

O processo de reinserção social do portador de transtorno mental: entraves e problemáticas

The process of social reintegration of mental patients: obstacles and problematic

Isabelly Regina Paiva da Silva*
Cristiane do Socorro Loureiro de Lima**

Resumo:

Este trabalho teve como objetivo identificar os principais entraves encontrados no processo de reinserção social do portador de transtorno mental, internado na clínica psiquiátrica da Fundação Pública Estadual Hospital Clínicas Gaspar Vianna. Realizou-se uma breve contextualização acerca da função social do hospital psiquiátrico e a reinserção social do portador de transtorno mental. Para tanto, escolheu-se a pesquisa quanti-qualitativa e a coleta de dados se deu por meio de questionários e pesquisa em prontuários. Os sujeitos da pesquisa foram seis assistentes sociais que atuam na clínica psiquiátrica da FHCGV e uma amostra de 174 prontuários. Foi possível identificar os seguintes entraves: a sobrecarga da família em relação ao cuidado com o familiar adoecido; baixa qualificação dos profissionais de saúde; o desconhecimento da família e da sociedade em relação à doença mental; a desorganização da Rede de Atenção Psicossocial entre outros.

Palavras-Chave: Clínica psiquiátrica. Reinserção social. Portador de transtorno mental.

Abstract:

This study aimed to identify the main obstacles founded at the process of social reinsertion of those who carry mental illness admitted at Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). At first, is presented a brief contextualization of the Psychiatric hospital's social function and the process of social reinsertion of the mental patients. In this regard, was conducted a qualitative approach. The data were collected by questionnaires and patient records. Six social assistants, which work at the FHCGV psychiatric clinic, led the research, using a sample of 174 patient records. It were observed the following main obstacles: the family overloading regarding the care of those relatives who became ill; the low qualification of health professionals; the lack of understanding by family and society concerning mental illness; the disorganization within the Psychosocial Attention network.

Keywords: Psychiatric hospital. Social reinsertion. Mental illness.

* Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA) e Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Pará (UEPA).

** Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Introdução

O interesse pela temática abordada surgiu a partir da experiência como residente multiprofissional na Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna-FHCGV, especificamente na clínica psiquiátrica, no período de 2013, onde foi possível acompanhar a situação de pacientes que mesmo após alta hospitalar, permaneceram internados em virtude da dificuldade de reinserção social, tendo em vista que muitos não possuíam vínculos familiares ou estes vínculos estavam fragilizados em decorrência do adoecimento psíquico, além de não terem local de moradia.

Esta é uma problemática social grave observada neste setor, indo de encontro às propostas pertinentes ao processo de desinstitucionalização engendrado pela Reforma Psiquiátrica no país, iniciada na década de 1970. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo identificar os principais entraves encontrados no processo de reinserção social do portador de transtorno mental, que se encontre sem vínculos familiares e/ou cujos vínculos estejam fragilizados e que, por sua vez, esteja internado na clínica psiquiátrica da FHCGV. Vale ressaltar que essa temática em questão traz à tona, as diversas fragilidades relativas à política de saúde mental. Aqui refere-se à política de saúde mental que tem como proposta central a possibilidade de priorizar o processo de desinstitucionalização, bem como medidas interventivas que visem ao tratamento efetivado nos serviços de referência substitutivos como o Centro de Atenção Psicossocial/CAPS.

A apropriação teórica do tema em questão a partir de estudos e leituras do arsenal de artigos e publicações existentes sobre este tema, foi possível verificar elementos referentes à realidade vivenciada nos hospitais de referência em psiquiatria. Os elementos apreendidos desses estudos têm apontado dados significativos sobre a rede de atenção psicossocial. Essa rede de atenção psicossocial que, por sua vez não está organizada adequadamente para atender de fato esta demanda e as demandas da família, em contrapartida, não está também preparada para assumir a responsabilidade necessária relativa aos devidos cuidados em todos os aspectos, que devem ser destinados ao Portador de Transtorno Mental.

Neste artigo realizou-se uma breve análise e discussão sobre a função social do hospital psiquiátrico e sobre a questão da reinserção social, no que concerne à garantia de direitos do portador de transtorno mental para consolidação da sua cidadania. Desta maneira, destaca-se a apresentação dos resultados da pesquisa em questão, realizada com os diversos

profissionais assistentes sociais que atuam na clínica psiquiátrica da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

É fundamental ressaltar que a preocupação central na apresentação de tais resultados neste trabalho tem como foco o compromisso e a preocupação referentes à possibilidade de subsidiar as ações interventivas destes profissionais tendo em vista as demandas referentes à saúde mental. Esse compromisso e preocupação se deram no sentido de garantir condições para a aproximação aos elementos centrais referentes às problemáticas envolvidas no processo de reinserção social do portador de transtorno mental, a partir das suas reais necessidades e demandas. Além disso, visou-se contribuir com a instituição foco deste estudo, por meio de estratégias resolutivas para desospitalização de pacientes que já se encontram em condições de retornar ao convívio social.

