“E agora, o que vai ser da gente?” – fim de um hospital psiquiátrico:

relato de caso em Campina Grande-PB

Ana Angélica Pereira Souza
Maria do Carmo Eulálio

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SILVEIRA, MFA., and SANTOS JUNIOR, HPOS., orgs. *Residências terapêuticas: pesquisa e prática nos processos de desinstitucionalização* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 320 p. ISBN 978-85-7879-063-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

**“E agora, o que vai ser da gente?” –
Fim de um hospital psiquiátrico:
relato de caso em Campina Grande-PB**

*Ana Angélica Pereira Souza
Maria do Carmo Eulálio*

Em abril de 2005, a cidade de Campina Grande-PB assistiu ao fato que talvez tenha representado a mudança mais radical na saúde mental deste município: o descredenciamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do maior hospital psiquiátrico da cidade. Isto é, o Ministério da Saúde rompeu o convênio com a instituição, o qual era responsável pela manutenção da grande maioria dos pacientes ali internados. O hospital atendia ao município de Campina Grande e municípios circunvizinhos, os internos – como ocorre em geral – eram de baixa renda, alguns já haviam se tornado moradores daquele lugar, em alguns casos já estavam no hospital há mais de 40 anos e haviam perdido o vínculo familiar.

O descredenciamento foi motivado tanto por irregularidades da instituição como pela tendência nacional preconizada pela Reforma Psiquiátrica, que prevê a redução dos leitos psiquiátricos e a substituição do modelo assistencial centrado no hospital (hospitalocêntrico) por serviços comunitários, nos quais o usuário não fique internado nem abandone o meio social em que vive. A Reforma Psiquiátrica,

tão difundida na atualidade, é produto de um processo longo que traz consigo toda a problemática da loucura, como era entendida e encarada através dos tempos.

Evolução da *loucura* ao longo da história

Por muito tempo, a loucura foi objeto de fascínio do homem. Foi na Idade Média que tal posicionamento mudou, atribuiu-se à loucura um lugar na hierarquia dos vícios. Por volta do século XVII, a loucura tornou-se domínio da razão e foi silenciada pelo poderio da Ciência, culminando no aparecimento do “Hospital dos loucos”, e do grande internamento (FOUCAULT, 2004).

O isolamento dos doentes mentais do mundo exterior em instituições psiquiátricas teve como principal defensor Philippe Pinel, médico francês do século XVIII. Foi Pinel quem utilizou pela primeira vez o conceito de *alienação mental*, dando a ideia de alguém que se encontrava afastado da realidade. O referido médico justificava o isolamento tanto pelo aspecto epistemológico (isolar para conhecer) como pelo valor terapêutico (isolar para tratar) (AMARANTE, 2003). Segundo Pinel, seria absolutamente necessário “confiar os alienados a mãos estrangeiras e [de] isolá-los de seus parentes”, constatado pela experiência repetida (AMARANTE, 2003).

Como na época da Revolução Francesa a ideia de asilo contradizia o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade”, atribuiu-se ao asilo o espaço para a cura da Razão e consequentemente da Liberdade. Assim, como o alienado não era considerado cidadão, por não possuir a liberdade de escolha e sim desrazão, o asilo cumpria o papel de tornar o alienado um sujeito de direito (AMARANTE, 1995).

Goffman, sociólogo canadense do século XX, analisou as “instituições totais”, isto é, lugares onde o indivíduo é isolado da sociedade, tendo todas as suas atividades concentradas e normalizadas. Para o

autor, o internado chega à instituição com uma “cultura aparente”, que é derivada de um “mundo da família”. Esta seria uma forma de vida, um conjunto de experiências que permitiam um modo de defesa para enfrentar conflitos, dúvidas e fracassos, e a instituição cumpria um papel de “desculturamento”, que tornava o interno temporariamente incapaz de enfrentar aspectos de sua vida diária (GOFFMAN, 2003).

Assim como a crítica de Goffman, surgiram outras quanto ao tratamento dispensado aos doentes mentais (Foucault, Rosen, Castel, Szasz, Burton). Desenvolveram-se por muitos países, diversas correntes que defendiam mudanças na psiquiatria da época, as ‘Reformas Psiquiátricas’. Um dos fatos que impulsionaram o aumento das críticas ao modelo assistencial vigente foi a Segunda Guerra Mundial. Quando ela teve fim, muitos críticos passaram a comparar o estado dos manicômios a campos de concentração, causando repulsa na população aquele modelo e abrindo espaço para que novas propostas fossem experimentadas.

