

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE CIÊNCIAS E LETRAS DE ASSIS
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO - MESTRADO EM
PSICOLOGIA E SOCIEDADE**

VERA LUCIA FEDEL PARPINELI

**A FAMÍLIA DO PORTADOR DE SOFRIMENTO
PSÍQUICO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Assis
2010

VERA LUCIA FEDEL PARPINELI

**A FAMÍLIA DO PORTADOR DE SOFRIMENTO
PSÍQUICO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Concentração Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Profa. Dr^a. Cristina Amélia Luzio

Assis
2010

P257f Parpineli, Vera Lucia Fedel.
A família do portador de sofrimento psíquico na atenção psicossocial/ Vera Lucia Fedel Parpineli. - Assis, 2010.
81 f. : Il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis - Universidade Estadual Paulista, 2010.

Orientador: Cristina Amélia Luzio

1. Saúde mental 2. Reforma psiquiátrica 3. Atenção psicossocial. I. Autor. II. Título.

CDD 362.2

VERA LUCIA FEDEL PARPINELI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
AREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA E SOCIEDADE

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a Cristina Amélia Luzio, Orientadora
Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Assis

Prof. Dr. Francisco Hashimoto
Universidade Estadual Paulista, UNESP, Campus de Assis

Profa. Dr^a Magali Ap. Alves de Moraes
Faculdade de Medicina de Marília, FAMEMA, Marília

Assis, 17 de Junho de 2010

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui registrada a minha gratidão a Deus, por ter me concedido saúde e capacidade para perseverar na realização do meu ideal, diante de tantas dificuldades que permearam esta caminhada.

Aos meus pais, Pedro *in memoriam* e Amália, por todo amor que sempre me dedicaram e pelo suor derramado, concretamente, sob o sol, para que eu completasse meus estudos. Obrigada a vocês, que sempre com humildade e simplicidade, me ensinaram os valores indispensáveis a uma vida digna.

Às pessoas que fazem parte de minha vida e compartilham, desde o princípio, do meu desenvolvimento profissional: Vadico e Vera Ottoboni, minha eterna gratidão.

À minha orientadora Prof^a Dra. Cristina Amélia Luzio, por sua dedicação, disponibilidade, paciência e hábil orientação.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a. Dra. Magali e Prof. Dr. Francisco, por suas sugestões pertinentes no exame de qualificação e na defesa.

Às minhas amigas e companheiras de trabalho: Márcia, Elzinha, Elza, Iraci, Lurdes, Roseani e Valéria, pelo carinho, compreensão, apoio e incentivo para a conclusão deste trabalho.

À Prof^a Dra. Silvia por transformar o meu resumo em “abstract”.

Ao Prof. Rony pela revisão da língua portuguesa.

À Erminda, pela formatação e configuração do texto.

Às funcionárias da Pós Graduação da UNESP de Assis, Sueli e Iria, pelas orientações dadas sempre com receptividade e carinho.

A todos os funcionários da biblioteca da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) pela colaboração, de forma especial à Helena, Josefa e ao Carlos.

Aos meus familiares, por estarem ao meu lado nos momentos difíceis, de uma forma ou de outra. Obrigada por vocês existirem.

A todos os meus amigos, professores e demais pessoas que colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho.

*Dedico este trabalho à minha filha Maria Clara, luz da minha vida.
Ao meu esposo Gilson, pelo companheirismo nos momentos de
dificuldades. Aos meus irmãos e irmãs.
A todos, minha eterna gratidão pelo carinho, amor e dedicação.*

Bom mesmo é ir à luta com determinação, abraçar a vida e viver com paixão, perder com classe e vencer com ousadia. Pois o triunfo pertence a quem se atreve, e a vida é muito bela para ser insignificante.

(Charles Claplin)

RESUMO

PARPINELI, Vera Lucia Fedel. **A família do portador de sofrimento psíquico na atenção psicossocial**. 2010, 81 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista – UNESP, 2010.

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciado na década de 1970, produziu mudanças nas Políticas Públicas em Saúde Mental e na assistência aos portadores de sofrimento psíquico. Os novos dispositivos criados para o tratamento preconizam a participação da família e a incluem na rede de cuidados. Este estudo tem como objetivo geral conhecer a produção científica sobre o papel das famílias no tratamento dos usuários com transtornos psíquicos, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica e das Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil, de 1990 a 2007, assim como identificar as abordagens direcionadas à família no contexto da atenção psicossocial e discutir os resultados, considerando os construtos teóricos da Reforma Psiquiátrica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa, para a qual foi realizado um levantamento na base de dados LILACS, de 1990 a 2007, que resultou em um total de 751 estudos, sendo 348 diretamente relacionados ao assunto, classificados de acordo com os tipos de enfoque; foram considerados, para análise, 243 artigos, dos quais 121 preenchem os critérios de inclusão. Os resultados apontam para um aumento na produção científica que envolve o assunto, desde 1990, quando começa o processo de modificação da assistência, em consonância com as Políticas Públicas em Saúde Mental. Esse aumento é mais significativo em relação aos estudos empíricos, sendo os relacionados à prática ainda incipientes, o que acentua a necessidade de ampliação dos estudos de caráter prático. Nas categorias temáticas encontradas é possível identificar a importância do tema, que vem sendo paulatinamente abordado nas pesquisas, indicando a necessidade de construção de uma prática com famílias, na comunidade.

Descritores: Saúde Mental; Família; Reforma Psiquiátrica; Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

PARPINELI, Vera Lucia Fedel. **The family of the individual with psychiatric suffering from the perspective of psychosocial care.** 2010, 81 f. Dissertation (Master degree in Psychology) – Science and Linguistics College, Campus of Assis – University of São Paulo State – UNESP, 2010.

Brazilian psychiatric reform started in the 70's and provoked changes in Mental Health Public Policies as well as in the care of individuals with psychiatric suffering. These new procedures include the participation of the individual's family which is included in the care system. This dissertation aims at studying scientific articles on the family's role in the life of individuals with psychiatric suffering from 1990 to 2007 when the above mentioned policies were implemented; it also aims at identifying approaches to these families psychosocial care and discussing the results of this care according to the theoretical grounds of the above mentioned psychiatric reform. It is a bibliographical qualitative research. Lilacs database from 1990 to 2007 was used. Seven hundred and fifty one studies were collected; three hundred and forty eight were directly related to the subject. Two hundred and forty three articles were analyzed and one hundred and twenty one met the inclusion criteria. The results show an increased number of articles on the subject from 1990 on, when the care changes started, according to the Mental Health Public Policies. The increase of theoretical studies is meaningful, but the studies related to practice must increase. The studies show the necessity of building up a practice in the community families.

Key Words: Mental Health; Family, Psychiatric Reform; Psychosocial Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAD	Centro de Atenção Diária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
DINSAN	Divisão Nacional de Saúde Mental
ERSA	Escritório Regional de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
HC	Hospital das Clínicas
I CNSM	I Conferência Nacional de Saúde Mental
II CNSM	II Conferência Nacional de Saúde Mental
III CNSM	III Conferência Nacional de Saúde Mental
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MERCOSUL	Mercado Comum do Sul
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
MST	Movimento dos trabalhadores sem terra
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAP	Programa de Aprimoramento Profissional
PNSM	Plano da Campanha Nacional de Saúde Mental
PSF	Programa Saúde da Família

ESF	Estratégia Saúde da Família
REFORSUS	Reforço a reorganização do SUS
REME	Movimento de Renovação Médica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
VIII CNS	VIII Conferência Nacional de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição frequencial e percentual dos estudos, por tipo de publicação, sobre o papel das famílias no modelo da atenção psicossocial	48
Tabela 2 - Distribuição frequencial das publicações de artigos, teses e dissertações sobre o papel da família, no modelo da atenção psicossocial, nos períodos governamentais de 1990-1994, 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2007.	48
Tabela 3 - Distribuição frequencial dos tipos de estudos descritos nos artigos, teses e dissertações sobre a família de 1990-1994, 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2007.	49
Tabela 4 - Classificação frequencial e percentual das revistas de publicação dos artigos, por área especialidades	50
Tabela 5 - Classificação frequencial e percentual da produção científica e legislação em saúde mental, nos períodos políticos de 1990 a 1994, 1995 a 1998, 1999 a 2002 e 2003 a 2007.	51
Tabela 6 - Distribuição frequencial e percentual dos estudos publicados nos artigos sobre a família do portador de sofrimento psíquico, por assunto	55
Tabela 7 - Classificação frequencial e percentual dos artigos sobre a família do portador de sofrimento psíquico, por tipos de estudos	58
Tabela 8 - Distribuição frequencial e percentual dos estudos publicados em artigos, sobre a família do portador de sofrimento psíquico, por temas	59
Tabela 9 - Distribuição frequencial e percentual dos estudos publicados em artigos sobre a família do portador de sofrimento psíquico, por objetivos	64
Tabela 10 - Distribuição frequencial e percentual dos artigos científicos classificados de acordo com a referência à família, nos estudos.	66
Tabela 11 - Classificação frequencial e percentual dos artigos científicos sobre o papel das famílias, por referências aos serviços de Saúde Mental	68
Tabela 12 - Classificação frequencial e percentual dos artigos científicos sobre o papel da família, por tipos de abordagens realizadas na família	69

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	21
1. A FAMÍLIA E O PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO	22
1.2 AS EXPERIÊNCIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO OCIDENTE_	26
1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E SUAS REPERCUSSÕES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL	38
1.4 O PERCURSO DA IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL, AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL E A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES NESSE PROCESSO	40
2. METODOLOGIA	45
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	47
3.1 CLASSIFICAÇÕES DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ARTIGOS, TESES E DISSERTAÇÕES, LIVROS E CAPÍTULOS DE LIVROS E ANAIS DE CONGRESSOS, CONSIDERANDO TIPOS DE PUBLICAÇÃO, ANO E PERIÓDICOS, POR ÁREA DE ESPECIALIDADE	47
3.2 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA E SUA RELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	50
3.3 OS PRINCIPAIS ASSUNTOS ABORDADOS NOS ARTIGOS	54
3.4 OS PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NOS ESTUDOS.....	58
3.5 OS OBJETIVOS DOS ESTUDOS.....	62
3.6 AS REFERÊNCIAS À FAMÍLIA, NOS ESTUDOS.....	65
3.7 OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL REFERENCIADOS NOS ESTUDOS.....	67
3.8 AS ABORDAGENS OFERECIDAS À FAMÍLIA	68
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

APRESENTAÇÃO

O interesse pela família do portador de sofrimento psíquico surgiu a partir do trabalho que desempenho como psicóloga, na enfermaria psiquiátrica inserida no contexto de um hospital geral, vinculado à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Essa unidade de psiquiatria, inaugurada em 24 de julho de 1989, no Hospital de Clínicas (HC) de Marília, é fruto de muitos anos de luta do Departamento de Psicologia e Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Marília (SIQUEIRA JUNIOR, 1996)¹. No estudo realizado por Boseli (1992), aponta-se que, naquela época era difícil justificar e convencer os órgãos financiadores da necessidade e pertinência da implantação de uma unidade de 16 leitos, em uma região de alta concentração de leitos psiquiátricos, visto que, nessa área, antigo ERS 45, composta por 37 municípios, havia 1325 leitos em hospitais psiquiátricos e 20 em enfermaria, totalizando 1345 leitos. Na microrregião de Marília, que abrange um total de 18 municípios, havia 396 leitos em Hospital Psiquiátrico, número que superava o preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1983, de 0,5 leito para mil habitantes. Bastariam, então, 150 leitos para toda a região.

As justificativas indicadas por Boseli (1992) para o grande número de leitos na região, decorriam da política de saúde mental estadual, cujos objetivos não eram voltados necessariamente para a melhoria do atendimento dos usuários. Tal política priorizava mudar as péssimas situações do Complexo do Juqueri, bem como garantir os interesses dos empresários da região, que estavam construindo vários hospitais psiquiátricos. O autor exemplifica tal situação, relatando o descaso evidenciado na transferência dos pacientes do Juqueri para outros hospitais: “[...] em 1973, no dia 10 de abril, um dos hospitais recebeu 150 pacientes que chegaram do Juqueri em ônibus e que desceram com seus “números” e seus saquinhos de remédio na mão” (BOSELI, 1992, p. 32).

As atividades realizadas na enfermaria de psiquiatria do HC, desde o seu início, destinavam-se a atender a uma demanda de pacientes psiquiátricos, preferencialmente, acima de 14 anos, que vivenciassem uma situação de crise. A proposta do trabalho era uma internação breve, voltada para o cuidado e a reorganização psíquica dos usuários internados e dos seus familiares. Por serem situadas em um Hospital Universitário, as ações ali desenvolvidas tinham também a finalidade de ensino. Assim, apoiadas em teorias e técnicas psicológicas, psiquiátricas, psicodinâmicas, terapia ocupacional, assistência social e de

¹ Antonio Carlos Siqueira Junior, Enfermeiro responsável pela Enfermagem de Psiquiatria na época.

ciências afins, as atividades contribuíam igualmente na formação de profissionais para área de saúde mental.

Há 10 anos, ocorreu uma redução significativa do número de leitos da enfermaria psiquiátrica do H.C., de 16 para 07 leitos, que eram disponibilizados para usuários de ambos os sexos. Além da diminuição de leitos, a redução da equipe de trabalho e do espaço físico dificultavam as condições de trabalho e de atendimento aos usuários.

As justificativas da instituição para tal diminuição era a falta de espaço físico naquele hospital, de modo que, na época, foi proposta a mudança para o Hospital Materno Infantil. A proposta não foi aceita pela coordenação do serviço, uma vez que a mudança descaracterizaria o projeto original, pois deixaria de ser uma Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral. Recentemente, em 1º de fevereiro de 2010, a enfermaria foi transferida para o Hospital de Clínicas Unidade III (HCIII), São Francisco de Assis, adquirido pelo governo do Estado de São Paulo, sob a administração da FAMEMA.

A mudança, além de melhorar o espaço físico da enfermaria, possibilitou a ampliação de leitos. Dessa maneira, a enfermaria psiquiátrica atualmente conta com 12 leitos, com conforto e privacidade dos usuários e boas condições de trabalho para a equipe.

Aconteceram ainda contratações de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, sendo que a equipe atual é composta por um corpo docente (uma psiquiatra, um enfermeiro e uma psicóloga), por um corpo técnico-assistencial (quatro enfermeiras, uma psicóloga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional) e 10 auxiliares de enfermagem.

O corpo discente inserido na enfermaria é formado por graduandos em medicina e enfermagem, residentes de psiquiatria, aprimorandos de psicologia e enfermagem, bolsistas do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo.

Durante a internação, é realizado diagnóstico nosográfico e psicodinâmico, planejamento e execução do tratamento farmacológico e psicoterapêutico, orientação e apoio aos familiares, além de direcionamento do tratamento pós-internação. Na alta, os usuários são encaminhados para o Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e Hospital Dia.

Na prática cotidiana, percebe-se a necessidade de repensar a proposta de atendimento oferecida aos familiares, realizado por intermédio da orientação e do apoio em grupos de familiares de diversos pacientes e, quando necessário, individualmente, a alguns membros da família. Nesses anos de atividade, embora não haja constatações empíricas, nas vivências do trabalho é possível conhecer diversas famílias, contextos e formas de lidarem, ou negarem, o

transtorno mental. Algumas famílias são ávidas por orientações, principalmente quando relacionadas a um primeiro surto, ao passo que outras parecem extremamente resignadas com o fato de seu familiar encontrar-se internado por problemas psiquiátricos. Ainda existem aquelas que consideram seus familiares como pacientes “crônicos” e, portanto, sentem-se impotentes diante da situação, depositando na equipe suas expectativas de mudança.

A internação de pacientes em primeiro surto, cuja duração é de aproximadamente 20 dias, pode ser o momento propício para intervenções dos profissionais para com a família. Como afirma Pace (2005), no estudo realizado acerca de familiares que convivem com pessoas acometidas de transtornos mentais, no qual salienta que uma das hipóteses de a intervenção familiar ser mais efetiva, quando realizada durante um quadro agudo, no começo do processo de adoecimento do psicótico, é que a família, no estágio inicial da doença, ainda se encontra motivada para os cuidados, enquanto a família do paciente crônico tende a não se engajar no processo terapêutico, pois já se encontra desgastada, sem esperanças, de maneira que vê o doente como uma fonte causadora de problemas.

O trabalho de orientação e apoio vem propiciando resultados positivos, com relação a uma adesão mais plena ao tratamento, reconhecimento do quadro sintomático e melhor relação com a equipe. No entanto, ele não tem propiciado alterações na forma de a família conceber e lidar com o portador de sofrimento psíquico, em sua vida cotidiana e social, permanecendo os conflitos, o estigma, as dificuldades quanto à aceitação e à reinserção social. Observa-se que o sofrimento da família, durante a internação, parece ser apenas aliviado momentaneamente, visto que, quando ocorre outra crise e conseqüentemente, nova internação, identifica-se a manutenção dos conflitos, permanecendo a impressão de que o trabalho realizado durante a internação perdeu-se após a alta.

Tal situação confirmaria as constatações do estudo feito pelo coordenador do serviço:

O atendimento em grupo de familiares de paciente esquizofrênico após a alta mostrou-se eficaz para melhorar o desempenho dele segundo a avaliação dos familiares. Entretanto não se mostrou eficaz para diferenciar o número de internações, quando comparadas às de pacientes cujas famílias não foram atendidas. Porém, parece-nos que os familiares orientados, puderam reconhecer precocemente os sintomas de recaída e com isso sua internação foi mais breve, ajudando assim a manter o paciente pouco tempo afastado da família (SIQUEIRA JUNIOR, 1992, p. 53).

Nessa citação, observa-se que o trabalho realizado favorece o usuário e seus familiares, pois, possibilita ao familiar estar mais atento para perceber o desempenho do paciente e identificar a reagudização dos sintomas, o que nos faz pensar em uma relação mais próxima. No entanto, a alternativa continua sendo a internação. As intervenções parecem não ter contribuído para modificar a forma de conviver com o usuário ou buscar alternativas de tratamento, considerando a identificação precoce dos sintomas.