A Função Social do Hospital Psiquiátrico

Asilos, hospícios e manicômios são algumas das denominações dadas às instituições que serviam para abrigar, recolher e oferecer assistência aos chamados “loucos”. Independentemente do termo utilizado, estas instituições eram caracterizadas por serem espaços permeados por ações violentas e de isolamento. Para Pessotti (1996), não é incomum atribuir a essas instituições determinados propósitos definidos como sinistros no âmbito da repressão e da tirania ou, no mínimo, efetivando a função de segregar os incômodos.

Para Amarante (2007), durante a Idade Média, a função do hospital correspondia ao fato de abrigar miseráveis, mendigos, pobres e desabrigados. Somente no fim do século XVIII, o objetivo do hospital vai se alterando e se tornando um espaço de possível alcance da cura do doente, assumindo nesse momento uma função terapêutica.

Para Foucault (1975), os asilos transformaram-se no objeto de trabalho da medicina e o internamento passou a ser uma medida de caráter médico. As práticas terapêuticas consistiam na vigilância e na correção dos delírios, que por sua vez eram seguidos por condutas, cuja sustentação era apoiada na sanção de todas as manifestações, entendidas como única e exclusivamente desvios da conduta moral do paciente. O médico era o agente de controle moral, que passava a exercer um poder absoluto sobre o doente e sobre a instituição manicômio.

A assistência psiquiátrica prestada nesse momento pelos manicômios não diferiu muito daquela prestada pelas casas de correção, uma vez que as formas de tratamento que

eram utilizadas por aqueles, apesar de tidas como “terapêuticas”, ainda mantinham o caráter repressivo, segregador e cruel. O tratamento oferecido ao portador de transtorno mental incluía até mesmo medidas de controle físicas por meio do uso de duchas, de banhos frios, de chicotadas, de máquinas giratórias e até mesmo de sangrias. De acordo com Passos (2009, p. 50),

O hospital psiquiátrico, ao longo de toda a sua existência, oscilará entre estes dois polos: o da pura repressão, chegando a ser um lugar da mais cruel violência e do abandono dessas pessoas em condições subumanas, e o da disciplina, no qual sucessivas inovações terapêuticas, teorizações psicopatológicas e adequações materiais irão atualizar o velho e inicial dispositivo moral pineliano, em dispositivos mais sutis de controle, sob a insígnia de mais científicos, sem que a situação real de submissão do louco ao aparato médico psiquiátrico mude de fato ou de direito.

Frente a essa realidade tão cruel e desumana, as discussões acerca da necessidade de humanização do tratamento do portador de transtorno mental se iniciaram na década de 1970. Cabe destaque ao fato de que nesse período diversos setores da sociedade brasileira se mobilizaram em torno da democratização do Brasil.

Frente a esse processo de democratização do país, especificamente no ano de 1987, foi criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de São Paulo. A criação de Centro de Atenção Psicossocial pode demonstrar a necessidade de construção de uma rede de cuidados que pudesse substituir ao modelo de hospital psiquiátrico existente até esse momento. Em 1989, iniciou-se o processo de tramitação no Congresso Nacional brasileiro de um Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, cuja pauta central era a proposição de uma regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, bem como a proposta de extinção progressiva dos manicômios. Todavia, somente em 2001, ou seja, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, é que a Lei de Saúde Mental foi sancionada, ficando conhecida como Lei 10.216. Essa Lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

O que se verificou em período subsequente é que o discurso, a partir de então, foi o da transformação da instituição psiquiátrica no que diz respeito à (re)organização de seus moldes terapêuticos desumanos. Conforme Dalgalarondo (1990), o grande hospital era visto como inadequado, inoperante, desumano e causador, ele próprio, de estigmas e transtornos mentais. A palavra de ordem nesse período em questão tornou-se desinstitucionalizar o doente mental e tratá-lo na sua comunidade de origem.

No entanto, esse processo suscitou diversas críticas quanto aos problemas relativos à operacionalização desta Reforma.

