

A Crise do Cebes

ISSN 0103-1104

Saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro Ano XXIX v.29 n.69 jan./abr. 2005



PUBLICAÇÃO QUADRIMESTRAL EDITADA PELO

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
Diretoria Nacional
Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
Tel.: (21) 3882-9140, 3882-9141
Fax.: (21) 2260-3782
E-mail: cebes@ensp.fiocruz.br
Home page: <http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html>

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2003-2006)

Presidente	Sarah Escorel (RJ)
1º Vice-Presidente	José Gomes Temporão (RJ)
2º Vice-Presidente	Carlos Octavio Ocké Reis (RJ)
3º Vice-Presidente	Rita Sório (DF)
4º Vice-Presidente	Jacob Portela (RJ)
1º Suplente	Maria Ceci Misoczky (RS)
2º Suplente	Carmen Teixeira (BA)

CONSELHO FISCAL

Anamaria Testa Tambellini (RJ), Áquilas Nogueira Mendes (SP) & Nelson Rodrigues dos Santos (SP)

CONSELHO CONSULTIVO

Ary Carvalho de Miranda (RJ), Eduardo Jorge Alves Sobrinho (SP), Gastão Wagner de Souza Campos (SP), Gilson Cantarino O'Dwyer (RJ), Gilson de Cássia M. de Carvalho (SP), Hésio de Albuquerque Cordeiro (RJ), Jairnilson da Silva Paim (BA), Jorge Antônio Zepeda Bermudez (RJ), José Carvalho de Noronha (RJ), José Ruben de Alcântara Bonfim (SP), José da Rocha Carvalheiro (SP) Roberto Passos Nogueira (DF), Sebastião Loureiro (BA), Sonia Maria Fleury Teixeira (RJ), Volnei Garrafa (DF)

CONSELHO EDITORIAL

Coordenador: Emerson Elias Merhy (SP)
Ana Maria Malik (SP), Carlos Botazzo (SP), Célia Maria de Almeida (RJ), Francisco Antonio de Castro Lacaz (SP), José Augusto Cabral de Barros (PE), Lia Giraldo da Silva Augusto (PE), Lígia Bahia (RJ), Lígia Giovanella (RJ), Luis Cordoní Júnior (PR), Luiz Augusto Facchini (RS), Luís Carlos de Oliveira Cecílio (SP), Maria Cecília de Souza Minayo (RJ), Naomar de Almeida Filho (BA), Nilson do Rosário Costa (RJ), Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

SECRETARIA EXECUTIVA

Marília Fernanda de Souza Correia

EDITORA EXECUTIVA

Sarah Escorel

INDEXAÇÃO

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)
Os artigos sobre História da Saúde estão indexados pela Base HISA – Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe

PUBLICATION EDITED EVERY FOUR MONTHS BY

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
National Board of Directors
Avenida Brasil, 4036 – sala 802 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ – Brazil
Tel: (21) 3882-9140, 3882-9141
Fax.: (21) 2260-3782
E-mail: cebes@ensp.fiocruz.br
Home-page: <http://www.ensp.fiocruz.br/parcerias/cebes/cebes.html>

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2003-2006)

President	Sarah Escorel (RJ)
1 st Vice-President	José Gomes Temporão (RJ)
2 nd Vice-President	Carlos Octavio Ocké Reis (RJ)
3 rd Vice-President	Rita Sório (DF)
4 th Vice-President	Jacob Portela (RJ)
1 st Substitute	Maria Ceci Misoczky (RS)
2 nd Substitute	Carmen Teixeira (BA)

FISCAL COUNCIL

Anamaria Testa Tambellini (RJ), Áquilas Nogueira Mendes (SP) & Nelson Rodrigues dos Santos (SP)

ADVISORY COUNCIL

Ary Carvalho de Miranda (RJ), Eduardo Jorge Alves Sobrinho (SP), Gastão Wagner de Souza Campos (SP), Gilson Cantarino O'Dwyer (RJ), Gilson de Cássia M. de Carvalho (SP), Hésio de Albuquerque Cordeiro (RJ), Jairnilson da Silva Paim (BA), Jorge Antônio Zepeda Bermudez (RJ), José Carvalho de Noronha (RJ), José Ruben de Alcântara Bonfim (SP), José da Rocha Carvalheiro (SP) Roberto Passos Nogueira (DF), Sebastião Loureiro (BA), Sonia Maria Fleury Teixeira (RJ), Volnei Garrafa (DF)

PUBLISHING COUNCIL

Coordinator: Emerson Elias Merhy (SP)
Ana Maria Malik (SP), Carlos Botazzo (SP), Célia Maria de Almeida (RJ), Francisco Antonio de Castro Lacaz (SP), José Augusto Cabral de Barros (PE), Lia Giraldo da Silva Augusto (PE), Lígia Bahia (RJ), Lígia Giovanella (RJ), Luis Cordoní Júnior (PR), Luiz Augusto Facchini (RS), Luís Carlos de Oliveira Cecílio (SP), Maria Cecília de Souza Minayo (RJ), Naomar de Almeida Filho (BA), Nilson do Rosário Costa (RJ), Paulo Duarte de Carvalho Amarante (RJ)

EXECUTIVE SECRETARIES

Marília Fernanda de Souza Correia

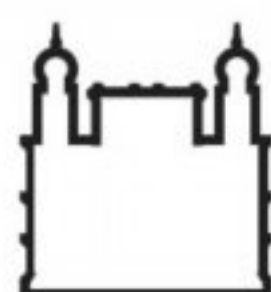
EXECUTIVE PUBLISHER

Sarah Escorel

INDEXATION

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)
The articles about Health History are indexed according to the HISA Base – Base Bibliográfica em História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Bibliographic Base on History in Latin America and the Caribbean)

Apoio



Ministério da Saúde

FIUCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



A Revista Saúde em Debate é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE

Rio de Janeiro v. 29 n. 69 jan./abr. 2005

ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL / EDITORIAL 3

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

A inserção da família na assistência em saúde mental
Family Inclusion in Mental Health Care
Amanda Reinaldo; Christine Wetzel & Luciane Prado Kantorski 5

Exclusão Social e Abandono do Louco Infrator
Social Exclusion and Neglect of Mentally Ill Offenders
Andréa dos Santos Silva Medeiros 17

O papel das políticas sociais frente à reestruturação do modelo assistencial em saúde mental
The Role of Social Policies in Restructuring the Mental Health Assistance Model
Paula Cambraia de Mendonça Vianna & Sônia Barros 27

Análise Situacional: reflexões sobre a importância deste instrumento para planejar a saúde da família no Sistema Local de Saúde do Município de São Luís do Curu-CE.
Situational Analysis: an Essential Element of Family Health Planning at the Local Health System of São Luís do Curu City, in Ceará State
Maria Verônica Sales da Silva; Maria Salete Bessa Jorge & Adail Afrânio Marcelino do Nascimento 36