As vivências no trabalho, de situações em que a família se demonstra fragilizada, justificam o interesse pelo tema, já que a internação, embora breve, permitiria a abordagem familiar. Um trabalho efetivo, nessa circunstância, talvez possa repercutir para além do que o já constatado em estudo anterior, ou seja, garantir um suporte afetivo para o grupo familiar e melhorar a aceitação e a convivência familiar, propiciar que a família se torne de fato uma referência afetiva para o usuário e contribuir na inserção social e no reconhecimento das potencialidades dos usuários, não apenas no período da internação. Enfim, assegurar que a família comece a se corresponsabilizar pelos cuidados do usuário. Tais possibilidades fomentam a reflexão quanto à necessidade de construção de uma prática com famílias, que venha a ampliar suas alternativas de enfrentamento das situações inerentes à convivência com o portador de sofrimento psíquico.

É sabido que tal convivência não é fácil, porque esses indivíduos podem manifestar atitudes inesperadas e até mesmo extremadas, comportamentos tidos como inadequados socialmente, isolamento, alterações no sono, idéias delirantes, perturbações do afeto, da linguagem e da vontade. Tais condutas e situações podem produzir sofrimento também para as pessoas de seu convívio, dentre as quais a família, que pode necessitar de acolhimento e continência.

Melman (1999) afirma que, para as famílias, o aparecimento da enfermidade mental e suas consequências agravam eventuais conflitos e dificuldades do cotidiano, anteriormente enfrentados por elas. Portanto, necessitam de ajuda para lidar com essas questões e outras, como a culpa, a sobrecarga, o pessimismo e o isolamento social, que surgem do sofrimento que a loucura imprime, tanto para o grupo quanto para a pessoa que adoece.

O sofrimento da família e suas dificuldades são constantemente vivenciados na prática dos profissionais de saúde mental, que, na maioria das vezes, não dispõem de um recurso teórico prático para lidar com tais questões e realizar ações efetivas para com a família, no sentido de auxiliá-la a obter maior autonomia nos cuidados, favorecer a convivência familiar e social e garantir seus direitos.

Para Waidman (2003) e Colvero (2002), reflexões acerca da assistência à família dos portadores de sofrimento psíquico vêm sendo introduzidas na literatura, desde a Reforma Psiquiátrica. Segundo os autores, a concepção de família dos profissionais da área de saúde mental é considerada importante, pois muitas vezes, trabalham com a concepção de uma família idealizada, de maneira que precisam se desprender de preconceitos e compreender a família em sua singularidade, dando-lhe o suporte necessário, a fim de efetivá-la como parceira e alvo do cuidado em saúde mental. A família e a assistência precisam ser pensadas em suas múltiplas dimensões, para se descobrirem possibilidades de intervenção e de ajuda.

As formas de assistência oferecida aos portadores de sofrimento psíquico encontram-se em processo de transformação gradativa, no Brasil. Elas tiveram como marco o Movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado na década de 1970. Tal Movimento impulsionou a construção de um novo modelo de atenção em Saúde Mental, criou novos dispositivos (CAPS, NAPS, Hospital-Dia, Hospital Noite, Lar Abrigado, Pensão Protegida e Ambulatório de Saúde Mental) e produziu mudanças nas Políticas Públicas no setor. Essa nova política tem preconizado tanto a participação da família nas ações de cuidado ao portador de sofrimento psíquico como sua inclusão na rede de cuidados, partindo-se do princípio de que esse processo de transformação do modelo traz reflexos na relação familiar, influenciando-a e sofrendo influências desse meio.

Na assistência em saúde mental no Brasil, a família recebe a incumbência de responsabilidade e co-parceria nos cuidados, o que corrobora a necessidade de aproximação e um novo olhar dos profissionais da saúde mental sobre essas famílias para a construção de uma prática conjunta, levando-se em conta suas possibilidades e os limites de assumirem tal responsabilidade. Percorrendo esse caminho, torna-se fundamental o conhecimento do conceito de família, sua evolução e sua relação com os transtornos mentais.

Nessa perspectiva, a concepção de família e sua relação com os transtornos mentais também devem ser revistas, tendo em vista as modificações significativas verificadas em seu percurso histórico.

Diversos autores debruçaram-se sobre estudos a respeito da história da família, e das funções assumidas por ela, os quais constituem um grande e importante arcabouço teórico. Embora não seja objetivo de nosso trabalho retomar tais pesquisas, consideramos que a leitura prévia dos trabalhos sobre família, produzidos por: Ariès (1981), Costa (1999), Engels (1982), Freyre (1992), Morgan (1987), Poster (1979), foi importante, na nossa trajetória no Curso de Mestrado.

Também as contribuições de autores que abordaram o tema da família, no campo da

Psicologia e da Saúde Mental, ofereceram contribuições valiosas para a realização desta dissertação. Dentre os autores destacamos: Ackerman (1996), Eiguer (1985), Erickson (1976), Freud (1980), Knobel (1992), Soifer (1982) e Minuchin (1990).

Enfim, tais autores compõem o referencial teórico subjacente ao nosso trabalho, tanto profissional como o acadêmico, uma vez que os paradigmas e valores do mundo atual estão sendo contestados, modificados e, até mesmo, substituídos por outros. Portanto, conhecer tais repercussões no grupo familiar é imprescindível para entender como as mudanças e as redefinições de papéis e funções do grupo familiar contribuem na construção do novo modelo de atenção em Saúde Mental e, em especial, compreender seus efeitos em termos de produzir maior ou menor autonomia de seus membros, diante de situações do cotidiano ou conflituoso, bem como perante a sociedade.

INTRODUÇÃO

A compreensão da família enquanto instituição é extremamente complexa, pois experimenta constante processo de evolução e transformação, de sorte que os papéis e funções são redefinidos conforme o momento histórico em que esta se encontra, assumindo diversas configurações no contexto social, político, econômico e cultural.

O tema da família é abordado por uma ampla bibliografia e compartilhado por diferentes disciplinas, dentre as quais, a Antropologia, que estuda os grupos humanos e sistemas familiares, em diversas culturas; a Sociologia, que estuda a organização das sociedades relacionadas aos fatos sociais e a Psicologia, que estuda as atividades mentais, os comportamentos e os efeitos das relações familiares sobre o indivíduo.

No percurso deste estudo utilizamos como referenciais teóricos alguns autores, que abordam os temas da Desinstitucionalização, da Reforma Psiquiátrica e da Saúde Mental, dentre eles: Amarante (1995, 2001), Basaglia (1982), Luzio (1999, 2003), Roteli et. al (1990), Tenório (2002), Yassui (1999).

Também as contribuições de autores que abordam o tema da Família e Doença Mental. Dentre os quais destacamos: Melman (1999, 2006), Pace (2005), Rosa (2003), Térzis (1985).

Em síntese, no contexto da proposta da atenção psicossocial, em que se propõe que a família assuma um papel mais ativo nas ações de cuidados e reinserção social dos usuários, os profissionais precisam compreender as evoluções dessa instituição, nos diversos contextos, além de conhecer suas particularidades para evitar a construção de uma visão idealizada e equivocada de família.

O presente estudo tem como objetivo geral conhecer a produção científica sobre o papel das famílias, no tratamento dos usuários com transtornos psíquicos, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica e das Políticas Públicas em Saúde Mental, no Brasil, no período de 1990 a 2007, assim como identificar as abordagens direcionadas à família, no contexto da atenção psicossocial, discutindo os resultados, à luz dos construtos teóricos da Reforma Psiquiátrica. A pesquisa tem, ainda, como objetivos específicos:

1. Identificar e classificar os estudos, considerando as fontes, tipos de publicação e ano de publicação.
2. Identificar as categorias temáticas que daí emergem, assuntos e objetivos dos estudos.
3. Analisar a produção científica e as Políticas Públicas em Saúde Mental, caracterizando os períodos políticos.

4. Identificar a incidência e os tipos de atendimento familiar, nos serviços substitutivos em saúde mental.

Nesse sentido, procuramos inicialmente contextualizar o campo em que o estudo se insere. Assim, na Introdução, abordamos a relação da família com o portador de sofrimento psíquico, desde o surgimento da assistência psiquiátrica. Também discutimos as experiências de desinstitucionalização que ocorrem no Ocidente e procuramos identificar o papel da família.

No capítulo I, apresentamos o Movimento da Reforma Psiquiátrica, as Políticas Públicas em Saúde Mental e a participação da família, nas conquistas dos direitos dos usuários.

No capítulo II, delineamos o percurso metodológico do estudo utilizado no mapeamento da produção científica sobre o tema.

No capítulo III, enfocamos os resultados e realizamos sua análise, de acordo com a categorização dos assuntos construída em convergência com os objetivos da pesquisa.

No capítulo IV, em suas considerações finais, é realizado um fechamento do texto buscando, destacar a análise dos resultados e reflexões a respeito do tema.

1. A FAMÍLIA E O PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Atualmente, na atenção em Saúde Mental, na perspectiva da atenção psicossocial, é preconizada a inclusão da família no projeto terapêutico, o que remete novas atribuições para o grupo familiar. Embora neste estudo não tenhamos por objetivo reconstruir a trajetória histórica da família do portador de sofrimento psíquico, procuramos realizar uma breve contextualização do tema.

A existência da loucura, data dos primórdios da existência das civilizações. Ela foi tratada em cada época de acordo com o entendimento do homem e da sociedade; assim, na Antiguidade, as alterações da consciência e de comportamento eram entendidas como determinação dos deuses. Na Idade Média, foi compreendida sob o prisma da religiosidade, sendo a desrazão concebida como culpa pelos pecados do homem.

Por volta dos séculos XVI-XVII, no bojo do surgimento do capitalismo, com o crescimento das cidades, ascensão do comércio e da classe burguesa, os insanos que vagavam pelas ruas foram considerados improdutivos e marginalizados, comparados a vagabundos, trazendo problemas para o convívio social. Nessa situação, surgem as casas de correção, local

destinado aos indivíduos que ameaçavam a ordem social. Muitos foram abrigados nos porões das Santas Casas, juntamente com toda ordem de marginais (FOUCAULT, 1978).

No século XVIII, a loucura passa a ser considerada doença e a pertencer ao discurso médico da psiquiatria. A fundação da psiquiatria, por Pinel, sob a óptica de um tratamento moral da doença, levava em conta, por um lado, a necessidade de isolamento e afastamento do doente mental da família, como parte do tratamento, justificando a proteção contra a loucura, nesse período relacionado à indisciplina e à desordem moral. Por outro lado, o isolamento também poderia ser proposto, porque a família, dependendo de seu funcionamento, poderia ser uma fonte de desequilíbrio, conduzindo ou agravando a evolução dos transtornos mentais (MELMAN, 2006).

Rosa (2003) descreve que os papéis da família para com o portador de sofrimento psíquico são historicamente determinados. A autora aponta que, nas sociedades pré-capitalistas, a responsabilidade pelas questões ligadas ao louco e à loucura era remetida à competência da família e, apenas na sua ausência, tornava-se uma questão pública. No capitalismo, foi enfatizada a supremacia dos ideais burgueses, em que o indivíduo passa a ser o centro da sociedade e sujeito normativo das instituições. A ciência foi instituída como verdade e reconhecida como instrumento que poderia ser utilizado para emancipação humana. No entanto, o discurso da liberdade e da igualdade tinha conotações diferentes, para a classe burguesa e para a classe operária, resultando em um reforço à desigualdade social entre classes e gêneros.

A partir do século XVIII, com a Revolução Francesa, houve uma nova organização do poder estatal e a República emergiu nessa zona de conflitos, pela conquista da democracia e extensão da cidadania. A família, orientada pelos ideais da burguesia, torna-se nuclear e responsável por assegurar o capital financeiro (MORENO; ALENCASTRE, 2003).

Naquele contexto, o louco e a loucura ficaram à margem dos direitos conquistados, sendo sua administração delegada à psiquiatria. A loucura, ao passar a objeto da medicina, transformou-se em alienação mental.

Pinel (França), Tuke (Inglaterra), Chiaruggi (Itália) e Todd (EUA) realizaram reformas em estabelecimentos de internação em que eram trancados os mendigos, ladrões, órfãos, aleijados, portadores de doenças venéreas, rebeldes e também os loucos. Tais reformas tinham o objetivo de oferecer aos loucos, considerados doentes, um espaço de tratamento.

De acordo com Philippe Pinel (1745-1826), considerado o “fundador da psiquiatria”, a alienação mental era

[...] sinônimo de erro; algo não mais da ordem do sobrenatural, de uma natureza estranha à razão, mas uma desordem desta. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social (AMARANTE; TORRES, 2001, p. 74).

As causas da alienação mental, para Pinel, eram ambientais, morais e intelectuais, sendo a melhor terapêutica o tratamento moral, cujo princípio fundante é o isolamento do paciente, uma vez que ele entendia ser necessário afastá-lo do meio social e de sua família.

Em geral é tão agradável, para um doente, estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade tenra e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-los de seus parentes. (CASTEL, 1978, p. 86-7).

Nesse sentido, Pinel destaca que família era incapaz de cuidar de seus membros alienados mentais e, até mesmo, poderia ser responsabilizada pela produção de seus males, na medida em que esta não tinha controle sobre as falhas da educação e dos distúrbios das paixões que acometiam os pacientes, no ambiente familiar. Portanto, a família foi excluída dos cuidados do doente mental, por séculos.

[...] a relação da família como o portador de transtorno mental é mediatizada pelo sistema asilar e pelos trabalhadores em saúde. O portador de transtorno mental e seu cuidado tornam-se uma questão médica e organizacional. Assim, o portador de transtorno mental é incluído em uma pedagogia organizacional que se propõe a restituir-lhe a razão pelo isolamento terapêutico. A família é excluída da abordagem, ficando restrita a um papel periférico de informante e visitadora, restando-lhe apenas aguardar os produtos da ação médica (ROSA, 2003, p. 343).

Na primeira metade do século XX, a família torna-se objeto de intervenções, no processo de tratamento dos transtornos mentais, iniciado nas décadas de 1940 a 1950, a partir de estudos realizados com pacientes esquizofrênicos. A princípio, a interação familiar foi amplamente estudada por vários grupos, cuja preocupação se centralizava na natureza das relações entre os pais. Esses estudos ocorreram nos Estados Unidos - em Nova Iorque, Washington, Palo Alto da Califórnia - e enfatizavam a relação das figuras parentais, na etiologia da esquizofrenia. Os resultados indicaram, em uma proporção muito alta de casos,

uma relação extremamente insatisfatória (BAXTER, 1966, apud TERZIS, 1985).

Esses estudos, baseados no referencial psicanalítico, inicialmente foram centrados na figura materna e paterna. Uma das pioneiras nesses estudos, Frida Fromm Reichmann, identificava a causa dos transtornos psíquicos na relação mãe e filho, elaborando o conceito de “mãe esquizofrenógena”. Nessa mesma linha de pensamento, John Rosen cunha o termo “mãe perversa”. Gradativamente, esses conceitos vão sendo situados no contexto do relacionamento familiar. Os estudos epidemiológicos sobre a esquizofrenia tentam descrever o funcionamento intrafamiliar e os fatores específicos, dentro do ambiente, que torna a comunicação confusa e irracional entre os membros da família, empregando-se o modelo transgeracional. Esse modelo descreve as relações dinâmicas das gerações anteriores do paciente e as relações dinâmicas entre os membros da família. Dentre outros autores, são destacadas as contribuições de Bowen, Lidz, Wyne e Bateson (TERZIS, 1985).

Outra teoria que cabe ser salientada é a formulada pelo Grupo de Palo Alto, na Califórnia, sob liderança de Gregory Bateson. O teórico elabora o conceito de dupla vinculação, na qual as atitudes ambivalentes da mãe, no que tange à consistência da punição de comportamentos inadequados, comprometeriam o senso de realidade da criança, levando-a à psicose.

Esses conceitos, conforme nos aponta Melman (2006), contribuem para o entendimento da família enquanto agente patológico, sobressaindo-se a figura materna como principal promotora de enfermidades. Instaura-se, então, o modelo de família patogênica. Tal entendimento passa a nortear a prática terapêutica com famílias de portadores de transtorno psíquico.

As pesquisas sobre família, no período de pós-guerra, enquanto ocorria a reorganização da sociedade - inclusive o modelo de família -, eram predominantemente fundamentadas no modelo médico e na clínica psicanalítica, base da formação da maioria dos psiquiatras norte-americanos, além de questões associadas à maternidade e à educação infantil (ROSA, 2003).

Na psiquiatria infantil, segundo Ackerman (1996), o foco do tratamento da criança passa para a família. Em síntese, a terapia familiar surge nos Estados Unidos, sendo suas origens diretamente ligadas ao trabalho com esquizofrênicos e crianças.

O pluralismo teórico predomina, por conseguinte, no campo da terapia familiar, que recebe influências das teorias e terapias de grupo, destacando-se as contribuições de Kurt Lewin, que, durante a década de 1940, desenvolveu a teoria do campo, na qual descreveu as interações entre os indivíduos e seu ambiente; e Wilfred Bion, com a psicoterapia grupal, que

ressalta a influência da teoria dos papéis do movimento dos grupos de encontro.

Aos poucos, foi sendo construída a posição teórica que se convencionou chamar de *visão sistêmica*, pela qual o grupo familiar vai além da soma de seus indivíduos, possuindo regras próprias de funcionamento. Com a introdução de novos campos, ocorre um conflito teórico entre o modelo sistêmico e o psicanalítico. Na década de 70, desabrocham tendências divergentes no modelo sistêmico, destacando-se a Escola Estrutural de Minuchin, a Estratégia de Haley e a Terapia Breve de Palo Alto.

Ponciano (2001) reconhece que a terapia de família é caracterizada pela diversidade, tanto dos profissionais vindos das diversas áreas como pelos referenciais teóricos advindos de várias disciplinas das ciências humanas e exatas. Portanto, a terapia familiar se constitui de práticas diferenciadas que se articulam. A autora salienta que a história da terapia de família evidencia a multiplicidade das fontes de inspiração, aludindo ainda para a contribuição europeia, principalmente da França e Inglaterra. Destaca, além dos estudos com esquizofrênicos e com orientação a crianças, o contributo das teorias e terapias de grupo, as influências do serviço social, aconselhamento conjugal, antropologia, sociologia e pesquisa em dinâmica familiar do adolescente.

No entanto, consideramos que tais estudos não produziram mudanças significativas para a questão da loucura, nem rompeu a assistência asilar, embora elas, em especial a psicanálise, tenham conduzido uma nova e importante direção para a investigação da loucura, quer através do entendimento do "*adoecer psíquico*" pela via do inconsciente, quer pela criação de novos dispositivos terapêuticos.