Apesar do movimento de denúncia e crítica ser assimilado e difundido para a sociedade brasileira, através dos movimentos de reforma psiquiátrica, a partir do final da década de setenta, o modelo asilar ainda persiste como modalidade predominante de atenção psiquiátrica, mesmo convivendo com novos serviços orientados e com direitos a implementar através do reconhecimento das necessidades, restituindo a condição de sujeitos portadores de transtorno mental. Evidentemente, modernizou-se, incorporando alguns aspectos humanitários em sua prática. Nessa perspectiva, o próprio isolamento assume um novo significado no discurso institucional, uma vez que se destina aos momentos de agudização do quadro clínico, principalmente para pacientes psicóticos. Dessa forma, o enclausuramento é proposto como terapêutica para momentos de crise. (VASCONCELOS, 2010a, p. 266).

Contudo, quando se analisa a realidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Nicácio (1990), ao abordar esse momento, exemplifica perfeitamente que este processo de desinstitucionalização se reduziu à mera desospitalização, com vistas basicamente à política de altas hospitalares, à redução do número de leitos e ao fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Em contrapartida, o que se verificou foi a falta de efetivo planejamento do Estado na extinção dos manicômios e, com isso, os serviços que deveriam ser substitutivos ao hospital psiquiátrico acabaram não atendendo à demanda em saúde mental da população, haja vista que, não possuem estrutura e nem condições objetivas para atender tamanha demanda. Sendo assim, para Prazeres e Miranda (2005, p. 201), “a existência do serviço substitutivo não garante a superação do hospital psiquiátrico [...] este continua sendo um dispositivo assistencial presente na rede de assistência em saúde mental no Brasil”.

Para Sousa e Oliveira (2010), com o início do processo de desinstitucionalização e com o surgimento de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, o hospital geral tornou-se uma proposta assistencial. A partir deste processo, os manicômios foram sendo extintos, dando espaço aos hospitais gerais com unidades psiquiátricas, que deveriam atuar como retaguarda dos serviços substitutivos e não mais como espaço de isolamento social.

A Reinserção Social como Meio para Construção da Cidadania

A Reforma Psiquiátrica ainda está em processo de construção. É possível afirmar isso, pois para que a Reforma Psiquiátrica de fato possa ser consolidada é necessário construir uma rede de serviços comunitária de cuidados, tendo como objetivo principal a reinserção social

do Portador de Transtorno Mental. Este é um processo bastante complexo, visto que compreende diversos fatores para sua efetivação, tendo como pressuposto básico o suporte do Estado, da família e da comunidade.

A Constituição Estadual (RIO DE JANEIRO, 2012) prevê em seu artigo 338 o reconhecimento de que “é dever do Estado assegurar às pessoas portadoras de qualquer deficiência a plena inserção na vida econômica e social e o total desenvolvimento de suas potencialidades”. O Estado tem o dever de garantir que a Lei de Saúde Mental seja cumprida e de oferecer condições para que a família exerça seu papel de provedora de cuidados, respeitando o portador de transtorno mental em sua condição de sujeito de direitos.

Dessa forma, Hirdes (2001) refere que a reinserção social é um processo longo e demorado, pois implica na desmistificação da loucura perante a sociedade e em reformulações no poder contratual dos usuários e no estabelecimento da relação com o Estado e a sociedade.

O que se espera através da Reforma Psiquiátrica não é apenas o fechamento do hospital psiquiátrico ou desativação de leitos, transferindo o paciente para seu domicílio e lá deixando-o confinado. Almeja-se muito mais, principalmente o resgate ou aquisição da cidadania, o respeito à sua subjetividade, o incentivo a conquista da sua autonomia, ou seja, à reintegração do indivíduo à família e ao meio social (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 51).

A reinserção social se dá por meio do acesso ao trabalho e lazer, ao exercício de direitos civis e ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Este trabalho requer articulação com as redes de serviços de saúde mental, de assistência social e de justiça, além da intervenção na família, no que diz respeito à visão crítica sobre esta, compreendendo-a também em sua complexidade, uma vez que se encontra inserida num contexto sócio-político-econômico desfavorável, no qual a desigualdade, a pobreza, a vulnerabilidade e a exclusão social predominam.

Tendo em vista o processo de Reforma Psiquiátrica como movimento em prol dos direitos dos pacientes psiquiátricos e da desinstitucionalização hospitalar, houve uma reformulação no provimento de cuidado ao portador de transtorno mental, tendo a família, nesse novo contexto, assumido um importante papel.