O Colegiado como dispositivo democrático para a prática gerencial dos serviços de saúde: um estudo de caso
The Health Board as a Democratic Managerial Device in Health Services: a Case Study
Ana Lúcia Abrahão da Silva 43

Conselho Municipal de Saúde: Análise de uma trajetória histórica
Municipal Health Council: Analysis of a Historical Trajectory
Roberta Lazari Padavini; Cássia Irene Spinelli Arantes; Maria Lúcia Teixeira Machado & Márcia Niituma Ogata 55

A expressão do sorriso no cotidiano
The Influence of Smile in Daily Life
Aurigena Antunes Araújo Ferreira; Dyego Leandro Bezerra de Souza; Maria do Socorro Feitosa Alves & Kênio Costa Lima 64

Currículo Inovador em Odontologia: Considerações a Respeito
Considerations Regarding an Innovative Dentistry Curriculum
Myrna Carvalho Dias; Andréia Antoniuk Presta; Luciane Gava-Simioni; Paulo Batista de Souza & Nemre Adas Saliba 72

Fitoterapia no Serviço de Saúde: significados para clientes e profissionais de saúde
Phytotherapy in the Health Center: Meanings for Patients and Health Professionals
Silvana Nair Leite & Néia Schor 78

Política Nacional de Informação, Informática e Comunicação em Saúde: Um Pacto a Ser Construído
National Policy on Health Information, Informatics and Communication: a Pact to be Built
Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes & Miguel Murat Vasconcellos 86

ARTIGOS DE OPINIÃO/OPINION ARTICLES

Saúde: O Tudo para Todos que Sonhamos e o Tudo que nos Impingem os que Lucram com ela
Health: the "Everything for Everyone" Model Which We Dream of, and Everything That's Imposed to Us by Those Who Profit from it
Gilson Carvalho 99

EDITORIAL

A CRISE DO CEBES

Desde sua criação, o CEBES viveu várias crises relacionadas, principalmente, com o papel que lhe cabia desempenhar como um Centro de Estudos. Sua história, até hoje, foi marcada por intensa fragilidade financeira, o que o obriga a sobreviver precariamente com as verbas das anuidades pagas pelos associados e com a que advém de convênios e auxílios à edição de suas revistas.

Atualmente, o CEBES vive a sua maior crise financeira. Em janeiro de 2005, a Diretoria Nacional verificou o desvio de recursos e que tinha dívidas com pessoas físicas e jurídicas, principalmente com gráficas. Naquele momento, considerando o que a entidade devia na praça e o que tinha deixado de fazer – como a publicação das revistas – o saldo devedor era de cerca de 120 mil reais.

Desde então, os integrantes da Diretoria Nacional, com o apoio de alguns membros dos Conselhos Consultivo e Editorial, têm se dedicado a sanear a entidade, a reorganizar a secretaria executiva e a voltar a editar suas publicações. Muitos têm sido os apoios obtidos, entre os quais devemos mencionar: recursos do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para publicar os números 32 e 33 da *Divulgação em Saúde para Debate*; convênio realizado com a FIOCRUZ para viabilizar parcialmente a edição da *Saúde em Debate* n.68 – correspondente ao último quadrimestre de 2004, a *Divulgação em Saúde para Debate* n.31 e este número da *Saúde em Debate*, correspondente ao primeiro quadrimestre de 2005; a compra de parte de nosso estoque de revistas e livros pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; e doações generosas da REDE UNIDA e da ABRASCO. Além dessas instituições e entidades, queremos registrar também nossos agradecimentos a Caco Xavier, que voluntariamente coordenou a edição dos quatro números mencionados.

Esses apoios permitiram saldar integralmente nossas dívidas com pessoas físicas, mas com as gráficas, foi possível pagar apenas parcialmente as nossas dívidas. Renegociamos prazos e formas de pagamento e tudo está sendo quitado em parcelas mensais.

Em junho, a secretaria executiva do CEBES voltou a funcionar. Estamos, aos poucos, tentando regularizar nossas publicações. Não pudemos enviar os boletos bancários de cobrança da anuidade 2005 e os associados que pagaram a anuidade o fizeram espontaneamente, por meio de depósito em conta corrente.

Durante o primeiro semestre, as atividades de representação política ficaram prejudicadas pelas exigências de colocar a entidade novamente em funcionamento, mas, a partir de junho, com a nossa participação no 8º Simpósio sobre Política de Saúde da Câmara dos Deputados, podemos afirmar que o CEBES voltou a ter presença também em tais atividades.

Neste momento, precisamos do apoio dos associados e leitores da revista com o pagamento da anuidade de 2005.

Precisamos também iniciar um processo de debate sobre o futuro do CEBES, de forma a elaborar teses e confrontar opiniões que apoiem as decisões que deverão ser tomadas na Assembléia Geral que acontecerá no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e no 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, eventos a serem realizados de 21 a 25 de agosto de 2006, no Rio de Janeiro, quando deverá ser eleita nossa nova Diretoria Nacional.

Convidamos a todos os interessados a se manifestarem sobre o CEBES que queremos. As contribuições serão publicadas nos próximos números da *Saúde em Debate*.

Diretoria Nacional

EDITORIAL

CEBES' CRISIS

Since its creation, CEBES has gone through many crises, principally related to the role it should play as a Studies Center. Until today, its history has also been marked by a serious financial frailty, which leads the institution to survive in a precarious way, thanks to the budget obtained from annuities paid by its associates, and also by means of covenants and aids for the edition of its journals.

CEBES is currently going through its major financial crisis. In January 2005, the National Directorship verified the evasion of funds and debts to individuals and companies, principally print shops. In that moment, considering the entity's debts and what it had left undone — such as publishing its journals — the debt balance was around 120 thousand reais.

Since then, the National Directorship members, supported by some members of the Consultive and Editorial Boards, have dedicated themselves to sanitizing the entity, reorganizing its executive secretariat and resuming the edition of its publications. The institution has received support from many sources, among which should be mentioned: funds from the National Board of Municipal Health Directors (CONASEMS) in order to publish issues 32 and 33 of *Divulgação em Saúde para Debate* [Health Disclosure for Discussion Journal]; a covenant established with FIOCRUZ, helping to make it possible the edition of issue 68 of *Saúde em Debate* [Health in Discussion Journal], corresponding to the last third of 2004, issue 31 of *Divulgação em Saúde para Debate* [Health Disclosure for Discussion Journal] and the present issue of *Saúde em Debate* [Health in Discussion Journal], corresponding to the first third of 2005; the acquisition of part of our journals and books stock by the Aggeu Magalhães Research Center; and the generous donations from REDE UNIDA and ABRASCO. Besides these institutions and entities, we would also like to extend our gratitude to

Caco Xavier, who has voluntarily coordinated the edition of the four above mentioned issues.