Com a evolução do sistema capitalista, notadamente após o término da II Guerra Mundial, passaram a ser contestadas, na Europa e nos EUA, as condições degradantes de vida dos internados, as quais lembravam os campos de concentração. Os hospitais psiquiátricos, além de não propiciar a recuperação dos doentes, tornaram-se responsáveis pelo agravamento da situação dos pacientes. As exigências da rápida recuperação da mão de obra, necessária à reconstrução física, econômica e social do mundo ocidental representaram um fator preponderante para uma racionalização eficaz, na assistência dos doentes mentais. O período pós-guerra possibilitou a radicalização das críticas às instituições asilares psiquiátricas, bem como apressou as propostas de reforma desse setor.

1.2 AS EXPERIÊNCIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO OCIDENTE

A partir da Segunda Guerra Mundial, existiram vários movimentos que visavam à reforma psiquiátrica, no mundo contemporâneo. Tais experiências, também denominadas de *desinstitucionalização*, mantinham diferenças significativas entre si. De acordo com Amarante (1995), algumas representaram reformas restritas às instituições asilares, como a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas. Outras procuravam a superação do espaço hospitalar como única forma de tratamento, como a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva. Finalmente, os movimentos da antipsiquiatria e psiquiatria democrática italiana se propunham romper com as reformas anteriores e criticavam os dispositivos médico-psiquiátricos, suas instituições, bem como suas propostas terapêuticas.

Todos os movimentos de desinstitucionalização questionavam às práticas do tratamento da loucura em instituições asilares. As discussões, sobretudo nos países da Europa (Inglaterra, França e Itália) e nos Estados Unidos, centravam-se na busca de alternativas para o sistema asilar proposto por Pinel, no século XVIII, uma vez que as instituições psiquiátricas exerciam mais funções de controle social, coação e segregação dos indivíduos, do que de tratamento.

Porém, é importante ressaltar que, em função das diferenças entre os movimentos de reformas psiquiátricas, acima destacadas, o termo *desinstitucionalização* tem sentidos diversos.

Basaglia define a desinstitucionalização como um processo de transformação de um conjunto de aparatos científicos, legislativos, judiciais e administrativos, que cerca a doença mental, com o objetivo de entrar em contato com o paciente como existência complexa. Para ele, a saúde e a doença são fenômenos histórico-sociais, fundados na realidade política dos sujeitos sociais (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI; RISIO, 1990).

O objetivo prioritário da desinstitucionalização é modificar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos, notadamente os pacientes.

A desconstrução do manicômio é produzida através da eliminação dos meios de contenção; do restabelecimento da relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstrução do direito e da capacidade de uso de objetos pessoais; reconstrução do direito e da capacidade de palavras; eliminação da ergoterapia; abertura das portas; produção de relações, espaços e objetos de interlocução; liberação dos sentimentos; restituição dos direitos civis; eliminação da coação, tutelas jurídicas, do estatuto de periculosidade; reativação de rendimentos para que o paciente tenha acesso aos intercâmbios sociais (LUZIO, 1999, p. 29).

Nessa perspectiva, Rotelli et al. (1990) diferenciam a experiência de desinstitucionalização ocorrida na Itália, desde a década de 1970, das demais ocorridas na

Europa e EUA. Para os autores, os movimentos dos outros países reduziram a desinstitucionalização ao mero processo de desospitalização dos pacientes psiquiátricos.

O movimento das Comunidades Terapêuticas, acontecido na Inglaterra, a partir de 1942 almejava, pela reformulação do espaço asilar, modificar a concepção do doente mental, centrada no paradigma organicista e medicamentoso, por meio da concepção psicodinâmica e da transformação das relações na instituição de forma democrática.

A comunidade terapêutica tinha como proposta a desarticulação dos aspectos segregadores e cronificantes da estrutura hospitalar, de maneira a romper com o poder hierárquico da instituição e instituir práticas mais horizontais e igualitárias. Para alcançar esses objetivos, doentes e funcionários precisariam, em conjunto, responsabilizar-se pelo funcionamento da instituição (AMARANTE, 1995).

Em síntese, a finalidade da comunidade terapêutica é, em contraposição ao asilo psiquiátrico, dividir e especificar, em cada momento, os direitos e deveres na tarefa terapêutica (LUZIO, 1999).

Maxwell Jones (1972) utiliza o termo “*aprendizagem ao vivo*”, assim explicitado:

O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades e relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar (JONES, 1972, p. 23).

Nesse modelo, a pessoa com problemas psíquicos está parcial e temporariamente impossibilitada de utilizar todos os seus recursos mentais. Assim sendo, o tratamento tem como objetivo propiciar a retomada de suas potencialidades. Deixa de existir um único profissional responsável pelo paciente. O trabalho é em equipe, composta de diversos profissionais, e seu funcionamento deve propiciar a ruptura da estrutura vertical de poder e autoridade entre seus membros e com o paciente, e, conseqüentemente, possibilitar a construção de relações horizontais. Na equipe técnica, o trabalho requer o enfoque constante das contradições e dos desencontros, para que a comunicação com a pessoa internada seja clara, unificada, de modo a favorecer o estabelecimento de comparações entre seus aspectos internos e a realidade externa.

Nesse processo, a família também participaria, pois a função terapêutica não é mais uma tarefa apenas dos técnicos, mas dos internos, familiares e comunidade. É necessário estabelecer e aperfeiçoar a relação entre o hospital e a comunidade externa, a fim de que haja uma maior compreensão e cooperação entre equipe, pacientes, familiares e a comunidade,

quanto aos problemas e possibilidades de todos os envolvidos. Assim, toda a comunidade constituída fica comprometida em diferentes graus com o tratamento e administração da instituição (LUZIO, 1999).

Na França, o movimento da desinstitucionalização foi marcado, em um primeiro momento, pela Psicoterapia Institucional, que se deu durante a Segunda Guerra Mundial, em meio a uma grave crise política, econômica e social da França, devido à invasão nazista. Durante a ocupação e o regime do General Pétain, os hospitais psiquiátricos franceses haviam sido totalmente abandonados. Esse abandono provocou a morte de dezenas de milhares de pacientes. Entretanto, enquanto instituições abandonadas, alguns hospitais tornaram-se refúgio para muitas pessoas pertencentes ao Movimento da Resistência Francesa, perseguidas pelo regime nazista (MOURA, 1995).

O hospital psiquiátrico Saint-Alban, localizado no sul da França, em Lozère, foi um dos locais que recebeu refugiados. Entre eles, encontrava-se François Tosquelles, psiquiatra, catalão, anarquista, antigo combatente da guerra civil da Espanha e que havia desenvolvido, na Nova República Espanhola, importantes trabalhos na psiquiatria, na década de 1930. Nesse sentido, Saint-Alban passa a ter duplo objetivo: um lugar de resistência política e de tratamento dos “*doentes mentais*” que ali estavam internados. Nessa condição especial, ele se transformou em um local de encontro, de reflexão, de militância marxista, surrealista, freudiana, que resultou em um movimento de transformação da prática psiquiátrica, na França. (FLEMING, 1976)

Para Amarante (1995),

[...] com sólida orientação marxista e o apoio da *intelligenza* e da Resistência Francesa, Saint-Alban passa a ser o palco privilegiado de denúncias e lutas contra o caráter segregador e totalizador da psiquiatria (p. 34).

Nessa perspectiva, a proposta do movimento foi construir um método, uma prática e não uma nova teoria sobre a loucura. Sua prática exigia uma colaboração ativa de todos os membros da instituição (desde o diretor ao pessoal auxiliar), bem como questionava a função tradicional do médico, na equipe, em que se produziam relações autoritárias entre médicos e enfermeiros e entre estes e os pacientes, as quais impediam o aparecimento da relação terapêutica (LUZIO, 1999).

A ruptura desse modelo hierárquico piramidal (presente em toda organização social e econômica da sociedade) é fundamental, uma vez que esse modelo se constitui no campo de produção da alienação social que deforma a comunicação entre as pessoas e cristaliza o

indivíduo, em seus papéis. Além disso, para esse movimento, a cura somente se torna possível no coletivo, em que todos teriam lugar e pudesse tratar e ser tratado. Dessa maneira, é preciso transformar a instituição em um instrumento de cura, a partir de mudança em sua organização interna, baseada na criação de redes institucionais, vivas e mutantes (FLEMING, 1976).

A intervenção em Saint-Alban consiste, em um primeiro momento, na criação de um clube terapêutico intra-hospitalar, autônomo e gerido pelos próprios internos. Nesse trabalho, Tosquelles se orienta pelos fundamentos da terapêutica ativa de Herman Simon e, mais tarde, pela psicanálise. A psicoterapia institucional busca igualmente contribuições em diferentes campos do conhecimento, como a sociometria de Moreno, a psicoterapia de grupo, M. Klein, Lacan. No entanto, ela exclui a relação privilegiada da situação analítica.

Nesse sentido, podemos pensar que as contribuições das teorias psicológicas, embora pudessem compor o referencial teórico para compreender os sofrimentos psíquicos daqueles pacientes, não geraram proposições a respeito da participação do grupo familiar, em seus tratamentos. Com certeza, a situação política, econômica e social da época propiciou a construção de outros dispositivos de intervenção, que substituíam o grupo primário do paciente.

Enfim, a psicoterapia institucional é concebida como um conjunto de instituições, de mediações que combinadas, as quais formam um coletivo, uma rede significativa ou campo transferencial que produz efeitos psicoterapêuticos. Nesse Coletivo, no qual a instituição família pode ser incluída, as transferências seriam múltiplas e capazes de criar campos transferenciais, como:

1. A liberdade de circular;
2. Locais estruturados concretos: ateliers e serviços;
3. Contratos facilmente revisíveis de entrada e de saída;
4. Um acolhimento permanente dispondo de referências simbólicas e de mediações (OURY, apud FLEMING, 1976, p.48)

A psiquiatria de setor foi o segundo movimento de transformação da psiquiatria francesa que contestou a psiquiatria asilar. Ela enfocava as questões acerca da saúde e da doença mental, no sentido de criar uma instituição psiquiátrica democrática e participativa, não centrada no internamento, bem como de reinserir na sociedade a problemática não apenas da doença, mas também da saúde mental que, naquele momento, tinha sido apropriada pela psiquiatria (GALENDE, 1994).

Os precursores desse movimento foram vários psiquiatras progressistas, entre os quais Lucien Bonnafé, que, no pós-guerra, reivindicaram um projeto que fizesse a psiquiatria desempenhar sua função terapêutica, fora dos hospitais psiquiátricos.

Segundo Galende (1994), sua origem, advém de uma experiência realizada anteriormente (desde 1935), na República Espanhola, conhecida como “*As Comarcas Catalãs*”. Naquele momento, o Governo Autônomo da Catalunha criou um Conselho Psiquiátrico para estudar e propor soluções aos problemas da organização e funcionamento da psiquiatria. Esses territórios correspondiam às áreas geográficas e sociais das Comarcas. Essa experiência influenciou os psiquiatras da Clínica de Saint-Alban, responsável pelo o início da Psicoterapia Institucional.

Assim, surgiu a proposta de transferir a prática psiquiátrica do asilo para a população, aplicando nesse novo contexto uma pluralidade de intervenções terapêuticas. O objetivo dessas ações junto à população foi romper com a estrutura alienante dos hospitais psiquiátricos, bem como evitar a segregação e o isolamento do doente. As ações terapêuticas visavam a tratar o paciente no e com o seu próprio meio social. A internação seria apenas uma etapa transitória. O projeto se propôs construir uma rede de outras instituições que atendesse o paciente após a internação, dando continuidade ao seu tratamento e a sua progressiva ressocialização.

A experiência da psiquiatria de setor, iniciada na década de 1950, tornou-se a matriz da política oficial francesa, na década de 1960. O território francês foi dividido em zonas geográficas ou setores. Cada região ficou sob a responsabilidade de uma equipe composta de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros. Essas equipes tiveram à disposição várias instituições, para realizarem um trabalho de prevenção e tratamento das doenças mentais.

Dessa maneira, a Psiquiatria de Setor reconhece a família como participante do novo projeto de tratamento, embora não tenha explicitado quais seriam sua função e seus papéis. Além disso, as mudanças no funcionamento familiar, ocorridas na sociedade da época, constituíram-se como um dos obstáculos na concretização do projeto da Psiquiatria de Setor, como Política de Estado (LUZIO, 1999).

Nos Estados Unidos, o processo de reformulação da assistência psiquiátrica começou também na década de 1960, com a Psiquiatria Preventiva esse modelo teve na figura do psiquiatra Gerald Caplan seu principal idealizador. Caplan (1980) definiu a Psiquiatria Preventiva como um corpo de conhecimentos profissionais teóricos e práticos que podem ser

empregados para planejar e executar planos destinados a reduzir a incidência de transtornos mentais, em uma comunidade, por meio da prevenção.

A estratégia desse modelo de intervenção nas causas ou no surgimento da doença mental demarcou um novo território das práticas psiquiátricas voltadas para a saúde mental. Tal proposta previa recursos para o atendimento do paciente, desde seu diagnóstico precoce até a reabilitação.

O sistema de Saúde Mental foi organizado, então, em três níveis, primário, secundário e terciário, objetivando:

- reduzir a incidência de distúrbios mentais de todos os tipos em uma comunidade (atenção primária);
- reduzir a duração de um número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem (prevenção secundária);
- reduzir a deterioração que poderá resultar desses distúrbios (prevenção terciária) (CAPLAN 1990, p. 31).

Na atenção primária, predominaram as ações preventivas voltadas para toda a comunidade. O Estado passou a controlar a loucura, uma vez que assumiu a responsabilidade pelas ações preventivas, por intermédio de intervenções no espaço social, via rádio, TV, postos de atendimento, escolas, jornais, entre outros. Na atenção secundária e terciária, houve uma articulação dos serviços de saúde estatal com o setor privado. As ações desenvolvidas foram norteadas tanto pelo discurso organicista como pelo discurso psicoterápico.

A família, por um lado, passou a ser objeto das ações preventivas voltadas para orientação de como educar seus filhos e cuidar de seus membros. De outro lado, recebeu a prescrição de tratamento via psicoterapia familiar. Segundo Freire Costa (1989), o discurso preventivista, diferentemente do discurso organicista, reduziria o indivíduo e sua família, não apenas ao corpo, mas à massa. O discurso psicoterápico visaria à família e a sua normalização. Como tal, ele passou a ser o propagador do intimismo psicológico e normatizador social da família nuclear burguesa.

Em síntese, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva apenas estendem suas ações para as famílias dos portadores de transtornos psíquicos, ou seja, pacientes e familiares tornam-se objetos de intervenção tanto preventiva como curativa da psiquiatria, da psicologia e da assistência social.

Apesar de contemplar ações diversas e alternativas, como oficinas e clubes sociais psiquiátricos, não houve um questionamento quanto à forma de tratamento do paciente pela

instituição psiquiátrica, permanecendo a concepção organicista da doença mental, o hospital psiquiátrico e a lógica da tutela.

O preventivismo acarreta o aumento da demanda por serviços psiquiátricos, pois, a proposta de vigilância sobre as pessoas, a fim de prevenir uma doença futura, não prioriza o atendimento à população que mais necessitava de intervenção, como, por exemplo, os egressos de internações psiquiátricas.

Os ideais da Psiquiatria Preventiva foram difundidos no Brasil, sendo aprovado, em 1967, pelo Ministério da Saúde, o Plano da Campanha Nacional de Saúde Mental (PNSM), orientado pelas concepções do modelo da Psiquiatria Preventiva. Nas décadas de 1970 e 1980, tais ideais foram incorporados pelos currículos das instituições ligadas à área de saúde, subsidiando a implantação da equipe de saúde mental, nos serviços públicos (VERAS, 1991).

Além desses, dois outros movimentos ocorrem na Europa, no final dos anos 60, nos quais ganham espaços, os discursos não médicos sobre a loucura.

Na Inglaterra, destacou-se o movimento da Antipsiquiatria, fundado por um grupo de psiquiatras experientes em psiquiatria clínica e psicanálise. Esse movimento questiona as limitações do saber e práticas psiquiátricas, no tratamento da doença mental, mais especificamente da esquizofrenia, já que é no tratamento dessa patologia que se configura o maior fracasso das práticas psiquiátricas. A Antipsiquiatria busca, no âmbito teórico, o rompimento com o modelo assistencial vigente e a destituição do saber médico da explicação, compreensão e tratamento das doenças mentais (AMARANTE, 1995).

Na vertente da Antipsiquiatria, a loucura foi considerada um fato social e político ou uma reação ao desequilíbrio na relação familiar. A dinâmica familiar dos pacientes psiquiátricos foi abordada nas pesquisas de Laing e Cooper (1961), citados em Melman (2001). Eles associaram a psicose às estruturas de relacionamento familiar. Seus estudos demonstraram que a atuação da família se processava de forma organizada com outros agentes sociais, como por exemplo, os serviços psiquiátricos, que, juntos compunham um mecanismo de dominação.

As referências teóricas dos precursores da Antipsiquiatria abrangiam a fenomenologia e alguns filósofos existencialistas, como Kierkegaard, Heidegger e Sartre, além da obra de Michel Foucault, determinadas correntes da Sociologia e Psiquiatria Americana, notadamente a escola de Palo Alto, da Califórnia - e, em outro nível, a psicanálise e marxismo (FLEMING, 1976).

Laing, um dos autores da Antipsiquiatria, concebe a loucura como uma experiência de libertação, de renascimento, de defesa a um desequilíbrio social, mais especificamente da

família, portanto ela é normal e positiva. Para ele, é a humanidade e não a sociedade capitalista que deve ser questionada. A alienação, para ele, é uma condição do homem “*normal*” e a loucura compreende outras formas de alienação.

Cooper, outro precursor do movimento, enfatiza que existem, na sociedade burguesa, numerosas técnicas de invalidação social, as quais excluem e até mesmo exterminam certas minorias sociais. A família burguesa mediará a relação entre a classe dominante e as pessoas individuais, constituindo um instrumento de condicionamento ideológico comum a todas as sociedades norteadas pela exploração. Portanto, o núcleo familiar burguês é o meio gerador da loucura e a psiquiatria tradicional um aparelho de invalidação do discurso não conformista. Sua proposta de ação era um projeto de transformação social, que supunha a abolição da estrutura familiar e da relação familialista, nos locais de atendimento dos pacientes (FLEMING, 1976).