Deste modo, a família foi colocada num lugar de destaque no processo de reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental, passando a ser considerada fundamental na recuperação deste indivíduo. Para Macedo, Andrade e Silva (2009), pressupõe-se que mesmo não tendo o seu familiar hospitalizado em uma instituição

psiquiátrica, as famílias se sentem presas dentro de suas dificuldades e responsabilidades, o que remete ao pensamento de que a “prisão” dos manicômios pode estar sendo apenas transferida para a vida extramuro desses indivíduos e de suas famílias.

No entanto, verifica-se que a família não está preparada para assumir os cuidados ao seu familiar adoecido, de modo que,

Os familiares exigem, também, além, de tratamento, a custódia do seu parente que depende de cuidados psiquiátricos contínuos, sendo este visto ainda como um mecanismo para protegê-lo, e foge do controle familiar e como uma estratégia de sobrevivência do próprio grupo, como um conjunto de pessoas vinculadas por laços de afinidade ou consanguinidade, que compartilham recursos econômicos formados coletivamente (FAUSTO NETO apud VASCONCELOS, 1992, p. 267).

Sobre o papel da família no contexto da reforma Psiquiátrica, Macedo, Andrade e Silva (2009) explicitam que o que se espera, da reforma psiquiátrica, não é apenas tirar o paciente do hospital e devolvê-lo à família. É muito mais que isso, é o resgate da cidadania, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento. É a recuperação da autonomia e a reintegração à família e à sociedade.

No entanto, Bandeira (1991) aponta que alguns fatores têm contribuído para o não funcionamento da rede de serviços da comunidade, como ausência de acompanhamento continuado aos pacientes crônicos, ao baixo investimento de recursos comunitários, a falta de articulação entre os serviços substitutivos e unidades psiquiátricas de hospitais gerais, entre outros.

A reinserção social é feita a partir da construção de projetos de vidas singulares, pois cada indivíduo precisa exercer sua cidadania, ter possibilidades de mudanças e conquistar sua autonomia. A efetiva reinserção social do portador de transtorno mental, só terá êxito com o suporte da Rede de Atenção Psicossocial.

A Rede de Atenção Psicossocial deve ser articulada com outras instituições potencializadoras no que diz respeito à efetivação dos cuidados ao portador de transtorno mental. Para isso, seria necessária uma organização por meio de dispositivos que favorecessem “a desinstitucionalização, a acessibilidade e equidade, a articulação com a atenção primária [...] mediante o desenvolvimento de um trabalho articulado com Justiça, Previdência Social, Ação Social, Educação e instituições profissionalizantes.” (BARROS; JORGE; PINTO, 2012, p. 264).

Segundo Schneider (2009), há a necessidade da integração e cooperação entre os serviços de saúde existentes, de modo que a atenção primária possa desenvolver ações quanto à seleção da demanda de saúde mental territorial.

Os Entraves da Reinserção Social do Portador de Transtorno Mental Observados pelos Assistentes Sociais que Atuam na Clínica Psiquiátrica da FHCGV

A partir dos questionários respondidos pelas assistentes sociais que atuam na clínica psiquiátrica da FHCGV foi possível identificar as principais problemáticas relacionadas ao processo de reinserção social dos pacientes internados nesta clínica.

Verificou-se que a ocorrência de pacientes sem vínculos familiares ou com vínculos fragilizados é uma demanda constante no setor, ocorrendo por diversos fatores como: fragilidade dos vínculos afetivos; conflitos familiares gerados pela tensão nas relações e pela desorganização social e econômica; a progressão do adoecimento associado à reincidência de internações, ligadas aos fatores econômicos e local de moradia; ao desconhecimento da doença e sua evolução.

Em relação a estes motivos, é importante analisar que a ausência de vínculos familiares ou fragilidade destes deve-se muitas vezes à cronificação¹ da doença, diante da falta de tratamento e também das longas e frequentes reinternações, que acabam provocando o esmaecimento destes vínculos.

Para familiares, tendo o hospital psiquiátrico como local de referência, a resposta à crise passa a se constituir sobre esse encaminhamento. Crise após crise, internação após internação, surto após surto, o afrouxamento dos vínculos com a família acontece paulatinamente, e, sentindo-se desamparada no tratamento do indivíduo quando este se encontra no lar, agarra-se à solução que parece a mais simples e resolutiva: o abandono. (FERRO, 2009, p. 759).