This support allowed us to pay all our debts to individuals; nevertheless, we were only able to pay part of our debts to print shops. We have renegotiated payment terms and conditions, and everything is getting paid in monthly parcels.

In June, CEBES' executive secretariat returned to functioning. We are also gradually trying to resume the periodicity of our publications. We were not able to send the 2005 annuity bills, so the associates who paid it, did it by their own will, by means of bank deposits.

During the first semester, our political representation activities were impaired by the demand to putting the entity back in operation. However, from June on, with our participation in the 8th Chamber of Deputies' Symposium on Health Politics, it is possible to ascertain that CEBES has also regained its presence in such activities.

At the present moment, we need support from our associates and the journal's readers, by paying the 2005 annuity.

We also need to start a debate process about CEBES' future, in order to elaborate theses and to compare opinions in support to the decisions that must be taken at our General Assembly, which will be held in the 8th Brazilian Congress of Collective Health and in the 11th World Congress of Public Health. Both events will take place from August 21 to August 25, 2006, in Rio de Janeiro, when our new National Directorship should be elected.

We invite all people interested in manifesting themselves about the CEBES we want to have. The contributions will be published in the next issues of *Saúde em Debate* [Health in Discussion Journal].

National Directorship

A inserção da família na assistência em saúde mental

Family Inclusion in Mental Health Care

Amanda Reinaldo¹

Christine Wetzel²

Luciane Prado Kantorski³

Recebido: 24/11/01

Modificado: 30/07/03

Aprovado: 30/07/03

¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

amanda@eerp.usp.br

² Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil.

christi@eerp.usp.br

³ Docente da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas. Doutora em Enfermagem. Pesquisadora do CNPq, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

kantorski@uol.com.br

RESUMO

Este estudo aborda a inserção da família na assistência em saúde mental. Para tanto, os autores realizaram um resgate histórico da exclusão da família, no período da consolidação do campo psiquiátrico no seio da medicina. Posteriormente, mostraram que, através dos movimentos reformistas pós-Segunda Guerra Mundial, desencadeou-se o questionamento desta lógica, emergindo propostas precípua de inserção da família na assistência de saúde mental e, finalmente, a proposta atual de inserção, tendo como modelo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: *Família; saúde mental.*

ABSTRACT

This study addresses family inclusion in mental health care. To that end, the authors conducted an historical recovery of family exclusion during the period of consolidation of the psychiatric field in the heart of medicine. Then, they showed that, through reforming movements after World War II, this logic began to be questioned and proposals for family inclusion in mental health care emerged, finally leading to the current inclusion proposal, which is based on the assumptions of the Psychiatric Reform.

KEYWORDS: *family; mental health.*

INTRODUÇÃO

Neste estudo procuraremos enfocar a inserção da família na assistência em saúde mental, tema que ganha novos contornos à luz da Reforma Psiquiátrica proposta em vários países do mundo. A relevância desta temática está no fato de que este novo cenário tem causado grande impacto na prática cotidiana de equipes de saúde mental, que buscam imprimir no seu fazer os pressupostos de uma prática renovadora.

A participação da família na assistência em saúde mental tem sido preocupação de diversos estudiosos que tentam entender um pouco mais esse universo complexo evidenciado como *locus* de atenção para os trabalhadores da saúde mental (SCHNEIDER, 2001; SILVA, 1998; KOGA & FUREGATO, 1998; WAIDMAN, 1998 e COLVERO & MACHADO, 1998). Com esse mesmo intuito, Wetzels (2000) e Hirdes (2000) estudam o contexto dos serviços que propõem a inserção da família na assistência, enquanto outros tratam de tecnologias de assistência à família, principalmente a visita domiciliar (OLIVEIRA, 2001).

Assim, com a finalidade de discutir a questão da família e sua relação com o portador de sofrimento psíquico em diferentes épocas, realizamos uma reflexão teórica, através da qual estabelecemos uma interlocução com alguns autores que tratam dessa temática.

Acreditamos que os familiares devem ser vistos também como protagonistas do momento de transformação que ora vivemos e “com esse novo protagonismo delineia-se efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira” (AMARANTE, 1995:130).

A delimitação do tema ‘assistência à família’, dentro do campo da saúde mental, nos remete ao seu caráter histórico, pois as práticas relacionadas à família estão ligadas

A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA

NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL
TEM SIDO PREOCUPAÇÃO DE DIVERSOS
ESTUDIOSOS QUE TENTAM ENTENDER UM
POUCO MAIS ESSE UNIVERSO COMPLEXO

a mudanças de toda uma racionalidade, e não percebemos a assistência à família atrelada apenas a uma série de determinações, como se não houvesse qualquer possibilidade de transformação fora do espaço macro. Essa possibilidade existe porque os serviços de saúde se conformam como um espaço importante para essa práxis, e também porque a tensão ocasionada pela inserção de novos atores no cenário da assistência em saúde mental, nas úl-

timas décadas, criou espaços importantes na luta pela mudança da lógica assistencial neste país.

A EXCLUSÃO DA FAMÍLIA

Para entendermos o ‘retorno da família’ ao cuidado do doente precisamos resgatar como ela foi excluída do tratamento. Segundo Saraceno (1999), existe uma literatura vastíssima sobre a família do paciente psiquiátrico, mas ele ressalta que a história da psiquiatria tem sido também a história das atitudes da psiquiatria em relação à família do paciente: no velho manicomio, a família era cúmplice resignada e grata pela internação do paciente, de modo que a instituição se auto-reproduzia graças a essa gratidão (às vezes concretamente expressa pelos familiares na forma de pequenas ou grandes doações, destinadas a manter o *status quo*).

Com a instituição do asilo e do tratamento moral no século XVIII, inaugura-se o campo da psiquiatria no seio da ciência médica, e o louco passa a adquirir o status de doente mental; insere-se o quadro nosológico da época e a loucura perde seu caráter mágico que vigorou na Antiguidade e na Idade Média.

As idéias do Iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos do Homem – esta última nos Estados Unidos – propiciaram terreno fértil para que crescessem as denúncias contra o

confinamento dos doentes mentais “em promiscuidade com toda espécie de marginalizados sociais” (REZENDE, 1992:25). A partir da Revolução Industrial, com base nos ideais do liberalismo, o antigo sistema de assistência passou a ser criticado por desperdiçar força de trabalho e vidas humanas que poderiam estar sendo empregadas na indústria. Sendo assim, todos os que estavam confinados nos asilos e não eram considerados loucos foram libertados.

A partir da segunda metade do século XIX, a psiquiatria assumiu um caráter positivista e passou a seguir a orientação das demais ciências naturais, quando o importante era observar e descrever os distúrbios do comportamento humano, tão peculiar à medicina biológica. O período pós-guerra se conformou como o cenário para o projeto de reforma psiquiátrica e novas questões referentes ao papel e a natureza da instituição asilar e do saber psiquiátrico foram postas em questionamento, e esses, por sua vez, suscitaram os diferentes movimentos reformistas da psiquiatria que surgiram em vários países (AMARANTE, 1995).