A Antipsiquiatria propõe a criação de um novo tipo de comunidade terapêutica, onde seria possível um diálogo entre a razão e a loucura, concebendo esta como entre os homens e não dentro do homem. Enfim, para Laing e Cooper, a criação desses espaços informais, espontâneos e não institucionalizados possibilitaria que cada paciente fizesse sua libertação pessoal. Eles também acreditavam que a generalização dessa libertação à escala microssocial, de muitos grupos de pessoas, conduzirá à transformação macrossocial (FLEMING, 1976).

Nesse sentido, a Antipsiquiatria acentuou a idéia de que o modelo de família vigente era responsável pela doença mental e, conseqüentemente, reafirmou a percepção do grupo familiar como responsável pela doença de seu membro e dificultador do tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Na Itália, ocorreu outra experiência radical de desinstitucionalização. Em 1961, Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Ali, introduziu um novo sistema de assistência, orientado no modelo de comunidade terapêutica, proposto por Maxwell Jones, na Inglaterra.

Basaglia realizou várias transformações, buscando a humanização do manicômio, a partir de ações na instituição em benefício do doente, para a retomada de sua dignidade e cidadania. Dentre elas, a extinção das medidas de contenção, a ênfase na relação equânime entre médico e paciente, por meio de reuniões, e de grupos organizados entre os próprios pacientes, para a discussão sobre a vida institucional.

Nesse primeiro momento, o processo de humanização do tratamento ao doente mental teve suas limitações. Apesar das mudanças, a lógica da segregação e da exclusão prevalecia, uma vez que as necessidades dos pacientes ultrapassavam as intervenções de caráter técnico.

Tal percepção, por parte da equipe, exigiu, além de uma redefinição dos papéis, a busca de alternativas que transpusessem os muros do manicômio, levando em consideração outras necessidades que lhes garantissem os direitos de cidadão, tais como, moradia, trabalho, lazer e convívio social, havendo ainda a necessidade de estabelecer alianças com entidades sindicais, políticas e sociais. Essa experiência finalizou em 1968, diante de um clima político-social não favorável, identificado pela recusa da Administração Pública em fechar o hospital, o que culmina no pedido de demissão da equipe.

No ano de 1971, Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste, e suas práticas transformadoras têm grande avanço, nos anos consecutivos, devido, em parte, ao envolvimento e apoio da comunidade e de ações políticas favoráveis. O resultado desse engajamento permitiu a desativação da instituição manicomial e a gradual reinserção dos pacientes, na sociedade.

O fim dos manicômios exigia propostas alternativas voltadas para o interesse da saúde da comunidade. Foram criados os Centros de Saúde Mental, em diversas regiões da cidade, montadas equipes responsáveis pela reinserção das pessoas na comunidade e a assistência a novos casos foi organizada por setores fixos, em uma área geográfica limitada, em que residiam os pacientes, denominada território. Assim, a equipe assistia o paciente desde sua admissão no serviço, procurava atender a suas necessidades individuais, favorecer sua inserção na sociedade, valorizando sua subjetividade, sua história de vida e suas relações interpessoais. A participação da família, nesse processo, não era um pré-requisito.

Basaglia destaca que,

[...] enquanto uma pessoa está vivendo num hospital, criam-se contradições espantosas dentro da família. A família se organizou de outra maneira independentemente dessa pessoa. O pai ou a mãe encontram outros companheiros, os filhos não se lembram mais da mãe ou do pai. Então essa pessoa, agora totalmente estranha ao grupo familiar, volta para essa família. [...] O que devemos fazer? Podemos recriar de novo a família? Nosso problema é encontrar uma solução de vida para essa pessoa. Não mais no grupo familiar, mas no grupo social [...] (BASAGLIA, 1982, p.30).

A aprovação da Lei 180, em 1978, pelo Parlamento Italiano, resulta de um esforço conjunto de trabalhadores de saúde mental, partidos políticos, sindicatos e usuários de saúde mental, grupo que programava a supressão dos hospitais psiquiátricos e previa a integração da psiquiatria em uma reorganização dos serviços de saúde.

Rotelli et al, (1990) ressaltam, como pontos centrais da Lei 180, a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos e o estabelecimento de diretrizes para sua

desocupação gradual; o atendimento à população, no território, com estruturas de apoio, dentre as quais as enfermarias psiquiátricas em hospital geral, com tempo máximo de permanência determinado; abolição de periculosidade social do doente mental, as tutelas jurídicas, a internação e o tratamento sob coação, preservando assim os direitos civis, sociais e ao tratamento.

Os princípios da Psiquiatria Democrática modificaram a forma de concepção do doente mental. A saúde e a doença tornaram-se fenômenos histórico-sociais, fundados na realidade política dos sujeitos sociais. Por conseguinte, é preciso valorizar a história de vida do usuário e reconhecer suas potencialidades, bem como romper com o paradigma hegemônico e organicista. “A ênfase não é mais colocada no processo “cura”, mas no projeto de invenção de saúde e de reprodução social do paciente” (ROTELLI, et al., 1990, p.31)

Basaglia reconhecia parcialmente o papel da família na determinação do sofrimento psíquico. Para ele, o grupo familiar constitui-se uma estância reprodutora de relações de poder, mas não é a única, uma vez que outras instituições da sociedade dividem com a família tal função. Como ressaltamos acima, a família poderia ou não se corresponsabilizar no processo terapêutico do paciente, entendido como “tomar encargo”, de fazer-se responsável no ato de cuidar de uma pessoa, de maneira a não abandonar o paciente, em nome de sua liberdade abstrata, nem tampouco impor-lhe objetivos pré-constituídos (ROTELLI, et al., 1990).

A substituição do manicômio por vários serviços abertos e regionalizados busca atender às necessidades dos usuários, em seu contexto social. Na falta do grupo familiar de origem, outro grupo social da comunidade e a equipe de referência participam na construção de alternativas para garantir a nova meta do tratamento. Ou seja, garantir a emancipação terapêutica do sujeito, sua reinserção social, enfim viabilizar um processo “de reconstrução, um exercício pleno de cidadania e também de plena contratualidade no cenário das relações familiares, da rede social e do trabalho com valor social” (SARACENO, 2001, p. 17).

Em síntese, a experiência italiana promoveu um confronto com o hospital psiquiátrico, com o modelo da comunidade terapêutica inglesa e com a política de setor francesa. Porém, manteve o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade, neles presente.

Rosa (2003) faz importantes apontamentos sobre a participação da família, na atenção do portador de sofrimento psíquico, após a Segunda Guerra Mundial. A autora analisa que, até a década de 1970, ao iniciar os movimentos de retirada dos pacientes dos manicômios e a organização de um sistema de atenção extra-hospitalar, a família passou a ser percebida em

sua dinâmica interna, responsabilizada pela produção e manutenção da doença mental, visto que sua organização, marcada pelo autoritarismo e simbiose, impede os processos de individualização. A família, nesse período, tornou-se igualmente paciente e objeto de intervenções terapêuticas. No final da década de 1970, as transformações políticas, econômicas e sociais advindas do avanço do projeto neoliberal modificam e tornam complexa a relação da família e o portador de sofrimento psíquico.

Coexistem ou articulam-se várias perspectivas teóricas para melhor lançar luzes sobre essa relação que envolve várias nuances. Socialmente, no cerne da valorização da solidariedade e da parceria comunitária, a família é revalorizada como lugar de cuidado e de afeto. Todavia, este grupo passa por intensas transformações em sua organização interna, que se não impedem, dificultam o provimento de cuidado no espaço doméstico (ROSA, 2003, p. 344).

No Brasil, as discussões da desinstitucionalização psiquiátrica começaram nos anos de 1970, propondo-se a mudança do tratamento psiquiátrico, baseado na internação hospitalar para alternativas de atendimento na comunidade (DALGALARRONDO; GATTAZ, 1992; MENEZES; MANN, 1996). Todavia essa política não foi implementada. De fato, o que aconteceu foi uma diminuição mais acelerada dos leitos psiquiátricos públicos, em comparação com os privados, não havendo uma correspondente implantação de serviços alternativos na comunidade, nem um aumento significativo de unidades psiquiátricas em hospitais gerais para suprir a demanda (BOTEGA; SCHETCHMAN, 1997; LIMA; TEIXEIRA, 1995). Os pacientes dos hospitais públicos não passaram a ser atendidos nos centros comunitários, mas transferidos para clínicas conveniadas, em um processo de transinstitucionalização.

Nos anos 70, assistiu-se a um aumento de internações por neuroses, sobretudo na rede contratada, através de um incremento no financiamento de convênios firmados pelo INPS com clínicas privadas (ANDRADE, 1992). Em 1997, a grande maioria dos leitos psiquiátricos, tanto do Brasil como do Estado do Rio de Janeiro, é privada e filantrópica, correspondendo a 77,8% e 72%, respectivamente (BRASIL, 1997).

1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E SUAS REPERCUSSÕES NAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL

A assistência psiquiátrica, no Brasil, fundamentou-se em suas origens no modelo hospitalocêntrico, sendo a atenção aos portadores de doença mental orientada pelo critério da exclusão social, a exemplo do que acontecia nos demais países (MIRON, 1993). Tal assistência seguia os modelos de tratamento da loucura, desde o nascimento da psiquiatria como ciência médica, em 1793, que teve em Pinel seu fundador, ou seja, a internação em hospitais psiquiátricos.

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro foi inaugurado em 1852, com o nome de Hospício D. Pedro II, o qual, após a instauração da República, passou a chamar-se Hospital Nacional dos Alienados. O tratamento era centrado no recurso medicamentoso, tendo no médico psiquiatra o único profissional de referência.

Na década de setenta do século XX, as experiências de desinstitucionalização que estavam ocorrendo em alguns países da Europa, abordadas no item anterior, chegam ao Brasil. O país, governado dentro do regime militar, enfrentava uma grave crise econômica que repercutia em diversos âmbitos da sociedade, mobilizando a retomada dos movimentos sociais e do movimento sanitário, que almejavam a democratização da saúde e, em uma maior amplitude, a democratização da sociedade, conforme salienta Yasui (1999):

[...] foi no contexto de uma grave crise econômica, que aprofundou as contradições urbanas, expondo a fragilidade do Estado em dar respostas às carências sociais, que os movimentos sociais organizaram-se, partindo de questões cotidianas básicas como transporte urbano, custo de vida, saneamento básico e saúde [...] esses movimentos possibilitaram a seu ator principal, a população da periferia das grandes metrópoles ser um sujeito de prática social, de ação coletiva: ser, enfim, um sujeito histórico fundamental na construção da cidadania. (YASUI, 1999, p. 41-42).

Amarante (1995) situa o denominado *início do movimento da reforma psiquiátrica* entre os anos de 1978 e 1980, identificando diversos atores que militaram nesse movimento. Destaca a importância do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), citando o conhecido episódio da “Crise da DINSAN” (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pelo Subsetor Saúde Mental. Essa crise, deflagrada pela denúncia de médicos bolsistas sobre as irregularidades da unidade hospitalar Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, mobiliza outros profissionais e é apoiada pelo

Movimento de Renovação Médica (REME) e pelo CEBES. Com caráter trabalhista e humanitário, todos impulsionam o movimento e o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

A união dessas instituições e os questionamentos levantados por seus representantes, juntamente com o Ministério da Saúde, desencadeiam movimentos centrados na discussão da função não terapêutica dos hospitais psiquiátricos. São realizadas denúncias quanto às condições precárias em que viviam os pacientes, nas instituições asilares, gerando igualmente a mobilização dos familiares dos pacientes.

Concomitante ao movimento da Reforma Psiquiátrica, transcorria o processo de instauração do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, em 1986, é realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que debate três temas básicos:

1- A saúde como direito da população e a responsabilidade do Estado em proporcionar condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde;

2- A Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, que resulta no SUS e institui a universalização, descentralização, integralização, regionalização e hierarquização dos serviços;

3- O financiamento do Setor, estabelecendo as responsabilidades nos níveis Federal, Estadual e Municipal.

Luz (1994) afirma que a reforma sanitária assume o papel de viabilizador de uma política de saúde inédita, cujo lema – “Saúde, direito da cidadania, dever do Estado” – propõe uma visão diferente da tradicional, que identificava saúde como ausência de doença. Nessa perspectiva, o processo de construção da saúde deixa de ser um elemento dentro de uma relação centrada apenas na relação médico-paciente (e, mais particularmente, da identificação da doença e da sua “cura”), transitando para uma compreensão ampla que envolve todo um planejamento social. Não é apenas o médico que, ao receitar um remédio, busca promover a saúde. Mas, a sociedade civil organizada, os familiares e os usuários são partícipes de um processo amplo de construção de adequadas redes de assistência sanitária e, em última instância, a saúde passa a ser função de todas essas ações.

No âmbito da saúde mental, iniciam-se experiências inovadoras em alguns municípios do Estado de São Paulo. Uma dessas experiências é a inauguração, em março de 1987, do CAPS, “Centro de Atenção Psicossocial Luiz da Rocha Cerqueira”, considerado modelo para a política de saúde mental, que viria a ser reproduzido em outros municípios (LUZIO, 2003; YASUI, 1999).

1.4 O PERCURSO DA IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL, AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL E A PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS E FAMILIARES NESSE PROCESSO

As discussões e questionamentos sobre a reformulação do modelo de assistência em saúde mental levam, em junho de 1987, à 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que, seguindo os princípios da 8ª Conferência, com relação à implantação de um Sistema Único de Saúde, propõe a organização de um sistema extra-hospitalar para tratamento da doença mental e reafirma o trabalho da equipe multiprofissional, como estratégia para a desospitalização (BRASIL, 1988). Isso suscita discussões sobre a cidadania do doente mental e, em seu relatório final, propõe ao poder público a responsabilidade pela fiscalização do tratamento dos pacientes em hospitais psiquiátricos, a internação como um ato não obrigatório, envolvendo nesse caso a defensoria pública, comissões multiprofissionais e setores da sociedade que, conjuntamente, definiriam o caráter da internação e a revisão quanto ao tempo de internação.

Neste mesmo período, em 1987, tem-se o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru, com a participação de trabalhadores, usuários e familiares, além de outros setores da sociedade. Esse encontro apontou, em seu relatório final, críticas ao modelo orientador das práticas substitutivas à internação psiquiátrica, vigente na época. Na ocasião, foi criado o Movimento da Luta Antimanicomial, cujo lema era “Por uma Sociedade sem Manicômio” e para o qual, finalmente, foi instituído o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, com o objetivo de articular os demais segmentos da sociedade em torno dessa causa.

A proposta destacava, como locais, os centros, núcleos de apoio e hospital-dia e reafirmava também o papel do Poder Judiciário de guardião dos direitos de cidadania dos doentes mentais.

Em um cenário mais amplo, as Organizações Pan-Americana e Mundial de Saúde (OPAS/OMS) organizavam uma Conferência Regional para discutir a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, no contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), cujo documento final recebe a denominação de “Declaração de Caracas”. Esta trazia recomendações quanto à reestruturação da assistência psiquiátrica, que implicavam a revisão

da hegemonia do hospital psiquiátrico, na prestação de serviços, os recursos, cuidados e tratamento orientados por critérios tecnicamente adequados, com vistas a garantir a dignidade, os direitos civis do paciente e proporcionar sua convivência no meio social. Em relação à legislação, os países deveriam garantir o respeito aos direitos humanos e civis do doente mental e promover a organização de serviços comunitários. Nesse documento é igualmente enfatizada a necessidade de capacitação de recursos humanos, em consonância com o novo modelo, que priorizava o atendimento em serviços de saúde comunitário e internações psiquiátricas em hospitais gerais.

A aprovação da Lei 8080 (19/09/1990), que consolidou o SUS, representou um significativo avanço não só para a saúde mental, mas para a saúde, em geral. Essa Lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990).

No cenário mundial, a Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), no final do ano de 1991, adota os “Princípios para a proteção da pessoa com enfermidade mental e os relativos à assistência à saúde mental”. São assegurados os direitos básicos do doente mental, em relação à assistência à saúde, direito de voto e administração de seus bens, comunicação com pessoas dentro e fora da instituição, liberdade de religião ou crença e o direito à privacidade.

A Portaria SNAS 224/92 (19/12/1992) normatiza o atendimento em saúde mental, no SUS, traz diretrizes para o tratamento nos serviços de saúde mental e regulamenta os serviços já existentes na época, enfatizando a inserção da família nos atendimentos (BRASIL, 1992). Essa portaria, conforme enfatiza Luzio (2003), continha algumas limitações, dentre as quais a de igualar e reduzir a apenas uma modalidade de serviço as experiências do CAPS e do NAPS, distintas com relação às inspirações teórico-conceituais e técnico-assistenciais. Ambos os serviços, conforme a autora, foram credenciados como “procedimento CAPS/NAPS”, não havendo menção na portaria aos serviços substitutivos. As normas atuais do CAPS são as portarias 336/02 e 189/02 (BRASIL, 2002 a; BRASIL, 2002 b.)

As Conferências Nacionais de Saúde Mental, realizadas após a instituição do SUS, exerceram um papel fundamental na aprovação da legislação e na elaboração das políticas públicas em saúde mental.

A II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM) proporcionou um avanço significativo na implantação do SUS, versando sobre o tema *A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: Modelo Assistencial e Direito à Cidadania* (BRASIL, 1994). Mobilizou, assim como a (I CNSM), uma ampla participação de usuários e familiares, em suas

etapas municipais, estaduais e nacional. O tema é exaustivamente discutido por usuários, famílias, trabalhadores de saúde mental, representantes de universidades, do Ministério da Saúde e do setor privado conveniado. Além de aprofundar as críticas ao modelo hegemônico, formaliza o esboço de um novo modelo assistencial, cuja diversidade atingia não só conceitos, valores e estrutura da rede de atenção, mas também a forma de lidar com pessoas com a experiência de transtornos mentais, tendo em vista seus direitos de cidadania.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), sob o título de “Cuidar sim. Excluir não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”, agrega ao tema proposto pela Organização Mundial de Saúde, no ano de 2001, o local, indicando ética e comprometimento com o direcionamento da atenção psiquiátrica e a organicidade com a construção do Sistema Único de Saúde. A participação popular foi significativa, em suas diversas etapas, de sorte que a família, como nas demais conferências, participou junto aos usuários e trabalhadores. Os debates foram organizados em torno dos subtemas: recursos humanos, controle social e acessibilidade, direitos e cidadania (BRASIL, 2001). Nesse contexto, as plenárias estaduais e municipais reafirmam a construção dos serviços substitutivos e salientam a necessidade de inclusão e de ações também dirigidas aos familiares. A partir desse momento, a participação da família é elencada como fundamental para a efetivação do processo da Reforma Psiquiátrica, sendo incluída na rede de cuidados.