A família muitas vezes apresenta resistência em levar o paciente, quando este recebe alta médica, pois vê na internação uma forma de reorganizar sua vida sem o familiar, devido aos diversos fatores conforme apontam Gonçalves e Sena (2001), como condições financeiras precárias, comportamentos violentos por parte da pessoa com transtorno mental e intolerância familiar e social como desencadeadores de rejeição à pessoa com transtorno mental, além do desejo de que permaneçam internados de forma definitiva.

¹ De acordo com Vasconcelos, (2010-, p. 265), a cronicidade, na enfermidade mental, manifesta-se como uma temporalidade que contrasta com a perspectiva de cura.

A persistência do quadro clínico e a ineficácia da intervenção tendem a cronificar o portador de transtorno mental, que se torna passível de entrar no circuito do revolving door, ou seja, circula de hospital a outro sem o intercalamento do convívio doméstico. O distanciamento prolongado, a falta de convívio direto entre o portador de transtorno mental e sua família, a desinformação e o despreparo moldam condutas e cristalizam posições. A família perde o pouco traquejo que tinha com o portador de transtorno mental e as condições emocionais para o convívio. O portador de transtorno mental, por sua vez, perde paulatinamente, com as frequentes reinternações seu espaço no âmbito doméstico. (VASCONCELOS, 2010b, p. 280).

Isto suscita também à reflexão de que a família ainda não se apropriou, totalmente, das novas formas de tratamento e cuidado em saúde mental. Tendo em vista que as transformações impostas pela Reforma Psiquiátrica, no que diz respeito à reformulação das propostas de assistência psiquiátrica no Brasil, colocou a família como espaço primordial de tratamento e recuperação do portador de transtorno mental. Contudo, não levou em consideração as questões culturais enraizadas no pensamento da sociedade sobre a doença mental.

Conforme Rosa (2008), discorre sobre como era a relação da família com portador de transtorno mental, antes da reforma, referindo que o papel desta ficava restrita em identificar a loucura e encaminhar ao asilo, ou seja, essa relação era mediatizada pelo agentes médicos e por agências estatais, sendo excluída de toda abordagem. Tais práticas reforçavam o abandono.

Verificou-se também ausência de suporte psicossocial e sobrecarga no cuidado contribuem com esse afastamento da família, pois esta sente-se desamparada pela sociedade e pelo Estado em relação à divisão de responsabilidades e compromisso com os direitos do portador de transtorno mental.

A família, então, nesse contexto, percebe-se isolada socialmente. Amigos, vizinhos e até mesmo parentes, muitas vezes, afastam-se da convivência, em virtude das crises psiquiátricas, empobrecendo as relações afetivas e materiais

Em relação ao Estado, a família vê-se obrigada a cumprir o papel delegado a ela, considerando essa obrigação como desassistência, conforme Navarini e Hirdes (2008), que defendem a ideia de que os familiares costumam se sentir sozinhos, desamparados e desinformados frente ao aparecimento do transtorno mental. Muitas famílias encontram dificuldades em obter o tratamento adequado a seu familiar, pela fragilidade da Rede de

Atenção Psicossocial, na qual não é oferecido o suporte necessário para se garantir efetividade deste tratamento.

Os problemas, comumente relatados nos atendimentos individuais com os familiares que internam seus doentes na UPHG da FHCGV, são: longo tempo de espera para consultas com psiquiatras, falta de medicação nas farmácias dos CAPS e Unidades Municipais de Saúde-UMS, falta de médicos especialistas em psiquiatria, como é o caso das UMS, falta de recursos financeiros para levar os usuários aos serviços, entre outros.

Tal situação acarreta na desmotivação da família e dos usuários em relação ao tratamento, sendo confirmada na fala das autoras Colvero, Ide e Rolim (2004), quando se referem que não existem serviços suficientes e efetivos na comunidade que sejam capazes de acolher toda a demanda das pessoas com transtorno mental e seus familiares.

Isto influencia diretamente na sobrecarga que alguns membros do grupo vão sofrer, pois nem todos se comprometem com o cuidado e responsabilidade com o portador de transtorno mental. Para Rosa (2008), assumir a existência de um transtorno mental no meio familiar gera muita ansiedade e tensão no grupo, pois a família inicialmente investe na cura, mas com o tempo e sem as remissões dos sintomas, surgem sentimentos de frustração e desespero. Deste modo, aquela família que na primeira crise estava unida, acaba se esfacelando, implicando na sobrecarga do parente mais próximo.