O isolamento terapêutico foi também uma resposta à sociedade que conclamava uma solução para os insanos, solução que estabeleceu uma mediação entre os lemas libertários da Revolução Francesa e as medidas de caráter mais drástico, destinadas aos vagabundos e traidores. O gesto simbólico de Philippe Pinel, de libertação dos loucos das

correntes, não deu ao doente o direito de sair do asilo, mas, sim, o direito ao tratamento em uma instituição autorizada para tanto.

“Por que se apregoa a liberdade para todos, enquanto o louco, ao contrário, deve permanecer enclausurado? Porque a internação não é clausura: o alienado está privado de liberdade justamente por estar sob o jugo da alienação mental, enquanto deve ser isolado, pois o isolamento visa seu tratamento e, portanto, a sua completa liberdade.” (AMARANTE, 2000:50)

O ISOLAMENTO DO LOUCO COM SEU AFASTAMENTO DA FAMÍLIA, ERA REALIZADO COM ARGUMENTOS TÉCNICOS QUE FUNDAMENTARAM O NASCIMENTO DA PSIQUIATRIA, OS QUAIS AINDA SE MANTÊM ATÉ OS DIAS ATUAIS

Portanto, uma das imposições da prática asilar era *isolar do mundo exterior* o indivíduo, ou seja, romper o foco de influências não controladas pelo meio, justificando o “isolamento terapêutico”. O próprio Pinel, no *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, publicado no ano de 1809, explica as bases do isolamento como prática terapêutica:

“Em geral, é tão agradável para um doente estar no seio da família e aí receber os cuidados e as consolações

de uma amizade terna e indulgente, que enuncio penosamente uma verdade triste, mas constatada pela experiência repetida, ou seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos estrangeiras e de isolá-lo de seus parentes.” (apud CASTEL, 1991:86)

Como vemos, nesse período, o isolamento do louco com seu afastamento da família, era realizado com argumentos técnicos que fundamentaram o nascimento da psiquiatria, os quais ainda se mantêm até os dias atuais. Um exemplo é a proibição de visitas em algumas instituições psiquiátricas, principalmente nos primeiros dias de internação. Estas instituições vêem o familiar apenas como um fornecedor de informações um pouco mais fidedignas sobre o paciente, ou como possível fator etiológico da sua doença. As bases do tratamento moral, desenvolvidas no século XVIII, tiveram resolutividade na exclusão do então doente mental, sendo esta fundamentada em argumentos científicos, cuja superação encontra diversas barreiras. Mesmo frente a todo o questionamento dessa prática no cotidiano das instituições, percebemos que estes fundamentos ainda permanecem.

Goffman (1999), ao trabalhar com o conceito de instituições totais – entre as quais o manicômio –, ressalta que elas são incompatíveis com a família, pois a vida familiar, às vezes, comparada com a vida solitária, na realidade destas instituições contrasta mais com a vida

em grupo, pois aqueles que comem e dormem no mesmo espaço, com as mesmas pessoas, dificilmente podem manter uma existência doméstica significativa.

Nos hospitais psiquiátricos, em maior ou menor grau, um grupo de pessoas, durante um tempo (ou por toda a vida) desenvolve todas as atividades no mesmo lugar e com as mesmas pessoas, característica fundamental para que os pacientes percam cada vez sua identidade, num ambiente pobre, rígido e absolutamente predeterminado em seu funcionamento (GOFFMAN, 1999).

“Independentemente do fato de determinada instituição total agir como força boa ou má na sociedade civil, certamente terá força, e esta depende em parte da supressão de um círculo completo de lares reais ou potenciais. Inversamente, a formação de lares dá uma garantia estrutural de que as instituições totais não deixarão de enfrentar resistências. A incompatibilidade entre estas duas formas de organização social deve esclarecer algo a respeito das funções sociais mais amplas de ambas.” (GOFFMAN, 1999:22)

Após a Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e de reconstrução social e com o desenvolvimento dos movimentos civis, de debates nos âmbitos político e econômico, da organização institucional e da assistência em saúde, (com particular ênfase em relação ao manicômio e sua semelhança com os campos de concentração), somados à maior tole-

rância para as diferenças, entre outras forças, provocaram mudanças significativas na assistência ao doente mental, o que colaborou para o surgimento de críticas ao hospital psiquiátrico e propostas para sua transformação e até mesmo sua extinção (DESVIAT, 1999).

Frente à carência de braços para o trabalho, tanto a Europa como os Estados Unidos passaram a exigir a dinamização da estrutura hospitalar, além de novas modalidades e

NOVOS REFERENCIAIS E PRÁTICAS,
NOVOS OLHARES PARA A LOUCURA E
PARA A MENTE HUMANA E FORMAS
DIVERSAS DE TRATAMENTO,
EM DIFERENTES CONTEXTOS,
QUESTIONAM O MODELO HEGEMÔNICO

condições mais humanas de tratamento ao doente mental, com vistas à maior eficácia na recuperação dos doentes. O isolamento deixa de ser interessante nesse contexto, diante da formulação de uma política de portas abertas.

“Lugar zero de trocas sociais. Deserto humano, ético e material. No seio de uma sociedade que aspira à eficiência, à racionalidade, à qualidade de vida, é muito difícil justificar a presença arcaica do manicômio.” (MELMAN, 2001:56)

Nesse momento, surgem a comunidade terapêutica (Inglaterra, 1959), a psicoterapia institucional e psiquiatria de setor (França, 1962), a psiquiatria preventiva (Estados Unidos, 1963), e também a psiquiatria democrática (Itália, 1973), como propostas de assistência cujos pressupostos constituíam categorias primordiais de uma cultura universal da reforma. Novos referenciais e práticas, novos olhares para a loucura e para a mente humana e formas diversas de tratamento, em diferentes contextos, questionam o modelo hegemônico.

Apesar das contribuições desses movimentos, e das possibilidades de mudanças, eles esbarram na manutenção da hegemonia do hospital psiquiátrico, como aponta Saraceno:

“Nos últimos cinquenta anos certamente o papel hegemônico do hospital psiquiátrico foi colocado em questão de maneiras diversas, em lugares e tempos diversos, através da ativação de dispositivos de tratamento e assistência diferentes. Muito frequentemente, entretanto, o colocar em questão tal situação não significou colocar em cheque, ou porque resultou em dispositivos paralelos ao hospital psiquiátrico (é o caso da experiência francesa do setor), ou porque encaixou em uma crítica de grupos intelectuais sem o poder (ou a vontade) de traduzir o pensamento em uma prática de transformação real (é o caso do movimento antipsiquiátrico inglês).” (SARACENO, 1999:63)

Este autor ressalta que se a crítica ao manicômio não assume a conotação de crítica à ideologia

psiquiátrica, ela traduzir-se-á simplesmente na criação de outros cenários para o exercício da mesmíssima ideologia psiquiátrica.