A repercussão da II e III conferências, no movimento da Reforma Psiquiátrica, é a aprovação de diversas Leis que garantem o redirecionamento das Políticas Públicas em Saúde Mental, sendo relevantes conquistas obtidas nos campos assistencial, jurídico e cultural. As iniciativas e as experiências enfatizaram a viabilidade da substituição do hospital psiquiátrico e elencaram a importância da família para a efetivação dessa proposta.

Assim, neste trabalho, é pertinente citar as Leis que mais repercutiram nesse sentido.

A aprovação da Lei nº 10.216 de (06/04/2001), antigo projeto de Lei nº 3.657 do deputado Paulo Delgado, que propunha a substituição dos leitos psiquiátricos por outras modalidades de assistência, foi uma expressiva conquista, no plano da saúde mental (BRASIL, 2001). A Lei regulamenta a internação psiquiátrica compulsória e reitera a necessidade de uma legislação específica para a saúde mental, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, sendo a família concebida como parceira fundamental para a efetivação da proposta. Cabe salientar que essa Lei foi aprovada, após doze anos de tramitação no Senado e

no Congresso Nacional, com alterações no projeto original, no que concerne à garantia perante a lei quanto à não expansão de leitos psiquiátricos no setor público.

A lei modifica antigas concepções a respeito do tratamento de saúde a pacientes com transtornos mentais, ao incluir, em seu texto, que a promoção da saúde nesses casos é, sim, papel do Estado, porém, em conjunto com outros setores da sociedade e, sobretudo, da família.

Art. 3º - É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

E, dentro da perspectiva da desinstitucionalização, busca indicar que os pacientes, há muito hospitalizados, deverão receber atendimento específico na busca por sua alta e recuperação.

Art. 5º - O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

A Portaria 336/02 define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, dando ênfase à reabilitação e reinserção social de seus usuários. Nas normas de atendimentos oferecidos nos CAPS, constam estratégias para inserção da família no tratamento, em atendimentos individuais, grupais e visitas domiciliares.

Outra portaria fundamental, aprovada também no ano de 2002, foi a 189/02, que institui uma nova sistemática de financiamentos, inclui na tabela de procedimentos do SUS os que podem ser cobrados pelo CAPS e estabelece os procedimentos para o cadastramento de CAPS junto ao Ministério da Saúde. É considerada uma portaria importante para os gestores e trabalhadores em saúde mental.

São aprovadas ainda, no percurso da Reforma Psiquiátrica, Leis que favorecem a reinserção do portador de sofrimento psíquico na família, a partir de auxílio financeiro. A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8742 de 07/12/1993, dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Essa Lei garante, por intermédio de auxílio

financeiro, a habitação e a reabilitação das pessoas portadores de deficiência e a promoção de sua integração na vida comunitária. A Lei nº 10.708, de 31/07/2003, denominada *Programa de Volta para Casa*, institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes egressos de longas internações psiquiátricas, para a assistência, acompanhamento e integração fora da unidade hospitalar.

Diante do atual cenário das Políticas Públicas em Saúde Mental, percebemos a potência do Movimento da Reforma Psiquiátrica enquanto agente viabilizador do processo de desinstitucionalização do portador de sofrimento psíquico, a retomada de sua dignidade, cidadania e do tratamento humanizado, nos serviços substitutivos. Identificamos, em acréscimo, o protagonismo das famílias que se uniram e levantaram essa bandeira de luta e conquistaram o direito de participar ativamente das decisões sobre o tratamento de seus membros e de serem inseridas na rede de cuidados.

Rosa (2003), no entanto, ressalta que a proposta feita pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica difundiu-se de forma difusa, no Brasil, considerando a coexistência de diversos tipos de família e as influências das mudanças econômicas, jurídicas, políticas, culturais e demográficas. A organização interna da família também sofreu alterações, dentre as quais a diminuição do grupo familiar, a inserção do trabalho feminino, no sistema capitalista, e o envelhecimento da população, repercutindo quanto à disponibilidade das pessoas em oferecerem o cuidado, no ambiente doméstico. Em relação aos modelos de assistência, a autora afirma que coexistem os fundamentados no modelo hospitalocêntrico com os modelos dos novos serviços, permanecendo a hegemonia do modelo asilar, na relação com os usuários.

O provimento do cuidado ao portador de sofrimento psíquico constitui um campo de forças que articula enorme complexidade, o serviço público em geral encontra-se em crise com o usuário, tendo em vista que reforçam o cidadão passivo ao massificar, padronizar e burocratizar a produção e a efetivação dos serviços prestados e ignoram as necessidades dos usuários e de seus familiares em termos temporais de qualidade e de quantidade dos serviços. (ROSA, 2003, p. 346).

Portanto, cabe aos profissionais de saúde mental pensar em estratégias de acompanhamento dessas famílias, atentando para sua possibilidade de cuidado, na singularidade do contexto familiar. Além disso, é fundamental ao profissional refletir sobre sua prática, para não repetir o exercício da tutela.

2. METODOLOGIA

Para realização deste estudo, nós nos aportaremos na metodologia da pesquisa bibliográfica na abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica propõe, para o desenvolvimento de um trabalho científico, a utilização de obras já publicadas sobre o tema proposto, e a abordagem se ancora em diferentes bases disciplinares, metodológicas e paradigmáticas, formando um conjunto de atividades interpretativas. Apesar da diversidade das abordagens qualitativas, existe o propósito comum de analisar o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas.

Segundo Deslandes e Gomes (2004), as metodologias qualitativas têm buscado contribuir, ao lado de outros saberes, com uma abordagem um pouco mais inclusiva da complexidade que constitui o objeto saúde, na medida em que, ao se pesquisar os diferentes significados atribuídos ao adoecer, ao ato de cuidar e ao estar saudável, pode-se construir pontes para uma ação dos serviços e dos seus agentes que seja mais pautada no diálogo e no reconhecimento das distintas lógicas culturais que orientam as ações em saúde, e por que não dizer, em saúde mental.

Os dados foram obtidos por meio de pesquisa na base de dados LILACS, empregando-se as palavras: *saúde mental*, *doença(s) mental(s)*, *transtornos mentais* e *família(s)*, de 1990 a 2007, em idioma português. A escolha desse período considera as repercussões do movimento da Reforma Psiquiátrica nas Políticas Públicas em Saúde Mental e as mudanças no cenário político governamental, entre os períodos 1990-1994; 1995-1998; 1999-2002; 2003-2007 até os dias atuais.

Foi realizada a leitura dos resumos dos trabalhos científicos, que totalizaram 751 referências, excluindo-se os estudos cujos assuntos se relacionavam a drogas na adolescência, transtornos alimentares, deficiência mental, transtornos mentais na infância, HIV, violência, questões de gênero e trabalho, por estarem associados a temas nos quais a participação e a relação familiares, em conjunto com internações psiquiátricas, são menos frequentes, bem como não se identifica a necessidade de cuidados intensivos. Dessa seleção, resultaram para a análise 328 estudos, tratando de temas em que a família aparece ligada a alcoolismo, drogas, transtornos mentais em adultos a partir dos 18 anos, idosos e saúde da família. Além dos estudos, encontramos as publicações das Políticas Públicas em Saúde Mental, que apontam para 8 Leis Federais, 61 Portarias e 7 Resoluções.

Os trabalhos científicos foram classificados em artigos, livros e capítulos de livros, teses e dissertações, anais de congressos e legislação. A produção científica e a legislação foram agrupadas, levando-se em consideração o período político que o país vivenciava.

Posteriormente, foram excluídas as categorias de publicação, livros e anais de congresso, o que totalizou 299 trabalhos publicados em artigos, dissertações e teses. Em seguida, esse total de publicações foram classificadas em: pesquisas empíricas, estudos teóricos e relatos de experiência. Selecionamos apenas os trabalhos classificados como artigos, que totalizaram 243. Realizamos também uma classificação dos artigos por área de especialidade.

Na sequência, dos 243 artigos, fizemos outro recorte, escolhendo aqueles cujos conteúdos se reportassem aos temas da Desinstitucionalização, Reforma Psiquiátrica, Inclusão Social, Reabilitação Psicossocial, Serviços Substitutivos em Saúde Mental, Programa Saúde da Família, Atenção Básica, dificuldades da família do portador de sofrimento psíquico e abordagens realizadas com respeito à família, que totalizaram 121 artigos.

Foi feita a leitura desses artigos, identificando-se os objetivos, temas abordados, referências à família, aos serviços e abordagens da família, que resultaram nas categorias temáticas para discussão, além de se construir uma análise da produção científica dentro de determinado período governamental, os tipos de publicação e as especialidades pelas quais os textos foram indicados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise da produção científica é descrita na sequência, de acordo com os objetivos da pesquisa.

3.1 CLASSIFICAÇÕES DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ARTIGOS, TESES E DISSERTAÇÕES, LIVROS E CAPÍTULOS DE LIVROS E ANAIS DE CONGRESSOS, CONSIDERANDO TIPOS DE PUBLICAÇÃO, ANO E PERIÓDICOS, POR ÁREA DE ESPECIALIDADE

Tabela 1 - Distribuição frequencial e percentual dos estudos, por tipo de publicação, sobre o papel das famílias no modelo da atenção psicossocial

Tipos de publicação	Números	%
Artigos	243	74,08
Teses/Dissertações	56	17,07
Livros/Capítulos	23	7,01
Anais de congressos	06	1,83
Total	328	100

Há uma predominância de publicações de artigos, seguida de teses e dissertações, livros e capítulos de livros e anais em congressos.

Tabela 2 - Distribuição frequencial das publicações de artigos, teses e dissertações sobre o papel da família, no modelo da atenção psicossocial, nos períodos governamentais de 1990-1994, 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2007.

Ano	Artigos	Teses e Dissertações	Livros e Capítulos	Anais de Congressos	Totais
1990 a 1994	31	4	8	3	46
1995 a 1998	31	12	3	0	46
1999 a 2002	66	23	6	2	97
2003 a 2007	115	17	6	1	139
Total	243	56	23	6	328

Observamos, na Tabela 2, o aumento gradativo da produção científica que aborda a questão da família do portador de sofrimento psíquico. Segundo os dados dessa tabela, de 1990 a 1994 e 1995 a 1998 a produção total foi semelhante, somando 46 publicações em cada período. Notamos o predomínio da publicação de artigos - 31 -, em ambos os períodos. No período de 1990 a 1994, ocorreu um aumento superior da publicação de livros e capítulos - 8 -, quando comparados ao período de 1995 a 1998 - 3. Quanto à publicação de teses e dissertações, o período de 1995 a 1998 superou o anterior, com 12 publicações.

De 1999 a 2002, percebe-se aumento significativo da produção de artigos, saltando para 66, circunstância que também se verificou na produção de teses e dissertações, que resultou em 23 publicações.

No período consecutivo, 2003 a 2007, a produção de artigos manteve-se crescente, totalizando 115 publicações. Houve diminuição pouco significativa, em relação ao período anterior - de 23 para 17 - das publicações de teses e dissertações.

Na totalização de todos os períodos, notamos o predomínio da publicação de artigos - 243 -, e de teses e dissertações - 56 -, comparados a livros e capítulos e anais de congressos.

Tabela 3 - Distribuição frequencial dos tipos de estudos descritos nos artigos, teses e dissertações sobre a família de 1990-1994, 1995-1998, 1999-2002 e 2003-2007.

Tipos de publicação	Empíricos	Teóricos	Relatos de Experiência	Total
Artigos	122	76	45	243
Teses/Dissertações	43	08	05	56
Total	221	84	50	299

De acordo com os dados da Tabela 3, há o predomínio das publicações nos artigos das pesquisas empíricas - 122 - comparativamente aos estudos teóricos - 76 - e relatos de experiências - 45 -, o que se mantém na publicação de teses e dissertações.

É possível identificar, neste estudo, que a partir do Movimento da Reforma Psiquiátrica, notadamente após 1990, a família passou a ocupar destaque na produção científica e nas políticas públicas de saúde mental, isto é, tornou-se parceira nas ações de cuidado e agente de transformação do modelo psiquiátrico tradicional. A produção científica, em consonância com o novo modelo de assistência ao portador de sofrimento psíquico, tem

abordado a questão da família, porém com maior ênfase nas pesquisas, já que as questões relacionadas à prática são ainda incipientes.

Tabela 4 - Classificação frequencial e percentual das revistas de publicação dos artigos, por área especialidades

Revistas p/ especialidade	Números	%
Enfermagem	74	30,45
Psiquiatria	70	28,80
Saúde, Saúde Pública e Saúde Coletiva	40	16,46
Psicologia	27	11,11
Diversas especialidades médicas	18	7,41
Outras	14	5,76
Total	243	100

As revistas que publicaram maior número de artigos, conforme Tabela 4, são da especialidade Enfermagem (30,45%), seguida pela Psiquiatria (28,80%), Saúde, Saúde Pública e Saúde Coletiva (16,46%), Psicologia (11,11%), especialidades médicas (7,41%) e outras (5,76%).

Na análise das publicações, notamos que determinadas categorias profissionais publicam mais que a psicologia. Talvez, se realizarmos outros cruzamentos, seria possível supor que a psiquiatria e a enfermagem estão ligadas às mudanças que vêm ocorrendo no modelo de assistência, cuja ênfase ainda permanece centrada no médico. Nesse modelo, a psiquiatria encontra-se em um momento singular, pois sua prática tem sido questionada cada vez mais, o que estimula à produção de novos saberes e práticas, recebendo para tanto o incentivo da indústria farmacêutica. A enfermagem por sua vez, dá sustentação à prática médica sendo dessa forma também instigada à produção. Podemos imaginar que o incentivo da indústria farmacêutica não está apenas ligado a produzir mudanças, mas também a favorecer a expansão de diagnósticos psiquiátricos para a população e a medicalização, de preferência com o aval da família.

Cabe salientar ainda que, nos moldes do Programa Saúde da Família, a inserção do psicólogo se deu timidamente, pois tal especialidade profissional não era integrante das equipes matriciais. A inserção do psicólogo de maneira efetiva, no PSF, ocorreu em 2008, a partir da Portaria GM nº 154 (24/01/2008), que regulamenta o Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (BRASIL, 2008), o que tem motivado a criação e desenvolvimento de práticas terapêuticas voltadas ao contexto familiar.

3.2 A PRODUÇÃO CIENTÍFICA E SUA RELAÇÃO COM A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Com a implantação do SUS, foi criado um novo arcabouço jurídico das leis, coincidindo com os períodos políticos de 1990 a 1997, quando houve um significativo avanço nas políticas públicas de saúde e a efetivação da saúde mental enquanto política pública.

Inicialmente, agrupamos os dados referentes aos períodos de 1990 a 1994, 1995 a 1998, 1999 a 2002 e 2003 a 2007, coincidentes com os vários governos federais. Os resultados se encontram na Tabela 5, seguidos da repercussão de tais mudanças, na produção científica analisada.

Tabela 5 - Classificação frequencial e percentual da produção científica e legislação em saúde mental, nos períodos políticos de 1990 a 1994, 1995 a 1998, 1999 a 2002 e 2003 a 2007.

Períodos	Produção Científica	%	Legislação em Saúde Mental	%
1990 a 1994	46	14,02	13	17,10
1995 a 1998	46	14,02	01	1,31
1999 a 2002	97	29,57	27	35,53
2003 a 2007	139	42,38	35	46,05
Total	328	100	76	100

No período de 1990 a 1994, houve mudança no governo, sendo o primeiro a ser eleito pelo povo, após a ditadura militar. Esse governo, que introduziu as reformas neoliberais no Brasil, pode ser dividido em duas etapas: a primeira, marcada por tentativas de combate à hiperinflação, confisco das contas-correntes e poupanças e denúncias de corrupção. Na sua segunda parte, após “impeachment” do Presidente, assume o vice, que procurou compor um governo de coalizão de vários partidos políticos, convidados a formar seu ministério. Para resolver os problemas da economia nacional, deu-se nesse período a implantação do Plano Real, que resultou na queda da inflação.

No cenário da saúde, a partir de 1990, criou-se a Lei Orgânica da Saúde, ou seja, a Lei nº 8080, que institui o Sistema Único de Saúde, dispôs sobre as condições para a promoção,

proteção e recuperação da saúde e o funcionamento dos serviços correspondentes. Em 1991, o Ministério da Saúde instaurou oficialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), embora frágil, essa iniciativa culminou em uma retomada da busca pela universalização do direito à saúde, no Brasil.

No ano de 1994, por determinação da Portaria nº 692 (BRASIL, 1994), é instituído o Programa Saúde da Família (PSF), cuja finalidade é realizar atenção primária à saúde em integração com a comunidade, com vistas a intervir precocemente para a manutenção da saúde do usuário, enfatizando nessa proposta a prevenção e educação em saúde. A proposta do PSF demonstra a importância dada à família, quanto à saúde, podendo ser considerada um marco da atenção à saúde, na comunidade.

A formação das primeiras equipes de Saúde da Família, que ampliou e incorporou a atuação dos agentes comunitários, possibilita-nos a inferência de modernização dos conceitos de saúde coletiva e uma evolução na visão de estratégias públicas, em que o velho paradigma hospitalocêntrico é quebrado e as linhas orientadoras agora visam à prevenção, à participação e ao controle da população sobre as ações públicas, tendo em vista a proximidade que o programa propicia.

Na saúde mental, aconteceram as primeiras experiências de implantação de serviços substitutivos. Nesse contexto, encontramos um total de 46 publicações, já demonstradas mais detalhadamente na Tabela 2 (p. 47).

A legislação relacionada à saúde e saúde mental totalizou 13, somando-se 3 Leis Federais, 7 Portarias e 3 Resoluções. São consideradas importantes, neste estudo, na questão da saúde, além da Lei 8080, as Leis 8142 de 28/12/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, a Lei 8742 (p. 43) e a Portaria n. 692.