A internação deve ser priorizada quando todos os recursos na comunidade falharem, devendo ser acionada somente no momento de crise. Após a melhora do quadro psiquiátrico do paciente, deve-se priorizar o retorno ao convívio social e a continuidade do tratamento nos serviços substitutivos. Desta forma, quando a família se recusa a buscá-lo no momento da alta e após todas as tentativas de mediação e intervenção, no sentido de sensibilizar esta família quanto à importância do convívio sociofamiliar, a equipe profissional acaba valendo-se dos recursos legais, como recorrer aos órgãos públicos competentes, como o Ministério Público.

Tal conduta pauta-se na própria legislação de saúde mental, especificamente no artigo 2º da Lei 10.216, que discorre sobre os direitos da pessoa portadora de transtorno mental e refere que esta deve ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001).

Neste sentido, o Ministério Público é considerado como:

Instituição vocacionada para a proteção e promoção da cidadania de pessoas portadoras de transtornos mentais, inclusive dependentes do uso de álcool e outras drogas, seja pela necessidade de acompanhamento e fiscalização das ações governamentais voltadas para este público, seja pelo necessário acompanhamento das famílias e dos pacientes em estado de vulnerabilidade social. Importante ressaltar que o objetivo da atuação ministerial, na tutela coletiva ou na individual, é sempre a proteção e o cuidado da pessoa, mediante à efetivação de direitos. Diante do já referido processo de desinstitucionalização de pacientes de longa permanência, bem como da restrição de leitos e novas internações, deve o Ministério Público atuar no resgate da cidadania, servindo, muitas vezes, como interlocutor ou mediador na implantação de políticas públicas de reinserção social e também junto às famílias (RIO DE JANEIRO, 2011, p. 7).

Os casos de omissão, negligência ou abandono são informados ao MP, como forma de proteger e garantir o direito do portador de transtorno mental no que concerne, em receber o tratamento adequado e ter possibilidade de conviver em sociedade. Recorrer a este órgão é uma ação legítima de solucionar conflitos, todavia é preciso ter a cautela de não somente responsabilizar a família pelo cuidado, mas averiguar as reais possibilidades desta perante tal obrigação. Tal responsabilidade é expressa com certa preocupação por Vasconcelos (2010a), quando ressalta que mesmo com a impossibilidade ou limitação da família em relação as suas atribuições de cuidar, buscam distribuir com os serviços psiquiátricos esta responsabilidade.

Nos casos em que a família não tem condições de oferecer cuidado ao portador de transtorno mental, o Ministério Público pode intervir incumbindo ao Estado o dever de oferecer assistência à saúde e local de moradia adequado, de forma a proporcionar melhor qualidade de vida.

Todos os profissionais ouvidos consideraram a importância da família no tratamento do paciente, isto se deve ao redirecionamento da atenção em saúde mental, pois a família passou ser vista no centro das relações sociais destes sujeitos e como personagem essencial na construção do processo de desinstitucionalização.

Para Oliveira e Mendonça (2011, p. 199), a família “trata-se de um espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e proteção de seus membros, proporcionando suportes afetivos e materiais, necessários ao desenvolvimento e bem-estar, sendo em seu interior absorvidos valores éticos e aprofundados laços de solidariedade”. No entanto, deve-se analisar a família de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural, a qual está inserida, pois sua organização social sofre influência direta das mudanças societárias.

Ver a família apenas por sua funcionalidade, como instituição social básica, necessária para a formação dos indivíduos, é incorrer ao erro de idealizá-la, pois esta nem

sempre atua como mediadora das relações entre os indivíduos e a sociedade, assim como, nem sempre é um espaço de sociabilidade e cuidados mútuos. Souza, Pereira e Scatena (2002) reforçam que dessa maneira, se não considerarmos a diversidade da organização familiar, corremos o risco de estabelecer uma relação de imposição com as famílias, ao invés de tê-las como parceiras.

É preciso entender que esta família pode não ter recursos, nem condições de aceitar lidar e conviver com a pessoa com transtorno mental. Ademais, muitas vezes os laços familiares não são suficientes para sustentar uma convivência saudável.

A família precisa ser vista não apenas como um recurso, como um “lugar” como outro qualquer. Evidentemente, é um espaço de afeto e relações personalizadas significativas, mas nem sempre é vivenciado como um afeto positivo tanto pelo portador de transtorno mental quanto pela própria família. O cuidado na família envolve não só afeto, características psicológicas, relações interpessoais significativas, mas também condições materiais concretas para seu desenvolvimento (VASCONCELOS, 2010a, p. 285).