Nesse contexto, a família é vista como um sistema doente, no qual um membro especialmente frágil vem identificado por uma doença socialmente reconhecida, inaugurando-se, assim, um período de culpabilização da família. É importante ressaltar que a crítica às contribuições teóricas da 'psicopatologia familiar do psicótico' não é em relação à teoria 'em si', mas à forma como foi incorporada:

"Foi realizada uma grosseira e mal feita leitura dessas contribuições e à cumplicidade precedente ('fiquem tranquilos, pois nós cuidamos de seu filho') vem, em substituição, uma responsabilização por parte da psiquiatria ('façam vocês mesmos, já que sobre o seu filho devem pensar vocês'). Certamente a análise do sistema familiar como sistema de signos complexos não queria criar uma teoria simplificada que legitimasse o abandono do psicótico para a família." (idem, p.102)

O autor diz que, com certeza, à medida que a psiquiatria não pode mais seqüestrar impunemente, por toda uma vida, o paciente do manicômio, deve ocupar-se também do 'fora', parecendo sedutora a culpabilização da família e o conseqüente abandono do paciente para a família culpada. Ocupar-se do paciente 'fora' é mais difícil, cansativo, de maior responsabilidade, arriscado e, por isso, segundo um enredo irresistível para os psiquia-

tras, 'aparece' uma teoria que legitima uma prática.

A forma enviesada como a teoria sistêmica foi tomada, causou conseqüências enormes na produção de conhecimento e nas práticas voltadas para a saúde mental que tinham, supostamente, como eixo a família, mas colocando-a como culpada e o paciente como bode expiatório.

Estudo realizado por Ackerman (1986) mostra como estas interpretações ainda têm força:

A PROPOSTA CONTRA-HEGEMÔNICA AO MODELO FUNDADO NA PSIQUIATRIA REMETE A OUTRO PARADIGMA DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL, QUE TEM A FAMÍLIA COMO PROTAGONISTA. ESTA PROPOSTA CONFORMOU AS BASES DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

"O paciente revela-se freqüentemente um emissário disfarçado de um grupo familiar emocionalmente deformado. Para o autor, um fator na motivação para que a pessoa seja encaminhada para a internação, é que um outro membro da família procura controlar e transformar o comportamento do paciente para melhor ajustar-se às necessidades suas ou da sua família, para discipliná-lo e puni-lo, para aliviar uma carga excessiva de culpa, ou para usá-lo como um bode expiatório, por trás do qual outros membros da família podem ocultar seus próprios transtornos psiquiátricos." (p.112)

Verificamos que ter a família como cúmplice, em um primeiro momento, e como ré, num segundo, não modificou em nada a sua exclusão, sempre legitimada pelo saber psiquiátrico.

O RETORNO DA FAMÍLIA À CENA

A proposta contra-hegemônica ao modelo fundado na psiquiatria remete a outro paradigma de atenção à saúde mental, que tem a família como protagonista. Esta proposta conformou as bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira, porém como não é objetivo deste estudo analisar o movimento da reforma, apresentaremos alguns conceitos importantes para a compreensão das novas diretrizes que orientam as políticas e as práticas de saúde mental, no que diz respeito à inserção da família no tratamento, pois entendemos que essa questão não pode ser dissociada de uma visão mais ampla, que nos remeta aos conceitos de saúde/doença mental, práticas terapêuticas, e outros.

A proposta de mudança teve como maior inspiração a Reforma Psiquiátrica Italiana, conhecida como movimento de desinstitucionalização, porque tece uma crítica radical à psiquiatria e à instituição que a operacionaliza no concreto: o hospital psiquiátrico.

Para Rotelli et al. (1990:26), apesar dos pressupostos científicos pretendidos pela psiquiatria, ela foi a

primeira prática desconfirmadora do paradigma racionalista, baseado em “*um sistema de ação que intervém em um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (a cura)*”.

Todo o processo da Reforma Psiquiátrica Italiana partia do pressuposto de “*que o mal obscuro da psiquiatria está em ter separado um objeto fictício, a doença da existência complexa e concreta do paciente e do corpo social*”, e sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos legislativos, científicos, administrativos, além de códigos de referência cultural e de relações de poder, todos referidos à doença (ROTELLI et al., 1990:27).

Basaglia defende amplamente esta, que segundo ele é a instituição a ser negada; para o autor, a ação no sentido de uma dimensão negativa é, ao mesmo tempo, destruição e superação (BASAGLIA, 1991). O objeto da psiquiatria torna-se, então, não mais a periculosidade e a doença, mas a “*existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social*” (ROTELLI et al., 1990:27).

De início, a doença mental foi isolada até se conhecerem as necessidades do homem, após isso, o processo prático-crítico se aprofunda de forma a transformar radicalmente a redução da loucura em doença mental. Essa redução e a simplificação foram utilizadas pela psiquiatria, a qual empregou o modelo de intervenção medicalizador do sistema

manicomial para excluir o homem, enquanto ser social.

No final da década de 1970, com o surgimento do movimento denominado Reforma Sanitária e a organização do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, inicia-se no Brasil o questionamento do modelo manicomial, centrado no hospital psiquiátrico. Este movimento envolveu diversos atores e cenários e se configurou como um espaço importante de luta para mu-

AS NOVAS DIRETRIZES
PRECONIZADAS PELA REFORMA
VISAM À MELHORIA DA
QUALIDADE DE VIDA DO USUÁRIO,
NA FORMA DO RESGATE
DE SUA CIDADANIA

dança da lógica assistencial, tendo ocasionado, concretamente, mudanças em várias esferas: legislativo, serviços, políticas, academia, enfim, altera-se o âmbito institucional de vários setores da sociedade.

Dessa forma, as novas diretrizes preconizadas pela Reforma visam à melhoria da qualidade de vida do usuário, na forma do resgate de sua cidadania, podendo essa qualidade de vida ser oferecida por meio de um melhor atendimento e da redução

tanto das internações como do período de duração das mesmas e, sempre que possível, manter o usuário no meio familiar através de suporte oferecido por uma rede de saúde.

Os problemas encontrados para reinserção familiar no tratamento são os mais diversos. Hoje, existem serviços, tais como o hospital-dia, núcleos e centros de atenção psicossocial, oficinas terapêuticas, nas quais a parceria com os familiares está conseguindo reverter esse quadro, pois as famílias que em geral ficavam sozinhas após o retorno do usuário ao domicílio, já contam com o apoio de instituições e associações.

É fundamental realçar, aqui, a consciência crescente dos trabalhadores de serviços psiquiátricos que estimulam um co-envolvimento da família dos pacientes nos projetos de reabilitação.

