidade, a qual respalde a família do indivíduo portador de sofrimento psíquico. Para tanto, aponta como proposta: atendimento ambulatorial, serviço externo destinado a consultas e tratamentos dos transtornos mentais; emergência psiquiátrica no pronto-socorro, serviço integrado por uma equipe especializada em atendimento, triagem e controle das internações psiquiátricas de emergência; leitos psiquiátricos em hospital geral, serviço destinado a internações e assistência de pacientes psiquiátricos em hospital geral; hospital dia e hospital noite, os serviços assistenciais de semi-hospitalização, nos quais o paciente, durante certo período do dia ou da noite, recebe os cuidados terapêuticos de que necessita, centro de convivência, os serviços de que dispõe de espaço terapêutico para convivência e recreação de pacientes com transtornos mentais com objetivo de ressocialização; pensão protegida, recebe pacientes egressos de internação psiquiátrica, em condições de alta, mas sem condições de voltar ao convívio familiar; lar adotivo, o cuidado, sob supervisão, do paciente

psiquiátrico crônico por família que não a sua; unidade de desintoxicação, o serviço destinado à desintoxicação de dependentes químicos, devendo funcionar em hospital geral e serviço de tratamento de dependência, o serviço especializado no tratamento do alcoolismo ou outra dependência química, devendo funcionar nas unidades gerais da rede de saúde (Brasil, 2001).

Acreditamos que esta pesquisa possa acrescentar alguns elementos para dar continuidade às discussões sobre a inclusão dos familiares no tratamento e na ressocialização do indivíduo com sofrimento psíquico.

Referências

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BASAGLIA, F. *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Debates, 1982.

BOTEGA, N. J.; DARGALARRONDO, P. *Saúde Mental no hospital geral: espaço para o psíquico*. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Pesquisa envolvendo seres humanos. In: Informe epidemiológico do SUS – Suplemento 3, p.278 – 291. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996. p.278-291.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil – modelo assistencial e direito à cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. p. 20-22.

BRASIL. Ministério da Saúde. Temas de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 09-12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental. 2. ed. e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 42 -56.

FERREIRA, A. B. de O. *O novo dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Koogan, 1988.

HIRDES, A. *reabilitação psicossocial. dimensões teórico-práticas do processo*. Erechim: Edifapes, 2001.

KAPLAN, H. J. *et al. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MINAYO, M. C. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1996.

MILES, A. *A Família do doente mental*. In: O doente mental na sociedade contemporâneo. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. p.111-131.

TAYLOR, C. M. *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. 13.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Received on June 23, 2003.

Accepted on October 03, 2003.