No que concerne à saúde mental, podemos citar como as mais significativas, com relação à inclusão da família do portador de sofrimento psíquico, a portaria SNAS 189/91 (19/11/1991), que institui uma nova sistemática de financiamento e inclui na tabela do SUS os procedimentos cobrados pelo CAPS, e a SNAS 224/92 (29/01/1992), que disciplina acerca dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, em seus principais ensinamentos, contemplando os aspectos à: universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; e determinando, que os serviços necessitam efetivar o oferecimento de uma diversidade de métodos e técnicas, de modo a abranger o atendimento assistencial; a multiprofissionalidade, a participação social com foco na relevância na formatação de políticas de saúde mental, assim como o controle social.

A portaria mantém, segundo Moreno e Alencastre (2003), a definição de que os órgãos gestores locais atuem como principais atores pela complementação do conteúdo desse documento e pelo controle da avaliação dos serviços prestadores. Com relação aos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS), eram previstas, no atendimento da família, atividades que objetivassem a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social.

Em 1995, tem-se nova mudança de governo, pela qual o Presidente eleito democraticamente foi o primeiro a exercer dois mandatos consecutivos, levando o país a ingressar na era das reformas neoliberais de forma mais consequente. Esse período foi marcado pela administração do Plano Real, introduzido no governo anterior. Algumas das marcas do período político de 1995 a 2002, que abrangeu os dois mandatos, foram as privatizações das estatais, o aumento das taxas de desemprego, a atuação significativa do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), na questão fundiária, e o destaque no fortalecimento do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL), formado por Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai, na questão internacional.

Na saúde, importantes conquistas foram registradas, quanto aos recursos financeiros para o setor, dentre as quais podemos citar a aprovação, em 1996, da legislação da Norma Operacional Básica (NOB 01/96), que define um novo modelo de financiamento da atenção básica à saúde. Nesse período político, ocorreu ainda, na área da saúde, o lançamento do projeto Reforço a Reorganização do SUS - REFORSUS (1997), sendo um financiamento para implementar e impulsionar os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para a Saúde da Família e projetos de financiamento (BRASIL, 1997).

A produção científica (conforme Tabela 5 p. 50), no primeiro mandato (1995 a 1998), resultou em 46 publicações. Na legislação em saúde mental, houve queda significativa na produção, porque foi aprovada apenas uma Lei Federal, a nº 2632 (19/07/1998), que dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas e dá outras providências. No segundo mandato, de 1999 a 2002, houve aumento das publicações para 97 e, da legislação para 27.

Dentre a produção de legislação desse período relacionadas à questão da saúde mental, destacamos a Lei nº 10.216, sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionando o modelo da assistência e prevendo a inclusão da família.

Após uma década, e desde a implantação dos serviços diários, a Portaria GM 336/02 direciona a atualização da Portaria 224, mantendo estáveis as modalidades de serviços dos centros de atenção psicossocial (CAPS), de acordo com as particularidades de cada uma e com as seguintes atribuições:

[...] responsabilização pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território; papel regulador na porta de entrada na rede de assistência; coordenar as atividades de supervisão em unidades hospitalares psiquiátricas por delegação do gestor local, supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, entre outras. (BRASIL, 2004)

As atividades propostas através da Portaria 336, a serem permeadas com a família, são idênticas às previstas na Portaria 224/92. Partem de uma atividade destinada ao grupo de familiares que almeja a criação de laços de solidariedade entre os indivíduos participantes, de modo a gerar debates sobre os problemas comuns entre as famílias, engajamento para lidar com situações difíceis, além de orientar a respeito do diagnóstico e participação no projeto terapêutico (BRASIL, 2004).

É possível compreender, então, através da Portaria 336, a existência de um aumento do papel da equipe que compõe o CAPS, pelo entendimento de que esses profissionais possuem uma capacitação técnica, de sorte a trabalhar conjuntamente com os distintos serviços de atenção em saúde mental e atenção básica. No entanto, pode não valorizar o papel político-jurídico na realização válida da participação social, assim como na criação de políticas de saúde mental e controle social, de acordo com o previsto na Portaria 224.

No período de 2003 a 2007, que abrange o primeiro e início do segundo mandatos do Presidente eleito, assume o comando do país um dirigente de esquerda, após uma eleição que atingiu o maior índice de votação da história brasileira, com mais de 60% dos votos. Seu primeiro mandato foi marcado, dentre outros, por queda significativa da inflação e por investimentos significativos em programas sociais de combate à pobreza, o que acarretou, em termos de política social, a redução, embora limitada, de desigualdades, da pobreza e da miséria.

Na questão da saúde, a partir de 2006, com a aprovação da Portaria nº 648, o PSF passa a ser considerado Estratégia de Saúde da Família (ESF), estruturando dessa forma a organização do SUS e os incentivos destinados ao PSF e PACS que passam do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

Temos, na análise da produção científica no período de 2003 a 2007, um significativo avanço da Legislação em Saúde e Saúde Mental e da inclusão da família, na rede de cuidados. Nesse período foi aprovada a Lei nº 10.708 (31/07/2003), que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes egressos de internações, o que significou um importante avanço no suporte financeiro a família.

A produção científica aumentou, conforme Tabela 5 (p.50), resultando na publicação de 139 artigos que corresponde a 42,38% da produção.

A atenção ao portador de sofrimento psíquico e sua família encontram-se em construção, onde parece que existe uma convergência da produção científica e legislação, nesse sentido, repercutindo em benefícios quanto à assistência tanto para usuários e familiares, quanto para profissionais.

Nos dezessete anos, que compreendem o período do estudo, aconteceram expressivas modificações, no cenário político do país, de modo que a mobilização de diversos setores da sociedade, através dos movimentos sociais repercutiram no âmbito da saúde e da saúde mental e resultaram na modificação da sistemática de atendimento e financiamentos das ações de saúde. É possível identificar a relação das políticas públicas em saúde mental com a produção científica, na medida em que tais temas vêm sendo paulatinamente discutidos e os serviços implementados nessa lógica.

3.3 OS PRINCIPAIS ASSUNTOS ABORDADOS NOS ARTIGOS

Tabela 6 - Distribuição frequencial e percentual dos estudos publicados nos artigos sobre a família do portador de sofrimento psíquico, por assunto

Assuntos	Números	%
a) A inclusão da família nos serviços de saúde mental, a assistência em saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos em saúde mental	115	47,32
b) Conceitos, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais	74	30,45
c) Percepções, representações, dificuldades da família e influências destas nos transtornos mentais	35	14,40
d) Outros assuntos	19	7,82
Total	243	100

No item a, Tabela 6, em um total de 115 artigos (47,32%), os assuntos referenciados concernem à inclusão da família nos serviços de saúde mental, à assistência em saúde mental, à Reforma Psiquiátrica e aos serviços substitutivos em saúde mental. Nesses trabalhos, são apresentadas a evolução no tratamento da doença mental, desde o surgimento da psiquiatria, e

as alternativas ao modelo asilar, seguindo os preceitos da Reforma Psiquiátrica e salientando o papel preponderante da família, nesse processo. A família está associada à possibilidade de cuidado e corresponsabilidade para com as alternativas de tratamento.

Os estudos destacam, ainda, a importância da família no tratamento e apontam possibilidades de sua inserção, na rede de cuidados. As intervenções na família têm sido uma constante preocupação dos profissionais de saúde mental, embora a prática ainda esteja em construção, haja vista o processo de mudança que vivencia a instituição família e as formas de cuidado do portador de sofrimento psíquico.

Na pesquisa efetuada por Hirdes e Kantorski (2005), concluiu-se que a inclusão ativa da família no tratamento e reabilitação pode conduzir, tanto os profissionais quanto a família, ao estabelecimento de estratégias de intervenção mais abrangentes e consistentes, permitindo a integração dinâmica entre eles, por intermédio do manejo dinâmico das situações conflitivas, diminuindo assim o abandono e subsidiando o projeto terapêutico do usuário.

Como demonstrado na Tabela 6, item b, encontramos 74 artigos (30,45%), cujo assunto principal refere-se à conceituação, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais; observamos grande preocupação em definir a loucura e encontrar formas definitivas para diagnóstico e tratamento, o que parece influir no modo de desvendar a loucura e controlá-la.

Temos que, desde os primórdios dos tempos, a loucura é considerada um “mistério”, sendo louco tachado de demônio, visto como incômodo pela sociedade, devido à estranheza de seus comportamentos, de sorte que se estabeleciam diferenças entre as pessoas tidas como normais, fator preponderante para a exclusão (SPADINI; SOUZA, 2006).

A loucura sempre foi objeto de muitos estudos e as definições foram se alterando, na medida em que a ciência positivista foi se construindo e os saberes e práticas se consolidando, prevalecendo, nesse contexto, o modelo orgânico de doença. No final do século XX, década de 1980, com a publicação do DSM III, a definição de loucura sofreu alteração, passando a ser chamada de “distúrbios mentais”. A partir da década de 1990, com o DSM IV, começa a ser nomeada de “transtornos mentais”. No início do século XXI, predomina o termo “transtorno mental”, como sinônimo ou substituto de “doença mental”. De acordo com a OMS, o transtorno mental é caracterizado por uma série de distúrbios presentes nos critérios para os diagnósticos dos transtornos mentais, que têm como referencial a Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O termo “sofrimento psíquico” foi utilizado no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001), em substituição ao termo “doente mental”, que carregava uma conotação de incurabilidade. Essa nova denominação é um reflexo dos ideais

do processo de Desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica, que permite, segundo Saraceno (1998), visualizar a intermitência do processo saúde-doença, quer dizer, existe o sofrimento, mas as pessoas não são sofredores em essência. Para Amarante (1995), a transformação do conceito de doença mental na noção de existência-sofrimento significa a ênfase no sujeito, em detrimento da doença.

Nos estudos, aparecem os termos “doença mental”, “saúde mental”, “transtornos mentais” e “sofrimento psíquico” como denominações para a “loucura”.

Nas concepções da doença mental, na visão dos pacientes e familiares é possível identificar a explicação, orgânica, biológica e hereditária, ligadas aos conceitos explicitados pela psiquiatria.

Nas investigações de Kantorski, Pinho e Machado (2001), a explicação fornecida pelos pacientes para os sintomas que apresentam, além dos fatores hereditários e biológicos, está igualmente associada a uma instabilidade emocional.

Pereira (2003) apresenta uma visão dos familiares que relaciona a doença mental a um defeito da pessoa. Tal visão contribui para estigmatização do doente mental e uma acomodação quanto à possibilidade de mudança de seu papel de enfermo.

Assim como na doença mental, estudos sobre a dependência química sugerem o componente genético como fator preponderante (MESSIAS, 1999).

Quanto aos tratamentos para as diversas psicopatologias, são indicados psicofármacos, psicoterapia individual e grupal, psicoeducação e abordagens da família em regime ambulatorial e serviços substitutivos; nas situações de crise, a internação breve, que pode ocorrer tanto nas enfermarias em hospital geral quanto em hospitais psiquiátricos.

Também no item c da Tabela 6, encontramos 35 estudos (14,40%), que abordam as percepções, representações, as dificuldades da família e sua influência nos transtornos mentais. Estas aparecem ligadas aos conceitos de doença mental, já que as famílias buscam uma justificativa para o adoecimento, relacionando com questões religiosas, místicas e hereditárias, levando em conta os fatores culturais e o nível e entendimento que lhes foi proporcionado, ora pela convivência, ora por profissionais.

Pace (2005), aponta que, antes do adoecimento, a descrição das características citadas desvela uma representação mais positiva de seus aspectos, como: alegria, normalidade, inteligência, vaidade, produtividade e companheirismo. Alguns familiares, no entanto, expressam a percepção de que “algo de diferente” já se verificava, na infância, descrevendo que havia, nessa ocasião, dentre outros, comportamentos estranhos, isolamento, irritabilidade, teimosia. Após o adoecimento, a representação exalta aspectos negativos, tais como:

agressividade, descuido com os cuidados de higiene, indisposição, indiferença, agitação, ansiedade e tristeza.

Torna-se perceptível a ruptura que o acometimento por transtorno mental acarreta para os familiares, que passam a enxergar uma pessoa completamente diferente daquela com quem antes conviviam. Tal percepção é constante, na vivência profissional, acompanhada de questionamentos quanto à possibilidade de a pessoa retornar à forma como era antes, ou seja, curar-se.

No item d, Tabela 6, percebe-se a existência de 19 estudos (7,82%), nos quais são abordados diversos assuntos não sendo possível identificar uma nova categoria, nem agregá-los à anterior.

Tabela 7 - Classificação frequencial e percentual dos artigos sobre a família do portador de sofrimento psíquico, por tipos de estudos

Tipos de estudo	Números	%
a) Pesquisas Empíricas	63	52,07
b) Teóricos	34	28,10
c) Relatos de Experiência	24	19,83
Total	121	100

Observa-se, a partir da produção bibliográfica estudada, uma preponderância de pesquisas empíricas, o que demonstra o cuidado com a busca de informações, diretamente em contato com a realidade, na construção do conhecimento. São 52,07% de textos classificados como *pesquisas empíricas*, conforme Tabela 7, item a.

A produção teórica, de qualquer forma, também é significativa, pois quase um terço dos textos investigados, descritos na tabela 7 item b – 28,10% – podem ser classificados como teóricos. Esse resultado mostra a relevância do tema, e aponta para a necessidade da construção de referenciais voltados para a importância da família, na realidade da atenção psicossocial.

Os relatos de experiência, Tabela 7, item c, somam 19,83% dos estudos, o que evidencia uma tendência para questões do cotidiano e para os resultados práticos obtidos. Embora ainda frágeis comparando-se aos demais estudos, podem contribuir para a construção da prática dos profissionais com a família, constituindo-se em um importante campo para pesquisa e relatos que estejam voltados para o cotidiano. Esses dados indicam, ainda, que as pessoas dos serviços de saúde mental têm publicado pouco, acerca de sua prática.

3.4 OS PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NOS ESTUDOS

Tabela 8 - Distribuição frequencial e percentual dos estudos publicados em artigos, sobre a família do portador de sofrimento psíquico, por temas

Temas				Números	%
a)	Reforma Psiquiátrica,	Desinstitucionalização,		99	25,32
	Desospitalização, Serviços substitutivos em saúde mental,				
	Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial				
b)	Inserção da família do portador de sofrimento psíquico no			90	23,01
	tratamento, rede de cuidados e Associações de Usuários e				
	Familiares				
c)	Políticas Públicas em Saúde Mental, SUS, Saúde mental na			73	18,67
	atenção básica e Programa Saúde da Família				
d)	Conceituação de saúde mental, doença mental, processo			43	11
	saúde-doença				
e)	Intervenções profissionais e abordagens à família			38	9,72
f)	Serviços de saúde mental e características da população			22	5,63
	atendida				
g)	Prática dos profissionais de enfermagem			17	4,35
h)	Qualidade de vida e inclusão social do portador de			7	1,79
	sofrimento psíquico				
i)	Temas Diversos			02	0,51
Total				391	100

Conforme item a, Tabela 8, os temas da Reforma Psiquiátrica, desinstitucionalização, desospitalização, serviços substitutivos em saúde mental, atenção psicossocial e reabilitação psicossocial, continuam sendo questões debatidas, analisadas e avaliadas nos trabalhos pesquisados. Esses temas predominam sobre os demais (correspondem a 25,32%) e, discutem as questões voltadas para a internação e mudanças no tratamento psiquiátrico. Esse movimento transformador é acompanhado da crítica sobre o papel da instituição psiquiátrica como prestadora hegemônica de serviços, que isolaria as pessoas com transtornos psíquicos e geraria condições desfavoráveis quanto ao cumprimento de objetivos sanitários, além de seus direitos humanos e civis.

A compreensão da desinstitucionalização, nesse quadro, vem analisada como uma solução de compromisso ante os setores mais resistentes, provenientes dos neuropsiquiátricos (MELMAN, 2006).

Os objetivos dos estudos se referem ao marco conceitual e ideológico no qual se inscreve a desinstitucionalização, partindo de uma definição da saúde compreendida tanto de uma perspectiva médica como também social. Desse ponto de vista, a conceituação que se adota sobre a saúde remete a um conceito integral, que busca romper com as clássicas antinomias: indivíduo/sociedade; psíquico/físico; saúde/doença; saúde mental/saúde somática.

O segundo item, conforme a classificação realizada, que mais se destacou na análise, foi na busca pela compreensão da inserção da família do portador de sofrimento psíquico no tratamento, rede de cuidados, Associações de Usuários e Familiares e redes de apoio. Dentro desses temas (item “b” da Tabela 8), encaixam-se 23,01% dos textos pesquisados.

A importância dada a esses temas é compreensível, pois, desde meados dos anos cinquenta até a atualidade, o movimento de inserção da família no apoio à pessoa com transtorno psíquico experimentou uma notável evolução, seja no âmbito das teorias, seja no das técnicas em que se sustenta. Tal evolução supõe, por um lado, uma melhor compreensão dos processos e os mecanismos através dos quais se produzem as mudanças nas condutas humanas, e, por outro lado, uma maior aplicabilidade a uma ampla gama de problemas psíquicos.

De acordo com Waidman e Stam (2003), a família era tida como um fator de escassa relevância, nos problemas psíquicos. Entretanto, nos últimos anos, o foco de interesse se deslocou ao papel que desempenha o ambiente familiar, na prevenção de recaídas em pessoas vulneráveis, diagnosticadas, e assim se concede maior relevância a sua influência na qualidade de vida do portador de sofrimento psíquico.

Isto tornou importante, também, identificar fatores que contribuíssem para as recidivas e que poderiam ser modificados, com o consequente efeito na prevenção de novos episódios críticos. Este seria o fundamento inicial da intervenção com famílias, que se desenvolveu nas últimas décadas. Para tal, contribuíram diversos fatores, como a insuficiência das abordagens biológicas puras e o surgimento de novos modelos teóricos sobre a esquizofrenia.