“(...) certamente não todos os serviços (ao contrário, uma exígua minoria) adotam modelos formais de intervenção, mas é importante de qualquer forma que se venha criando um tal ponto de encontro entre abordagens ‘técnicas’ e abordagens ‘empíricas’ que a família do paciente deixe de ser cúmplice ou vítima da psiquiatria, tornando-se protagonista responsável pelos processos de tratamento e organização do mesmo.” (SARACENO, 1999:126)

Segundo ainda Saraceno, vários estudos (STRAUSS e col. 1977; BROWN e col., 1972; LEFF & VAUGHN, 1985; COHEN & SOKOVSKY, 1978; STRAUSS & CARPENTER, 1972; DOHRENWEND e col. 1986) mostram que, não necessari-

amente, a cronificação e o empobrecimento do psicótico são resultados intrínsecos da doença, mas da constelação de variáveis, as quais, na maioria das vezes, são ligadas aos contextos microssociais (família e comunidade) e pressupõem estratégias de manejo ambiental distantes das propostas pelo modelo psiquiátrico biomédico. A necessidade de reabilitação coincide com a necessidade de elaboração de ações que estejam mais próximas da realidade das variáveis implicadas na evolução da psicose. Estes estudos desmontam algumas críticas de que os pressupostos da reforma carecem de dados científicos que os fundamentem. Como sabemos, os dados e evidências não fundamentam a manutenção do modelo manicomial, porém indicam que as variáveis microssociais estão mais implicadas na evolução da doença. As 'estratégias de manejo ambiental' ainda precisam ser mais bem entendidas e desenvolvidas, e no Brasil existem algumas experiências significativas que trabalham e atuam com o contexto, as quais precisam ser teorizadas para o preenchimento da lacuna existente sobre teorias e conceitos dessa nova prática.

O CONTEXTO: ESPAÇO CONSTRUTOR DE RELAÇÕES

Uma série de teorias fundamentadas nas diversas correntes do relacionamento terapêutico não traz à cena

a questão do espaço, que é fundamental dentro dessa nova abordagem. Parece que a técnica sobrepõe todas as questões, podendo ser desenvolvida em qualquer local, e estes estudos trazem, a nós profissionais, uma ilusão de que a solução técnica é boa 'em si'. Se o paciente não melhora, o problema não está relacionado à técnica e sim à sua aplicação: a relação foi diretiva, ocorreu contra-transferência; ou ao contexto: a família não colabora, o serviço não possui

DADOS E EVIDÊNCIAS NÃO FUNDAMENTAM A MANUTENÇÃO DO MODELO MANICOMIAL, PORÉM INDICAM QUE AS VARIÁVEIS MICROSSOCIAIS ESTÃO MAIS IMPLICADAS NA EVOLUÇÃO DA DOENÇA

uma sala adequada; ou ao próprio paciente: é refratário ao tratamento; o prognóstico é reservado.

Barros (1996:176), ao analisar as práticas de ensino de enfermagem psiquiátrica, observou que, apesar de priorizar o relacionamento terapêutico como intervenção, o campo de estágio continua a ser realizado em hospital psiquiátrico, considerado "pouco ou nada terapêutico, onde os pacientes não têm a oportunidade de buscar a terapia e o terapeuta".

Saraceno (1999) refere-se à descolagem entre realidades e modelos teóricos que fundamentam as práticas psiquiátricas, constatando que em psiquiatria a influência dos fatores de confusão – presentes na realidade – 'consome' as técnicas e os modelos, e 'cria' técnicas e modelos operativos que são de fato os objetos desconhecidos e não descritos.

O modelo biomédico que sustenta a tese de que se não há melhora no quadro do paciente, pressupõe que o motivo para que isso ocorra é alguma questão associada ao paciente, seus familiares, ao local onde o tratamento está sendo realizado, enfim a variáveis que não são inerentes as teorias que fundamentam a psiquiatria biológica, este modelo defende a exportação do *setting* para a realidade, não devendo este último adaptar-se à realidade, mas a realidade ao *setting* (SARACENO, 1999). Esta afirmação é fundamental quando tratamos da inserção da família no tratamento, pois ela pode aparecer de diversas formas e, com frequência, aproxima-se da idéia de que a família deve moldar-se ao serviço, às suas normas, incorporando as verdades da equipe, com o argumento de que são os técnicos que detêm o conhecimento. A forma, o tempo e o espaço da relação entre a família e a equipe são determinados por esta última e dificilmente serão negociáveis. Assim, a construção de espaços de troca fica a desejar.

Outra questão importante é que a separação dos âmbitos da rede social e da rede familiar é ilusória, pois intervenções que melhorem o *setting* familiar, podem gerar também expansão na rede social. O sofrimento da rede familiar influi na riqueza da rede social ampliada e vice-versa.

E qual é, a partir disso, a relação possível entre equipe e família? Aproxima-se, da nossa concepção aquela que Campos (2000) apresenta como construção de contratos, ou seja, a de que a constituição de relações de forma racional e consciente transforma o compromisso entre a família e a equipe em estratégias de relação. O contrato entre eles implica conflito e composição, negociação e luta, imposição e renúncia.

Nesse espaço heterogêneo, os interesses não são os mesmos. Quanto mais autoritária e rígida for a relação com a família e quanto mais esta estiver aprisionada a valores e teorias, menor o espaço para as diversidades, empobrecendo o poder real de intervenção, pois a equipe se defenderá do sentimento de impotência frente ao problema, enquanto a família permanecerá em um papel secundário, sem visualizar-se como sujeito no processo. Construir espaços de troca e de contratos torna mais rico o campo de possibilidades, em que os interesses individuais e coletivos tornam-se explícitos, servindo de fermento para a construção da tão falada relação terapêutica.

O DESGASTE DA FAMÍLIA

Para Saraceno (1999), é evidente que tanto o plano psicológico quanto o plano material dos familiares sofra graves danos, no que diz respeito à organização da própria vida. Os próprios familiares experimentam, no decorrer do tempo, distúrbios e desabilitações psicossociais, como o evidenciado pelo *Scottish Schizophrenia Study*, no qual os familiares de esquizofrênicos, depois



DEVEMOS TER A FAMÍLIA

COMO ALIADA NO TRATAMENTO,
PORÉM PARA ARREGIMENTÁ-LA

É PRECISO QUE TENHAMOS
ALGO A LHE OFERECER



do primeiro episódio, sofrem de desabilitações sociais transitórias e distúrbios persistentes na relação de casal. Dificuldades de interação entre familiares e paciente são referidas pelos primeiros como o elemento mais difícil a ser enfrentado e, no decorrer do tempo, de aceitar. A maior parte deles afirma que os efeitos sobre a própria saúde ao se viver com um paciente esquizofrênico são graves, e que os serviços psiquiátricos não sabem e não po-

dem oferecer suporte adequado. É interessante que, em geral, a despeito desses sofrimentos e dessas lamentações, grande parte dos familiares prefere ter o doente em casa a evitar a sua internação em hospital psiquiátrico, como evidenciam os estudos de Grad e Sainsbury (1968); Jonstone e col. (1984).