Diante de tantas dificuldades, faz-se necessário questionar se a Rede de Atenção Psicossocial consegue atender à demanda de pacientes sem vínculos familiares, tendo como alternativa os serviços substitutivos, especificamente, as residências terapêuticas. Todavia, o estado do Pará conta apenas como um serviço deste tipo, o que dificulta a reinserção social destes pacientes. A estes resta apenas o hospital psiquiátrico como afirma Moreira (1983), que abrigar não é função do hospital psiquiátrico, no entanto, como antes a exclusão do portador de transtorno mental era uma regra, a internação se tornava um caminho sem volta. Além do hospital, a outra opção seria o espaço das ruas, figurando como lugar de “[...] anonimato, do cidadão regido por relações impessoais, desfavoráveis às pessoas que temporária ou permanentemente exigem cuidados que são comandados exatamente por relações personalizadas e próximas.” (ROSA, 2008, p. 321).

A Reforma Psiquiátrica veio responder as reivindicações da população por melhorias na atenção em saúde mental, fazendo parte do processo de redemocratização do país. Porém, suscitou diversas discussões em relação aos seus efeitos reais na vida dos portadores de transtorno mental, “se por um lado aponta para um caminho que busca a desconstrução do manicômio, voltando-se para o cuidado no território, por outro, essa trajetória traz novos desafios” (PINHEIRO et al., 2007, p. 13).

A Reforma Psiquiátrica é um amplo e diversificado movimento de transformação da assistência em saúde mental, com consequências e repercussões que a caracterizam, segundo Amarante (2003; 2005), como um processo social complexo. A palavra “processo” nos remete a algo em permanente movimento, sem um fim predeterminado, nem objetivo último ou ótimo. Para o dicionário Houaiss (2001), significa ação continuada, realização contínua e prolongada de alguma atividade. (PINHEIRO et al., 2007, p. 154).

Alguns profissionais demonstram certa desconfiança em relação a este processo, acreditando que os serviços substitutivos ainda não dão conta de atender todas as demandas de saúde mental. Pois sem um planejamento bem elaborado e efetivo na implantação da rede de atenção psicossocial, alguns portadores de transtorno mental ficam desamparados e desassistidos, fazendo com que o processo de desinstitucionalização não aconteça plenamente. Desta forma, “fechar as portas destas instituições, sem antes garantir a existência de outras alternativas de assistência para esses indivíduos na comunidade, com capacidade suficiente para atender à demanda existente e de fácil acesso a elas, não nos parece ser uma atitude coerente.” (SADIGURSKY; TAVARES, 1998, p. 24).

Ainda há de se considerar, como os profissionais de saúde mental estão se posicionando frente às mudanças de paradigmas assistenciais, até que ponto eles estão apreendendo as novas formas de pensar e agir frente à problemática da saúde mental. Ainda hoje, existem profissionais que mantêm condutas estigmatizantes em relação ao portador de transtorno mental e acabam reproduzindo a violência e opressão das velhas instituições asilares. É essencial “a formação de profissionais dotados de capacidade de reflexão crítica [...] para a sustentação de uma prática de cuidado que se constitua como um exercício de transformação para todos os envolvidos: pacientes, profissionais e as redes sociais em volta deles.” (BEZARRA JÚNIOR, 2007, p. 249).

Em relação à importância da reinserção social, esta foi considerada pelos entrevistados como uma forma de se reestabelecer o vínculo do portador de transtorno mental com a família e a sociedade. Na concepção de Pitta (2001), a reinserção social objetiva facilitar e estimular a participação dos sujeitos com limitações nos espaços sociais, ressaltando assim no aumento de sua contratualidade afetiva, social e econômica, viabilizando o maior nível de autonomia para vida em comunidade. Deste modo, a reinserção social só irá acontecer com a participação efetiva destes sujeitos em sociedade, ou seja, além da inserção na família, considerasse importante também a inserção na vida produtiva, por meio do ingresso no mercado de trabalho e inserção na vida política por meio de participação social.

A organização da Rede de Atenção Psicossocial é imprescindível para a efetivação dos objetivos da reinserção social, visto que desta forma, a família pode contar com o suporte dos serviços substitutivos, no que concerne ao apoio social, psicológico e material para diminuir as dificuldades enfrentadas pela família no cuidado ao portador de transtorno mental.