Ainda que os anos de 1960 e 1970 não tenham sido favoráveis para as famílias, no sentido de possibilidades de cuidados e autonomia com seus membros portadores de transtornos mentais, a partir dos anos 80, foram-se produzindo mudanças importantes. Atualmente, existe uma crescente conscientização sobre a necessidade de colaboração entre os serviços de saúde mental, os usuários e os familiares, assim como de avaliar e responder às

necessidades das famílias, para fazer frente à enfermidade mental. Portanto, passou-se a idéia da família como unidade básica de saúde, suporte e crescimento, com influência muito positiva na evolução do transtorno, e que deveria ser incorporada ao programa terapêutico, proporcionando informação e estratégias necessárias (WAIDMAN; STAM, 2003).

Quando isso ocorre, produz-se impacto no ambiente, no que se refere ao surgimento da angústia e tristeza, perante os elementos incompreensíveis do transtorno. Frequentemente, aparecem sentimentos de culpa ou vergonha, além da sensação de estarem perdendo ou terem perdido um ser querido que, é possível, nunca volte a ser como antes. Nessas circunstâncias pode começar o isolamento familiar, ou seja, a família se dedica ao usuário com problemas e rompe seu ritmo de vida habitual.

O isolamento familiar, em muitas ocasiões, traz problemas graves para todo o grupo familiar, o que pode intervir negativamente nas formas de cuidados que as famílias dedicam a seus doentes (MELLO, 2005). A esse ingrediente se pode somar o desconhecimento do transtorno, dos recursos existentes aos quais se possa apelar, das dificuldades de manejo de condutas conflitivas do usuário, dificuldades econômicas, aspectos legais difíceis de entender (delitos, pensões, custos hospitalares) e incerteza em relação ao futuro do usuário. Nessa situação, é lógico que se produza a já conhecida sobrecarga familiar, a que se vêm submetidos em muitas ocasiões os parentes das pessoas diagnosticadas como portadoras de sofrimento psíquico.

É importante salientar que a família, no contexto da atenção psicossocial através das Associações de Usuários e Familiares, assume um papel de ator social relevante para a garantia dos direitos de cidadania.

Dentre as categorias temáticas definidas para analisar os estudos, podemos identificar, no item c da Tabela 8, o papel do exame das Políticas Públicas em Saúde Mental, SUS, Saúde Mental na Atenção Básica e PSF, com 18,67% de textos. Esse número poderá representar que os cuidados e tratamento dos problemas psiquiátricos têm ocupado espaço fundamental nas políticas de saúde. Os temas levantados nessa categoria têm sido amplamente discutidos, demonstrando-se, nos estudos, a relevância da implantação do SUS e a necessidade de efetivação de suas propostas, que vem acontecendo de forma gradativa. Também as propostas de tratamento dos portadores de transtorno mental têm surgido gradativamente, com a implantação dos serviços substitutivos e da inserção do tratamento na atenção básica, nas Unidades Básicas de Saúde e no Programa Saúde da Família que vem sendo implementado. Cada vez mais ganham notoriedade as propostas de tratamento na comunidade.

Não podemos deixar de considerar o progresso científico e tecnológico do mundo moderno, que se refletiu em melhores opções de atenção com respeito à saúde mental das pessoas. Do mesmo modo, novas alternativas para tratamentos, derivadas de avanços na farmacologia e intervenções bem-sucedidas, reduziram o tempo de hospitalização, de sorte que a qualidade de vida das pessoas que sofrem transtornos graves melhorou. Entretanto, espera-se que a prevalência e a incidência de portadores de sofrimento psíquico aumentem, devido a questões como pobreza, violência, abuso de drogas, envelhecimento da população, entre outros fatores.

Porém, ainda que se levem em conta os avanços científicos e a atenção dada aos portadores de sofrimento psíquico, estes continuam sendo insuficientes, pois se trata de mudança paradigmática em construção. Sabe-se que a primeira porta a que batem as pessoas com transtornos mentais é a do clínico geral; contudo, sua detecção, tratamento ou canalização a serviços especializados é insuficiente, além de existir ainda um importante estigma social que segrega aos pacientes psiquiátricos, e o tempo que se passa entre o momento em que o paciente identifica seus sintomas e recebe ajuda especializada é considerável (MELMAN, 2006).

Por outra parte, sabe-se que a população tem dificuldades em solicitar a ajuda que está disponível. Junto com razões derivadas do estigma ou da vergonha associada com a presença de problemas psíquicos, assim como do desconhecimento dos benefícios da atenção médico-psiquiátrica, estão as diferenças nas necessidades sentidas pela população e o tipo de ajuda que oferecem os serviços.

Nesses estudos, é igualmente enfatizada a compreensão do processo da Reforma Psiquiátrica como desospitalização, a despeito do processo que ocorreu nos Estados Unidos, no qual não foi providenciado um aparato substitutivo ao hospital psiquiátrico. Nos trabalhos compulsados, é possível identificar essa outra vertente de compreensão, por parte dos familiares, ou seja, a desospitalização como sinônimo de omissão. Essa omissão leva à reflexão sobre a articulação da dificuldade de engajamento da família com o conhecimento de que o cuidado atribuído ao portador de transtorno mental seja “dever do Estado”. Isto é, as famílias entendem que a luta antimanicomial, ao contrário de fundamentar a reinserção social da loucura, é, portanto, uma falha nos cuidados atribuídos ao Estado.

A saúde, concebida como um “produto social”, requer da participação dos indivíduos e comunidades no desenvolvimento de suas potencialidades psíquicas e físicas, em um contexto comunitário organizado. Sua compreensão, enquanto conceito “cultural”, remete à validação - que cada comunidade define - dos processos de saúde/doença/atenção, com base em sua

história, tradições e valores. Nesse marco, a definição de saúde mental também contém aspectos sociais e culturais de uma perspectiva histórica, resgatando tanto os determinantes singulares como os sociais.

O item d da Tabela 8 aborda as temáticas da conceituação de saúde, doença mental e processo saúde-doença, reproduzindo a análise do item b, Tabela 6 (p. 54).

As pessoas com sofrimento psíquico se compreendem como uma integridade biológica, psicológica, social e cultural, sendo fundamental o entendimento das problemáticas do campo da saúde psíquica, em relação à saúde integral em geral. Portanto, às políticas em saúde mental se associam às políticas de saúde e a políticas sociais, como trabalho, moradia, educação, entre outras (COLVERO, 2002).

Pode-se explicar, dessa forma, a presença relevante, na Tabela 8, item e, com 9,72%, de textos relativos a intervenções profissionais e abordagens à família. Afinal, dentro dessa compreensão de saúde psíquica, os novos papéis profissionais (quando em contraste com os chamados “antigos” modelos de institucionalização) tornam-se ainda mais necessários para discussão.

No item f da Tabela 8, os temas serviços de saúde mental e características da população atendida correspondem a 5,63%. Nesses estudos, são referenciados os serviços de saúde mental e as características sociais e demográficas da população.

Na elaboração das categorias temáticas, foi possível identificar, na Tabela 8, item g, trabalhos que abordam a prática dos profissionais de enfermagem nos cuidados, tanto ao portador de sofrimento psíquico quanto a seus familiares; embora corresponda a 4,35% dos temas, foi à única categoria de profissionais citada nos estudos, que parece questionar sua prática, empiricamente.

Os temas Qualidade de vida e inclusão social do portador de sofrimento psíquico significam 1,79% dos estudos, sendo um tema ainda incipiente (Tabela 8, item h).

3.5 OS OBJETIVOS DOS ESTUDOS

Para o exame dos objetivos dos estudos pesquisados, foram definidas as categorias de análise identificadas a seguir.

Tabela 9 - Distribuição frequencial e percentual dos estudos publicados em artigos sobre a família do portador de sofrimento psíquico, por objetivos

Objetivos	Números	%
a) Enfatizar a inclusão da família nas propostas de Saúde Mental e a participação ativa dos usuários e familiares nas ações para a garantia dos direitos e da cidadania.	40	33,05
b) Discutir a inserção e relatar experiências em Saúde Mental e cuidado à família na Atenção Básica, Programa Saúde da Família e Serviços Substitutivos.	38	31,40
c) Abordar a compreensão de usuários e trabalhadores sobre os temas da desintitucionalização, Reforma Psiquiátrica, Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial	13	10,74
d) Discutir a prática dos profissionais de enfermagem na Saúde Mental.	10	8,26
e) Conhecer a compreensão da família sobre doença mental, suas dificuldades e a sobrecarga com os cuidados.	10	8,26
f) Discutir experiências dos doentes mentais e família nos processos de internação e alta hospitalar.	6	4,96
g) Abordar à assistência a saúde do idoso.	3	2,48
h) Comentar notícias na imprensa sobre o uso de medicamentos.	1	0,83
Total	121	100

A primeira preocupação dos estudos, com 33,05% de ocorrências (cf. Tabela 9, item a), é a de enfatizar a inclusão da família nas propostas de Saúde Mental e a participação ativa dos usuários e familiares, nas ações para a garantia dos direitos e da cidadania. Sua compreensão está na raiz das mudanças do tratamento dos portadores de sofrimento psíquico,

pois estas permitem uma ampliação de sua relação com a sociedade e, por conseguinte, uma melhor integração cultural e mesmo familiar.

Os estudos apontam o papel de destaque que a família ocupa, tanto na reformulação das políticas públicas, como na assistência em saúde mental, antes delegadas às instituições psiquiátricas. O processo de reformulação da assistência psiquiátrica e a possibilidade de tratamento extra-hospitalar traz à tona a atenção básica de saúde como alternativa para o tratamento dos portadores de transtorno mental.

Campos (1992), sustenta que para o atendimento do portador de transtorno mental na rede básica, é necessário promover uma reestruturação do serviço, a fim de que a mesma possa absorver tal demanda e interromper o ciclo de crise e internação.

Durante muitos anos, considerou-se que o sistema familiar era a raiz de o todo mal, e as famílias eram acusadas de abusar de maneira inadvertida de seus filhos, através de distintas estratégias sutis de comunicação, como a ocultação e a separação da informação.

Do simples feito de facilitar as integrações familiares de maneira regular, animando as famílias a expressar de forma aberta suas preocupações e a tentar encontrar soluções para parte de seus problemas mais urgentes, resulta a impressão de induzir a um efeito terapêutico importante. Atualmente, alguns trabalhos procuram construir modelos de integração familiar ao processo de recuperação, partindo-se do princípio de que um dos fatores que anunciam o bom resultado, no apoio aos portadores de transtornos psíquicos, era o ambiente interpessoal existente nos lares nos quais residissem (COLVERO, 2002).

Dessa maneira, a discussão da inserção e relato de experiências em Saúde Mental e cuidado à família na Atenção Básica, Programa Saúde da Família e Serviços, torna-se tão importante – e, no caso desta pesquisa, apresenta o significativo número de 31,40% (cf. Tabela 9, item b) dos textos pesquisados.

Sabe-se que a simples integração, sem método ou objetivos definidos, da família no processo de auxílio ao portador de sofrimento psíquico, pode produzir resultados pouco animadores. É bastante comum que as famílias apresentem níveis de sobrecarga e estresse, devido à assistência necessária que deve ser dada a seus familiares. Assim, a aplicação de programas detalhados de educação a respeito da natureza das enfermidades psíquicas e de seu tratamento continua como problema prático, constituído pelo modo de resolver as dificuldades cotidianas.

Nesse contexto, os familiares e usuários devem ser animados a utilizar atitudes efetivas de comunicação, com o objetivo de expressar suas emoções, de uma maneira similar aos métodos desenvolvidos pelos primeiros terapeutas familiares (TENÓRIO, 2002).

Para a consecução desses objetivos, faz-se necessário abordar a compreensão de usuários e trabalhadores sobre a Desinstitucionalização, Reforma Psiquiátrica, Atenção Psicossocial e Reabilitação Psicossocial – tema de 10,74% dos textos (cf. Tabela 9, item c). Isso significa uma concentração de esforços na relação que existe entre a integração familiar, o processo de desinstitucionalização e, é evidente, os impactos que resultam, de todo esse processo, não apenas ao portador de sofrimento psíquico, mas também aos próprios familiares.

Destaca-se, em todo esse conjunto, o pouco espaço dado pelos textos ao conhecimento e compreensão da família sobre doença mental, suas dificuldades e a sobrecarga com os cuidados. Conforme a Tabela 9, item d, apenas 8,26% dos trabalhos envolveram essa temática. Esse número é idêntico ao de textos que se preocuparam em discutir a prática dos profissionais de enfermagem na Saúde Mental (cf. Tabela 9, item e).

Este é um dado significativo, tendo em vista que a integração da família ao cotidiano do portador de sofrimento psíquico tem sido considerada fundamental como elemento na reforma da relação que se estabelece com o usuário.

Os textos pesquisados revelaram, ainda, uma grande variedade de temas nos quais a família é trabalhada. Por conseguinte, é oportuno destacar que não há qualquer tema que, de forma absoluta, prepondere sobre os demais. Ao contrário, há uma pulverização de interesses diversos, cada um dividindo uma atenção mais ou menos próxima, dos pesquisadores (cf. Tabela 8, p. 58).

3.6 AS REFERÊNCIAS À FAMÍLIA, NOS ESTUDOS

Tabela 10 - Distribuição frequencial e percentual dos artigos científicos classificados de acordo com a referência à família, nos estudos.

Referências à família	Números	%
a) Família inserida na rede de cuidados	36	20,93
b) Estudos que enfatizam o cuidado à família	31	18,02
c) Estudos que enfatizam as dificuldades da família e a sobrecarga nos cuidados ao portador de sofrimento psíquico	30	17,44
d) A família é enfatizada como espaço indispensável para a manutenção da saúde mental, local privilegiado de reinserção social e co-parceira no processo de desinstitucionalização	29	16,86

Referências à família	Números	%
e) Estudos que abordam a participação da família no tratamento e no processo de desinstitucionalização	27	15,70
f) A família é participante do estudo	13	7,56
g) A família é considerada como ausente	3	1,74
h) A família aparece relacionada às representações sociais do portador de sofrimento psíquico	3	1,74
Total	172	99,99

O tema da família, enquanto inserida na rede de cuidados, demonstrado na Tabela 10, item a, representou 20,93% dos textos. Os estudos que enfatizam o cuidado à família são 18,02% (cf. Tabela 10, item b), enquanto os textos que ressaltam as dificuldades da família e a sobrecarga nos cuidados ao portador de sofrimento psíquico representam 17,44% (cf. Tabela 10, item c).

Cuidar de um portador de sofrimento psíquico expõe a uma série de desafios os familiares, muitos dos quais experimentam um grau de estresse e de carga que afeta a sua saúde física e mental e, portanto, a sua capacidade para proporcionar o cuidado de uma forma adequada. Porém, como se pode verificar pelos dados obtidos nesta pesquisa, são escassos os estudos dirigidos a avaliar a compreensão da família sobre essa situação e condição.

A limitação da eficácia das intervenções com os familiares de pessoas com sofrimento psíquico pode ter relação com a natureza multidimensional e complexa dos problemas que enfrentam os familiares, que podem influir, por sua vez, no fato de que não exista uma única forma adequada de cuidar, já que é possível notar uma grande variabilidade entre as experiências de diferentes cuidadores, as quais, além disso, variam com o passar do tempo e com as variações do portador de sofrimento psíquico.

Entretanto, apesar de determinadas características intrínsecas à situação de ter que cuidar de um familiar, nessa situação, poderem influenciar a circunstância de não existir um único procedimento de intervenção adequado para cada pessoa, ao longo de todo o processo da enfermidade, torna-se significativo o fato de poucas pesquisas se centrarem na análise da compreensão da própria família sobre o tema (TENÓRIO, 2002).

Os trabalhos que abordam a participação da família, no tratamento e no processo de desinstitucionalização, de acordo com a Tabela 10, item d, com 16,86%, e os textos em que a família é enfatizada como espaço indispensável para a manutenção da saúde mental, local privilegiado de reinserção social e coparceira no processo de desinstitucionalização, com 15,70% (cf. Tabela 10, item e), são também de quantidade relevantes.

O tema da família como participante das pesquisas aparece na Tabela 10, item f, em 7,56% dos estudos. Nesses estudos a família é citada como informante.

A família considerada como ausente no tratamento, na visão dos profissionais, é referenciada em 1,74% dos estudos (cf. Tabela, 10 item g).

Os textos sobre a relação da família e as representações sociais do portador de sofrimento psíquico correspondem a 1,74 % dos estudos (cf. Tabela.10, item h).

3.7 OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL REFERENCIADOS NOS ESTUDOS

Tabela 11 - Classificação frequencial e percentual dos artigos científicos sobre o papel das famílias, por referências aos serviços de Saúde Mental

Serviços de Saúde Mental	Números	%
a) Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia em Saúde da Família (ESF), Atenção Básica.	33	40,24
b) Serviços Substitutivos em Saúde Mental.	28	34,15
c) Serviços de Internação Psiquiátrica	10	12,19
d) Ambulatórios de Saúde Mental	06	7,32
e) Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), Centro de Atenção Diária (CAD)	03	3,66
f) Residências Terapêuticas	02	2,44
Total	82	100

Quanto aos serviços de saúde mental, como descrito na Tabela 11, item a, há 40,24% dos estudos, os quais fazem referência ao Programa Saúde da Família (PSF), Estratégia em Saúde da Família (ESF), Atenção Básica. Verifica-se, assim, o Programa Saúde da Família como um modelo substitutivo da rede básica tradicional de cobertura universal, com atividades de visita e internação domiciliar, reorganizando o trabalho nas Unidades de Saúde de referência, com práticas inovadoras, assistência multiprofissional e integral.

Os resultados obtidos com essa estratégia podem ser avaliados com a diminuição das internações desnecessárias, reduções nos investimentos do governo com a saúde curativa, na

prevenção das doenças e, conseqüentemente, com a melhoria da qualidade de vida das pessoas (MELMAN, 2006).

Nesse tema – as referências aos serviços de Saúde Mental – a pesquisa demonstrou importância dada aos Serviços Substitutivos em Saúde Mental, com 34,15% dos textos, conforme descrito na Tabela 11, item b.

Os demais assuntos da tabela 11 – Serviços de Internação Psiquiátrica, com 12,19%, item c; Ambulatórios de Saúde Mental, com 7,32%, item d; os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e Centro de Atenção Diária (CAD), com 3,66%, item e; as Residências Terapêuticas, com 2,44%, item f – receberam, comparativamente, uma atenção menor, nos estudos avaliados.