Ainda segundo Saraceno (1999), a intervenção para aliviar, para os familiares, o 'peso' da interação e manejo do psicótico não obtém efeitos positivos somente sobre os membros da família, como também os orienta a diminuir a solicitação de expulsão do familiar adoecido, obtendo assim benefício indireto para este último e para os programas de reabilitação que para ele são desenvolvidos.

Devemos ter a família como aliada no tratamento, porém para arregimentá-la é preciso que tenhamos algo a lhe oferecer. Acreditamos que a melhor forma é oferecer ajuda para que encontre caminhos para resolver ou suavizar seus problemas e dificuldades. Ouvimos, freqüentemente, alguns jargões sobre a família: 'toda família tem o louco que merece', 'o paciente tem uma mãe esquizofrenizante', 'não trato a família, só o paciente', os quais, de certa forma, expressam o abandono em que vivem os familiares, e revelam que alguns profissionais de saúde ainda não perceberam que a família é uma aliada para manter o usuário no domicílio.

Oliveira & Jorge (1999:379), avaliando o relacionamento entre usuário e família no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Lugar de Vida”, em Fortaleza, revelam que a família nem sempre está preparada para arcar com os desgastes, tensões e conflitos causados pelo convívio com o usuário. Para as autoras, a presença do usuário no lar cria permanente estado de instabilidade emocional entre os membros da família, motivo pelo qual nem sempre estes aceitam o ‘ônus do convívio’. O usuário é visto como um foco de anormalidade, que tem poder de ‘adoecer’ outros familiares. As famílias ouvidas no estudo se dividiram entre aquelas que acreditam que o lugar do usuário é na instituição hospitalar, e outras que não abrem mão de tê-los em casa. O segundo grupo, entretanto, avalia que o relacionamento poderia ser melhor, se os serviços de saúde oferecessem suporte para tratamento e serviços extra-hospitalares.

“Conviver com uma pessoa que exige que seus pedidos sejam atendidos imediatamente, porque pode manifestar atitudes agressivas, sair de casa sem dizer para onde vai, que muitas vezes fica acordado a noite inteira conversando sozinho ou falando coisas que só têm significado para si mesmo, não constitui uma tarefa fácil! Por acontecer repetidas vezes, altera o clima dentro de casa o que sem dúvida constitui desgaste físico e mental para a família.” (KOGA & FUREGATO, 1999:366)

É inegável que a convivência com a doença mental gera problemas e dificuldades complexas, que não podem ser abordados de forma simplificada. Os recursos teóricos construídos são fundamentais para direcionar uma releitura das práticas utilizadas, mas não devem se conformar como camisas-de-força, em que não se vislumbram novas possibilidades de atenção. A invenção e a criatividade são de grande importância para

O OLHAR PESSIMISTA DÁ LUGAR
AO OLHAR ABERTO QUE ABRANGE
UM UNIVERSO DE POSSIBILIDADES (...)
PERMITINDO QUE A FAMÍLIA PARTICIPE DE
UMA NOVA FUNÇÃO, A FUNÇÃO
REABILITATÓRIA

que, na dinâmica do cotidiano, não transformemos nossas ações em saberes e práticas cristalizadas.

TRABALHANDO NO CAMPO
DAS POSSIBILIDADES

As considerações sobre os problemas são acompanhadas do reconhecimento de possibilidades de enfrentamento. Substitui-se a profecia sobre o futuro, centrada na doença, pelo reconhecimento das

diferenças individuais e da variedade da rede de pertinência dos sujeitos, pela análise das condições e propostas dos projetos terapêuticos, pela dinâmica institucional e pelo processo de desinternação.

“Na transição do autoritarismo para a democracia, em termos macrosociais, e na transição da instituição total para os equipamentos na comunidade, em termos microsociais, muito de desesperança tem que ser desconstruído, e não somente entre internos, mas, muitas vezes, principalmente, entre as equipes de saúde.” (SARACENO, 1996:16)

Essa desesperança cristalizada nos discursos, saberes e práticas das equipes de saúde não valorizam a procura de recursos escondidos, nem tampouco do universo de possibilidades interativas existentes hoje. Mudando o modelo do dano para o modelo do desafio, altera-se o processo de elaboração de prognóstico: o olhar pessimista dá lugar ao olhar aberto que abrange um universo de possibilidades e diversidades, de necessidades e de modos de resolução, permitindo que a família participe de uma nova função, a função reabilitatória.

Hirdes (2001) e Wetzel (2000), ao analisarem um serviço de saúde mental que trabalha com um modelo de inserção da família, trazem a importância desta capitalização de forças da família para o sucesso do trabalho. Esse processo passa por diversas ações que envolvem a reorganização do trabalho, a busca

ativa através de visitas domiciliares, a permanência de um membro da equipe na casa da família, a descentralização das reuniões de familiares, distribuídas entre os bairros e a zona rural, facilitando a participação do familiar. Há também a criação da associação de familiares e usuários, na qual a inserção do familiar transcende o aspecto mais individualizado, relacionado ao tratamento de um determinado usuário, pois ele fará parte de um movimento coletivo, em que diversos atores buscam, na união de esforços, uma mudança mais abrangente.

Hirdes (2001) salienta que, apesar de a prática de reuniões de familiares e entrevistas remeterem ao trabalho desenvolvido e consolidado em instituições totais, estas, no contexto comunitário, têm outra dimensão, ou seja, o *setting* do hospital psiquiátrico não propicia uma integração dinâmica no sentido de resolver problemas *in loco*, porém em um serviço comunitário, através das múltiplas estratégias de intervenção, as necessidades, dificuldades e manejos podem ser trabalhados em conjunto com a família.

A produção dessa nova cultura de relações e possibilidades, que se realiza em todos os níveis, tende a transformar os papéis institucionalizados, que se constituem em res-

postas às novas e diferentes necessidades que se apresentam.

A assistência psiquiátrica tem percorrido um longo caminho de transformação que nos leva a pensar sobre o que, antes, de forma equivocada, era chamada 'ação reabilitadora', diante de uma visão em que o manejo técnico da psicose estava distanciado de uma prática política e social.

Acreditando no potencial de transformação da família, os manu-

EM UM SERVIÇO COMUNITÁRIO,
 ATRAVÉS DAS MÚLTIPLAS ESTRATÉGIAS
 DE INTERVENÇÃO, AS NECESSIDADES,
 DIFICULDADES E MANEJOS PODEM SER
 TRABALHADOS EM CONJUNTO COM A FAMÍLIA

ais de orientação aos familiares devem ter um enfoque diferente, pois os encontrados nos diversos serviços, que tradicionalmente trazem uma série de prescrições e informações sobre a doença, normas do serviço e horários de reuniões, retratam a família como um depositário passivo de informações.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um manual mostrando as diversas experiências e evidências de diferentes origens, e co-envolveu grupos de auto-ajuda de familiares de esquizofrênicos na sua elaboração (WHO, 1992).