No entendimento de Rosa (2008), o próprio serviço de saúde mental “propicia a receptividade do PTM por parte da família ao acolhê-lo, bem como capacitá-la para um novo convívio com ele, na medida em que reconstrói suas relações internas e garante sua inserção nas demais políticas sociais”.

Considerações Finais

Muitos têm sido os desafios enfrentados pelos atores da Reforma Psiquiátrica, principalmente no que concerne ao processo de reinserção social dos portadores de transtorno mental, pois estes ainda se configuram como um grupo que sofre com os estigmas impostos pelos anos de exclusão social. Muitos são os fatores que dificultam a implementação e funcionamento da rede de atenção psicossocial, uma vez que não depende apenas do desmantelamento das estruturas físicas das instituições asilares, esbarrando também nas estruturas políticas, sociais, econômicas.

Percebe-se que este processo é bastante complexo, visto que envolve diversos fatores e para enfrentar estes desafios é necessário habilidade e capacitação das equipes que trabalham com esta demanda e interesse dos gestores em fortalecer a rede de atenção psicossocial. A reinserção social deve ser desenvolvida respeitando a singularidade de cada sujeito, buscando promover a conquista da autonomia, por meio da garantia de direitos e cidadania.

É necessário que se encontrem estratégias resolutivas para minimizar ou, definitivamente, sanar estes problemas, já que temos o compromisso de cobrar do Estado a mudança de paradigmas, não somente de fato, mas de direito.

Por fim, acredita-se na relevância deste estudo, no sentido de mostrar aos gestores a extrema necessidade de criação de serviços substitutivos, em especial, residências terapêuticas, a fim de incluir os portadores de transtorno mental sem vínculos familiares, que até hoje permeiam as instituições psiquiátricas e os espaços das ruas. Além de contribuir com esta instituição, no sentido de buscar estratégias resolutivas para desospitalização destes pacientes e contribuir também com a atuação profissional dos assistentes sociais, colocando

em prática seu projeto ético-político de assumir o compromisso com a garantia de direitos dos portadores de transtorno mental.

Referências

AMARANTE, P. D. C. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BANDEIRA, M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 7, p. 355-360, 1991.

BARROS, M. M. M. A.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Rede de atenção integral à saúde mental: experiência do processo de reforma psiquiátrica em um cenário do Nordeste brasileiro. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 262-274, abr./jun. 2012.

BEZARRA JÚNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Decreto-lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 17 jan. 2015.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

DALGALARRONDO, P. *Repensando a internação psiquiátrica: a proposta das unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais*. 1990. 293 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1990.

FERRO, L. F. Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 29, n. 4, p. 752-767, 2009.

FOUCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n.2, p. 48-55, mar./abr. 2001.

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

MACEDO, F. M. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. A reforma psiquiátrica e implicações para a família: o papel do enfermeiro no programa saúde da família. *Informe-se em promoção da saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 19-23, 2009.

MOREIRA, D. *Psiquiatria: controle e repressão social*. Petrópolis: Vozes, 1983.

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-688, dez. 2008.

NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

OLIVEIRA, E. B.; MENDONÇA, J. L. S. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após alta hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 198-203, abr./jun. 2011.

PASSOS, I. C. F. *Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PESSOTTI, I. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34, 1996.

PITTA, A. M. F. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

PRAZERES, P. S.; MIRANDA, P. S. C. Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 25, n. 2, p. 198-211, jun. 2005.

RIO DE JANEIRO. *Constituição Estadual*. Rio de Janeiro: TCE, 2012. Disponível em: <<http://www.tce.rj.gov.br/documents/10192/15213/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20estadual>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

RIO DE JANEIRO (Estado). Ministério Público. *Ministério Público e tutela à saúde mental: a proteção de pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos e de usuários de álcool e drogas*. 2. ed. Rio de Janeiro, 2011. 134 p.

ROSA, L. C. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2008.

SADIGURSKY, D.; TAVARES, J. L. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 23-27, abr. 1998.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção psicossocial: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SOUZA, R. C.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Família e transformação da atenção psiquiátrica: olhares que se (des)encontram. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 68-80, jul. 2002.

PINHEIRO, R. et al. (Org.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Editora do CEPESC, 2007.

SOUSA, F.; OLIVEIRA, E. Caracterização das internações de dependentes químicos em unidade de internação psiquiátrica em hospital geral. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 671-677, maio 2010.

VASCONCELOS, E. M. *Do hospício à comunidade: mudança sim, negligência não*. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010a.

VASCONCELOS, E. M. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010b.

Recebido em: 25/02/2017

Aceito em: 25/05/2018