3.8 AS ABORDAGENS OFERECIDAS À FAMÍLIA

Tabela 12 - Classificação frequencial e percentual dos artigos científicos sobre o papel da família, por tipos de abordagens realizadas na família

Abordagens a família	Números	%
a) atendimentos em grupo e Terapia Familiar	16	48,48
b) Intervenções de suporte, aconselhamentos e oficinas	05	15,15
c) Psicoeducação	04	12,12
d) Intervenções de rede, redes de apoio	03	9,09
e) Visitas domiciliares	03	9,09
f) Terapia Comunitária	02	6,06
Total	33	99,99

Em relação aos tipos de abordagens associadas à família, o tema ligado a atendimento em grupo e terapia familiar foi, sem dúvida, o mais destacado nos trabalhos, com quase metade (48,48%) de referências (cf. Tabela 12, item a).

Os temas relacionados às intervenções de suporte, aconselhamentos e oficinas (com 15,15% de referências) e psicoeducação (12,12%) foram os temas seguintes a serem avaliados (cf. Tabela 12, itens b e c). As demais categorias que constam na Tabela 8, itens c, d, e, que são intervenções de rede, redes de apoio, visitas domiciliares e terapia comunitária tiveram pouca expressão, no cenário total dos estudos.

Neste item, em que identificamos a prevalência da terapia familiar e das abordagens em grupos no atendimento à família, as novas modalidades de intervenção são menos frequentes, o que pode demonstrar a dificuldade do profissional em apropriar-se de novas práticas, ou mesmo construir novas práticas.

Os resultados apresentados neste estudo revelam a modificação acontecida com relação à instituição família, no cenário político brasileiro. Até a década de 1970, os países, sob égide do capitalismo, ofertavam bens e serviços proporcionados pela efetivação de políticas públicas que privilegiavam o indivíduo-cidadão, ao passo que a família era pouco valorizada, nesse contexto, sendo prescindida por um Estado protetor do cidadão. Nesse contexto as políticas sociais recaíram sobre a mulher, no grupo familiar, a quem se disponibilizaram condições para desenvolvimento de habilidades e atitudes que favorecessem a gestão da economia doméstica, do planejamento familiar e educação dos filhos.

A ênfase na figura feminina motivou, com a deflagração da crise econômica e decadência do regime militar, o surgimento de vários movimentos sociais compostos em sua maioria por mulheres, dentre os quais o movimento de luta contra a carestia, por creches e saúde.

Desde 1990, com a nova Constituição brasileira e o país governado sob o ideário neoliberal, as políticas públicas voltaram-se para as crianças, na família, carreando para o tempo da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

A análise desse período político evidencia que, no regime capitalista, a família e o Estado são instituições imprescindíveis. Para sustentação desse regime, é necessário que a sociedade consuma os bens, mercadorias e serviços ofertados não só pelo mercado em si, mas também pelo Estado e pela família, na condição de provedora de afeto, proteção e socialização. Assim, na concepção de Souza (2000), Estado e família desempenham papéis similares, em seus âmbitos de atuação, ou seja, regulam, normatizam, impõem direitos de propriedade, poder e deveres de proteção e assistência, funcionando de modo semelhante, como filtros redistributivos de bem-estar, trabalho e recursos.

Desse modo, tanto a família quanto as políticas públicas têm funções correlatas, no que concerne ao desenvolvimento e à proteção social do indivíduo. As demandas sociais acarretadas pelos processos contemporâneos de globalização da economia, dos meios de comunicação, da cultura, da política e do desenvolvimento tecnológico, propiciam a construção de uma sociedade complexa e multifacetada. Nas questões da saúde e da saúde mental, como em outras demandas da sociedade, a família assume um lugar singular, alvo de investimento das políticas públicas.

No sistema público de saúde ocorreram transformações importantes ao longo do último século, evidenciando, no percurso histórico a estreita relação entre o modelo assistencial de saúde e o modelo econômico ditado pela política vigente. Na atualidade, vivenciamos o fortalecimento do Programa Saúde da Família e a inserção da saúde mental na comunidade, como práxis emergente. A política pública, nesse sentido, vem priorizando as questões da família, inclusive nos serviços substitutivos em saúde mental.

Essas mudanças repercutiram na produção científica, cujos estudos têm se dedicado às questões da família e suas necessidades, dificuldades e impulsionando a produção científica com vistas à consolidação das novas propostas em saúde e saúde mental.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos anos 70, no século passado, a família passou a participar de modo ativo de um novo método de conceber e tratar o portador de sofrimento psíquico. Atualmente, no Brasil, a família constitui em um ator social importante para as conquistas dos direitos e melhores condições de vida do portador de sofrimento psíquico.

Este estudo procurou investigar, a partir de pesquisa bibliográfica, a produção científica acerca da família, na atenção psicossocial. Com base na categorização dos dados, tornou-se possível a compreensão da importância do tema para efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica e da necessidade de os serviços de saúde, na figura de seus profissionais, oferecerem cuidados à família, propiciando espaços que possam conduzi-los a se apoderar de seus conhecimentos e, de fato, assumir a corresponsabilidade pretendida.

Os estudos apontam que as estratégias dirigidas para aumentar a capacidade assistencial dos familiares e de outras pessoas implicadas nos cuidados cotidianos dos pacientes com problemas psíquicos exercem um efeito significativo sobre a evolução dos transtornos psíquicos mais graves e na inserção do portador de sofrimento psíquico, na sociedade.

O interesse principal dos estudos, segundo a pesquisa realizada, parece estar associado aos métodos de caráter global que integram as pessoas que cuidam dos pacientes à equipe terapêutica, mediante terapia familiar, de grupos de apoio e de medidas educativas. As práticas de abordagem na comunidade, sugeridas pelo referencial do processo da Reforma Psiquiátrica são ainda incipientes.

Embora as medidas educativas a respeito dos transtornos psíquicos e de seu tratamento biomédico e psicossocial constituam um componente muito valioso desses enfoques, de modo que podem melhorar a participação e o cumprimento de programas terapêuticos, não parecem ser suficientes para reduzir o risco de episódios graves ou para potencializar a recuperação clínica ou social.

Além dos efeitos benéficos, em termos de melhora do prognóstico, é possível que a participação da família diminua a segregação social, especialmente quando o tratamento é contínuo, e integre o estabelecimento de objetivos pessoais e diversos aspectos de formação, no desempenho social.

Apesar da evidência de que os efeitos benéficos da terapia familiar não se mantêm, assim que finalizam as fases de formação intensiva, poucos são os estudos efetivados para determinar como poderia ser possível conservar as melhoras alcançadas.

As terapias de grupo familiar ofereceram resultados promissores, como estratégia a longo prazo nas famílias. Entretanto, quando as pessoas que atendem aos pacientes são cônjuges, companheiros afetivos, irmãos, filhos ou amigos próximos, é possível que possam preferir outras formas de abordagem do problema.

Os efeitos benéficos obtidos pelas terapias familiares são igualmente evidentes, nas próprias pessoas que atendem aos pacientes, nas quais se observa uma diminuição do estresse que acompanha a sua função de assistência dos pacientes.

Entretanto, inclusive quando se aplicam programas de atendimento familiar, o estresse associado à convivência continuada com familiar portador de transtornos crônicos segue sendo considerável e, por conseguinte, é essencial ter em conta algumas possibilidades alternativas de apoio.

Deve-se dar uma prioridade às iniciativas para desenvolver e avaliar programas terapêuticos, nas residências, não obstante os poucos estudos que as incorporaram, em sua prática analítica. Esse problema é comum à maior parte dos avanços que se realizam na prática clínica e que não têm um caráter comercial.

Além da formação adequada nas estratégias de intervenções multiprofissionais, é necessária uma abordagem efetiva para garantir que os esforços dos que cuidam dessas pessoas fiquem integrados de maneira plena, no ambiente familiar, social e aos programas da atenção psicossocial, ao longo do percurso do sofrimento psíquico.

Quase todos os pacientes têm alguém que cuida deles, ou, ao menos, alguém que os ajudam. O conhecimento e a formação em relação às abordagens de resolução de problemas, por parte das pessoas que atendem a esses pacientes, devem constituir um recurso adicional muito importante para a equipe terapêutica, o qual pode contribuir na recuperação clínica e social, a longo prazo, de pacientes que apresentam problemas psíquicos graves.

A prática profissional, no entanto, demonstra que, durante os períodos de crise a família geralmente recorre à internação. Tsu (1993), afirma que a família busca auxílio nos serviços, nos momentos em que identifica as condutas do paciente como intoleráveis ou anormais, validando, a partir de suas queixas a necessidade de internação.

Cabe salientar que os CAPS permanecem principalmente devido à função técnico-assistencial, aumentando arduamente sua incumbência de implementadores de inovações na metodologia de atenção em saúde mental. Tais centros denotam certa fragilidade, no que

tange à variedade das ações de qualificação do cuidado, assim como mudanças do imaginário social, interligados com questões de rejeição em relação à loucura.

Mesmo com o fato de que a atenção psicossocial tem tido avanços significativos, quanto à implantação dos serviços, estes não devem ser tomados como um resultado final para as reformas relacionadas, uma vez que se trata de um processo em andamento e que necessita de uma avaliação diante do Campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial, nas suas quatro dimensões.

Para Alvarenga e Dimenstein (2006), é a compreensão teórico-conceitual, que diz respeito ao contexto epistemológico, ou seja, como tem sido compreendido o transtorno mental, utilizando o paradigma positivista ou entendendo como um processo de experienciar o sofrimento, que alicerça a dimensão técnico-assistencial, pois é como os serviços se constituem e lidam com as pessoas, com espaços de subjetividade e sociabilidade.

A dimensão jurídico-política condiz com a construção da cidadania, por intermédio de aprovação das leis e decretos, mas resulta inclusive na modificação de mentalidades, atitudes, crenças e relações sociais. Diante da abrangência da dimensão sociocultural, o presente estudo tem a finalidade de direcionar para um debate a sociedade civil, com o objetivo de alcançar o imaginário social a respeito da doença mental, a loucura, o papel do hospital psiquiátrico ou instituições sociais, através de atividades artísticas, culturais, esportivas, etc.

É de suma importância que os próprios sujeitos envolvidos sejam integrados, quer usuários, quer familiares, quer associações envolvidas na defesa do portador de sofrimento psíquico, quer, ainda, profissionais de serviços e comunidade. Faz-se importante ainda a possibilidade, tanto dos familiares quanto dos profissionais, de identificarem se de fato, a inserção na família é a melhor alternativa, e atentando para as demais possibilidades de cuidado, não só nos serviços substitutivos, mas também nas redes comunitárias de apoio.

Observamos que, embora as mudanças ocorram gradativamente, permanece a dificuldade de as famílias lidarem com o sofrimento de seus membros, de os serviços acolherem as famílias e incluí-las, no Projeto Terapêutico Individual dos usuários, e de todos romperem com o estigma social que toda a família sofre, na sociedade. Identifica-se a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema, com vistas a verificar as mudanças na assistência prestadas às famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, M. S. **Democratização no hospital psiquiátrico**: um estudo da CJM nos anos 80. 1992. 134 f. Dissertação (Mestrado). Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1992.

ACKERMAN, N. W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Trad. Maria Cristina R. Goulart. Porto Alegre: 1996.

ALVARENGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A Reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 10, n.20, p. 299-316, 2006.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDN/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Koogan, 1981.

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

BOSELI, L. R. V. **Uma porta ainda nos separa do mundo**: a inserção de uma enfermagem psiquiátrica no âmbito de um hospital geral. 1992. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1992.

BOTTEGA, N. J.; SHETCHATMAN, A. Censo nacional de unidades psiquiátricas em hospitais gerais: Situação atual e tendências. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria - APAL*, v. 19, n. 3, p. 79-86, 1997.

BRASIL. . Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 1. Rio de Janeiro, 1987. **Relatório Final**. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2. Brasília, 1992. **Relatório Final**. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 3. Brasília, 2001. **Relatório Final**. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. Brasília, 1986. **Relatório Final**. Ministério da Saúde. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria/ SNAS nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em Saúde Mental. In: Conselho Regional de Psicologia, 6ª região/ SP. **Trancar não é tratar – liberdade: o melhor remédio**. 2ª ed. São Paulo: CRP/6ª, 1997, p. 42-48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 692 de 25 de março de 1994. Cria os Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/PSF. Brasília, DF: Câmara dos Deputados/Coordenação de Publicações, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do sistema único de saúde/ NOB 01/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Portaria GM Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF. Brasília, DF: Câmara dos Deputados/ Coordenação de publicações.

BRASIL. **Portaria GM Nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF,; Governo Federal, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em Saúde Mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 13 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. De volta para casa. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF 1 ago. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm>. Acesso em: 13 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM / MS n. 189, de 20 de março de 2002**. Inclui na Tabela de Procedimentos SIH-SUS os procedimentos que podem ser cobrados pelos Centros de Atenção Psicossocial cadastrados no SUS, institui nova sistemática de financiamentos. Brasília, DF, 2002 b.

Brasília. Ministério da Saúde. **Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde Mental**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de atenção a Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde no Brasil**. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Coord. Organização mundial da Saúde. Porto Alegre, 1993.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: Repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CAPLAN, G. **Princípios da psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

COLVERO, L. A. **Desafios da família na convivência com o doente mental**: cotidiano conturbado. 2002. 111 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

COSTA, J. F. Os interstícios da Lei. IN: _____. **A história da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Xenon Editora, 1989, p. 39-49.

DALGALARRONDO, P; GATTAZ, W. F. A psychiatric unite in a general hospital in Brazil: Predictors of lenght of stay. **Social Psychiaty and Psychiatric Epidemiology**, v. 27, n. 3, p. 147-150, 1992.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A. Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa nos serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes. 2004, p.99-120.

EIGUER, A. **Um divã para a família**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

ENGELS, F. **A origem da família da propriedade privada e do estado**. Trad. Leandro Konder. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade**. Trad. Gildásio Amado. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FLEMING, M. **Ideologia e práticas psiquiátricas**. Portugal: Porto: Edições Afrontamento, 1976.

FOUCALT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREUD, S. Análise de uma fobia em um menino de 5 anos. Trad. J. Salomão. In: EDIÇÃO standard das obras psicológicas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 10, p. 15-161.

FREYRE, G. **Casa grande e senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. Rio de Janeiro: Record, 1992.

GALLENDE, E. **Psicoanálisy salud mental**: para uma crítica de La razon psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós, 1994.

HIRDES, A; KANTORSKI, L. P. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 160-166, 2005.

JONES, M. A. **A comunidade Terapêutica**: Petrópolis: Vozes, 1972.

KANTORSKI, L.P; PINHO, L. B.; MACHADO, A. T. Do medo da loucura a falta de continuidade ao tratamento em saúde mental. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 50-59, 2001.

KNOBEL, M. **Orientação familiar**. Campinas: Papirus, 1992.

LIMA, L. A.; TEIXEIRA, J. M. A assistência a saúde mental no Brasil: do mito de excesso de leitos psiquiátricos a realidade da falta de serviços alternativos de atendimento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 71-76, 1995.

LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da década de 80. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. A. W. **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

LUZIO, C. A. **Os paradigmas da saúde mental**: uma breve história da loucura no mundo ocidental. Campinas, 1999 (mimeo).

LUZIO, C. A. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. 2003. [s.n.] f. Tese (Doutorado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP, 2003.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – **DSM IV**. Trad. Dayse Batista. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MELLO, R. A Construção do cuidado a família e a consolidação da Reforma Psiquiátrica. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro v.13, p. 390-395, 2005.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2. ed. São Paulo: Escrituras, 2006.

MELMAN, J. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: FERNANDES M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP, 1999. p. 171-86.

MENEZEZ, P. R.; MANN, A. H. Mortality among patients with non-affective functional psychoses in a metropolitan área of South-Eastam. Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 304-309, 1996.

MESSIAS, G. P. A participação da genética nas dependências químicas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21 (supl. 2), p. 35-42, 1999.

MINUCHIM, S. **Famílias: funcionamento e tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MIRON, V. L. Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1993.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 43-50, 2003.

MORGAN, L. H. A família antiga. In: CANEVACCI, M. (Org.) **Dialética da família**. São Paulo: Brasiliense, 1987, p. 56-70.

MOURA, A. H. Breves notas sobre os antecedentes da análise institucional. In: Boletim de novidade. **Pulsional**, São Paulo, fev. p.37-48, 1995.

PACE, S. E. H. **Um futuro incerto: projetos e expectativas de familiares que convivem com pessoas acometidas por transtorno mental**. 2005. 136 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

PONCIANO, E. L. T.; FERES-CARNEIRO, T. Diversidade de fontes de inspiração: uma perspectiva histórica da terapia de família. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 131-147, jul – dez, 2001.

POSTER, M. **Teoria crítica da família**. Rio de Janeiro: Zahar Editores S/A, 1979.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROTELLI, F et al. **Desinstitucionalização**. São Paulo, Hucitec, 1990.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Tradução de Fernanda Nicácio. Desinstitucionalização uma outra via. In: NICÁCIO, F. (org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990, p. 17-59.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. IN: PITTA, A. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1996, p. 13-18.

SIQUEIRA JUNIOR, A. C. **Evolução de pacientes esquizofrênicos após alta de unidade de curta permanência, através de estudo comparativo entre dois grupos de familiares com e sem atendimento**. 1996. 63 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1996.

SOIFER, Raquel. **Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo**. Petrópolis: Vozes, 1982.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. M. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 40 n. 1, p. 123-127, 2006.

SOUZA, Marcelo M. **A importância de se conhecer melhor as famílias para a elaboração de políticas sociais na América Latina**. Rio de Janeiro: Ipea, 2000.

SPITZ, R. A. **O primeiro ano de vida**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-29, jan-abr, 2002.

TÉRZIS, A. I. Revisão Bibliográfica: psicologia do grupo familiar e sua relação no processo esquizofrênico. **Estudos de Psicologia**. Campinas p. 73 – 85, 1985.

TSU, T. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: Vetor, 1993.

VERAS, R. P. ; COUTINHO, E. Estudo de prevalência de depressão e síndrome mental orgânica na população de idosos em três distritos da cidade do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 25, p. 207-209, 1991.

WAIDMAN, M. A. P.; STAM, M. Família e saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 2, p. 53-55, out. 2003. Suplemento 2.

YASSUI, S. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto histórico.** 248 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Assis, 1999.