Numa das partes, o documento enfoca a relação entre famílias e profissionais, criticando o mecanismo de culpabilização que, frente à dramaticidade da situação, aparece para aliviar a todos os atores envolvidos. Ressalta a importância do entendimento destes mecanismos para que não haja interferência indevida no tratamento. Considera o trabalho multiprofissional fundamental para melhorar a evolução do paciente, e questiona a hegemonia do papel do médico na resolução dos problemas.

A seguir, a afirmação que consta do referido manual:

"The more professionals can know your relative as a person, and not only as a patient, the better their treatment is likely to become. That works the other way as well. The more you see the professional treating your relative as a person, with skills and limitations, with knowledge and gaps in knowledge, with imperfect judgment, with generally good motives but with the usual quirks of human nature, the more productive your partnership will be."
 (WHO, 1992:26)¹

¹ "Quanto mais os profissionais puderem conhecer o seu familiar como pessoa, e não apenas como paciente, melhores serão as perspectivas do tratamento. Também se verifica o inverso: quanto mais você perceber o profissional responsável pelo tratamento do seu familiar como pessoa, com habilidades e limitações, com um conhecimento dotado de falhas, capaz de avaliações imperfeitas, com boas intenções de forma geral mas também com as nuances características da natureza humana, mais produtiva será a sua parceria."

Reiterando a importância de o profissional ver o paciente como pessoa, o manual também critica e questiona a objetualização do paciente, construída na lógica do saber biomédico, quando os profissionais se esquecem que estão lidando com uma pessoa singular, e não com um conjunto de sinais e sintomas, ou dados estatísticos. O que parece inédito nesta afirmação é o questionamento da idealização dos profissionais, construída dentro dessa mesma lógica. Se pensarmos em parceria, estas duas vias são fundamentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda ciência procura reservar para si o seu campo de conhecimento, e com a psiquiatria não poderia ser diferente. Durante muito tempo ela tomou para si não só a doença mental, mas também o indivíduo doente que foi seqüestrado do seu meio social, e se viu excluído do convívio familiar.

O doente seqüestrado passou a ser objeto de estudo e tudo que era diferente ou estranho à doença foi expulso do espaço asilar. Entretanto, hoje fazemos a releitura desse fato, tendo em vista que o paciente e sua família são seres múltiplos, construídos dentro de uma realidade social que não pode ser separada. É inviável pensar que o corpo biológico (doente) possa existir fora da dimensão social e longe de suas relações sociais (família, comunida-

de). O saber psiquiátrico produziu o doente sem família e hoje tenta desconstruir essa produção.

Sendo assim, pudemos observar que a psiquiatria, por algum tempo, desmontou todas as relações que existiam entre doente e família. Nos dias atuais, tenta reconstruir (experiências individuais de ressocialização, reabilitação psicossocial, associações de familiares que foram criadas à revelia das instituições, etc.) modelos de atenção em saúde mental, capazes de reconstruir aquelas relações, tornando o que era disjuntivo (família-doente) em conjuntivo (família).

Ainda temos um longo caminho a trilhar e precisamos identificar espaços onde a inserção da família possa ser construída, como na assistência, ensino ou pesquisa. Na assistência, os serviços devem priorizar a atenção à família procurando, no seu cotidiano, escrever uma nova história da assistência em saúde mental. O ensino deve contemplar a inclusão de conteúdos relacionados à família nos cursos de graduação e de pós-graduação, na área da saúde, além da realização de atividades práticas e de estágios em serviços que estejam engajados às propostas da reforma. Quanto à pesquisa, esta deve estudar a dinâmica de assistência na família e construir novas estratégias e possibilidades para a questão, uma vez que a problematização, a crítica e, principalmente, a invenção, são fundamentais para

todo o processo em um território em que nada está dado, acabado.

Pensamos que negar, no sentido de superar, possa vir a ocorrer através da relação dos diferentes atores envolvidos: profissionais, usuários e famílias, na busca de contratos como estratégias de relação em um espaço no qual a construção de parceria com a família aconteça através de trocas que respeitem as diversidades, fazendo emergir as diferenças, os conflitos, enfim, trocar a lógica do dano pela do desafio.

REFERÊNCIAS

- ACKERMAN, N.W. *Diagnóstico e tratamento das relações familiares*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1986. 322 p.
- AMARANTE, Paulo. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.
- _____. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 144 p.
- BARROS, S. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice*. 1996. 122 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BASAGLIA, FRANCO. *A Instituição negada*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. 326 p.

- CAMPOS, Gastão Wagner de S. *Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. 225 p.
- CASTEL, Robert. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. 329 p.
- COLVERO, L.; MACHADO, A.L. O cuidado na dimensão subjetiva: o ensino das relações interpessoais. In: LABATE, R. C. (Org.) *Caminhando para assistência integral*. Ribeirão Preto, SP: Scala, 1999. p. 167-77.
- DESVIAT, M. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 167 p.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1999. 312 p.
- HIRDES, A. *Reabilitação Psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo*. Erechim, RS: EDIFAPES, 2001. 208 p.
- KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: LABATE, R. C. (Org.) *Caminhando para assistência integral*. Ribeirão Preto, SP: Scala, 1999. p. 263-377.
- MELMAN, J. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras, 2001. (Coleção Ensaio Transversais)
- OLIVEIRA, M.M.B.; JORGE, M.S.B. Doente mental e sua relação com a família. In: LABATE, R. C. (Org.) *Caminhando para assistência integral*. Ribeirão Preto, SP: Scala, 1999. p. 162-168.
- OLIVEIRA, R. M. P. de *Pintando novos caminhos: visita domiciliar em saúde mental*. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (Org.) *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1992. p. 15-69.
- ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.) *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. 158 p.
- _____. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá; Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 1999. 176 p.
- SCHNEIDER, J. F. *Ser-Família de Esquizofrênico: o que é isso?*. Cascavel, PR: EDUNIOESTE, 2001. 106 p.
- SILVA, C. Esquizofrênicos crônicos: participação ativa na psicofarmacoterapia e automonitoramento dos sintomas. *Cadernos IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ – Psicofarmacologia*, Rio de Janeiro, n. 13, p. 145-163, 1998.
- WAIDMAN, M.A.P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE, R. C. (Org.) *Caminhando para assistência integral*. Ribeirão Preto, SP: Scala, 1999. p. 389-407.
- WETZEL, C. Trabalhando junto à família em um serviço comunitário de atenção à saúde mental. *Cadernos do IPUB*, Rio de Janeiro, v. VI, n. 19, p. 202-210, 2000.
- WHO. *Schizophrenia, Informations for Families*. Disponível em: <http://www.who.int/hq/1992/WHO-MNH-MND-92.8.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2002.