Algumas das mais significativas foram: a **Psicoterapia Institucional** na França (anos 1950), que defendia o tratamento do doente pela instituição e da instituição como um doente – referindo que a instituição também não se encontrava “sadia”; a **Psiquiatria Comunitária** ou **Preventiva** (década de 1960) nos Estados Unidos: Gerald Caplan, seu principal representante, apresenta a inovadora possibilidade de intervenção sobre as causas e a evolução das doenças mentais, isto é, prevenir o adoecer psíquico. Ele propunha que o tratamento fosse feito na Comunidade. O objeto da Psiquiatria, que até então era a doença mental, foi substituído pelo conceito de saúde mental, que é o que tem sido utilizado atualmente; a **Antipsiquiatria** (década de 1960) na Inglaterra, cunhada por David Cooper e que teve como defensores Laing, Szasz, Lidz e Arieti, e ainda Foucault, Goffman, Deleuze e Guatari. Criticavam o papel da Psiquiatria na sociedade como instrumento de poder e prática punitiva, como por exemplo, o diagnóstico de muitos dissidentes

políticos como esquizofrênicos na União Soviética. Questionava-se o tratamento psiquiátrico involuntário e o rótulo de esquizofrenia; na Itália desenvolveu-se a **Psiquiatria Democrática Italiana**, que teve como principal representante Franco Basaglia. Ele assumiu, em 1961, a direção de um hospital psiquiátrico da Itália e chegou com a proposta inicial de “transformar o manicômio em um local de cura” através da introdução de mudanças visando à humanização em seu interior. Essa proposta acabou se transformando numa atitude crítica frente às funções sociais, políticas e ideológicas da instituição psiquiátrica (AMARANTE, 2003).

A Reforma Psiquiátrica, no Brasil, tem como base as experiências da França e Estados Unidos, mas principalmente o modelo italiano.

Essa tendência discursiva foi sendo divulgada pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - MTSM. O movimento foi importante agente de transformação, com expressiva participação na definição das políticas públicas na área da saúde mental e ganhou força principalmente em meados da década de 1980. Ele introduziu uma nova abordagem crítica a respeito do gerenciamento da loucura, que passou a ter como objeto de modificação o próprio discurso científico. Um dos pontos principais dessa proposta é a desinstitucionalização.

A desinstitucionalização, conceito defendido pela reforma, consiste na substituição do hospital por um aparato de cuidados externos na forma de serviços substitutivos. Exige que de fato as práticas psiquiátricas passem a ser práticas de cuidado, realizadas na comunidade. Críticas pesadas são direcionadas a essa nova política quando se interpreta o termo desinstitucionalização como desospitalização simplesmente, ou desassistência ao doente mental e à família que o recebe de volta do hospital, sem condições necessárias para viabilizar o processo terapêutico (GONÇALVES; SENA, 2001).

Em 1989, surgiu o Projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico, com sua substituição por outras modalidades assistenciais e tecnologias de

cuidado. Esta lei só veio a ser aprovada em 2001, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Essa lei, também chamada de lei da Reforma Psiquiátrica, preconiza a participação da sociedade e da família no tratamento e indica a internação apenas quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes.

Para Paulo Amarante (1995), o mundo do confinamento serviu não apenas à ordem econômica, mas também originou uma promissora “indústria da loucura”, uma vez que a assistência psiquiátrica era em grande medida privatizada (terceirizada pelo Estado a hospitais particulares). Desde a época do surgimento do Projeto de Lei, os empresários dos hospitais psiquiátricos aterrorizavam os familiares, deturpando os princípios da Reforma, dizendo que os hospícios seriam fechados e os internos devolvidos aos familiares ou abandonados nas ruas.

Numa entrevista a Drauzio Varella, o médico e diretor do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) Valentim Gentil afirma que foi o surgimento de terapêuticas modernas (GOFFMAN, 2003) que possibilita a diminuição da necessidade de internação e não o fechamento dos leitos. Porém com a diminuição dos custos com internação, os governos passaram a usar os recursos economizados para outros fins que não a saúde mental. Segundo o médico, não se investiu em prevenção primária, nem se pensou nas famílias que não tivessem condições para receber o ex-interno psiquiátrico em casa para seguir as orientações dos profissionais de saúde (GENTIL, 2009).

Como podemos observar, as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica atingem não somente o portador de transtorno mental, como toda a rede social que o cerca, a comunidade e a família. Neste estudo, interessa-nos especialmente a reação desta última ao fechamento do hospital onde se encontravam “em tratamento” seus familiares.

A família a que nos referimos, é a família moderna típica. Ela tomou para si (ou lhe foram atribuídas) muitas funções. É a ela que cabe educar, cuidar da saúde, preparar para o mercado de trabalho, para viver em comunidade e para promover um desenvolvimento (emocional, escolar, sexual, esportivo, social) sem anormalidades para seus filhos. E esse tipo de família só surgiu na História Ocidental a partir do século XVII, na Europa. Até então, as famílias eram muito maiores e as casas eram abertas à visitaço de amigos, clientes, clérigos e visitantes. Sem falar que a funço de cuidar dos filhos era compartilhada com outras famílias (GENTIL, 2009).

Aliada a essas funçes, a família também ganhou o *status* de portadora do “germe da irrupço da psicose, dos desvios do sexo e das mazelas do desenvolvimento infantil insatisfatrio” (GENTIL, 2009, p. 49). E da ento passou a receber o apoio de estudiosos mdicos, pedagogos, psiquiatras e psicanalistas, necessrio para que d conta de suas “funçes”.

Esse germe das mazelas fruto da utilizaço, pela famlia, de tticas de poder, principalmente em relao sexualidade: para impor as normas implcitas da cultura dominante – proibir, censurar e impor o rigor da lei (GENTIL, 2009).

O modelo assistencial mental que perdurou durante muito tempo foi o do isolamento familiar. Atualmente, porm, os familiares so percebidos como o elo de ligao mais prximo entre o portador de transtorno mental e o mundo. A participao deles no tratamento, tanto incentivando o familiar a se envolver no processo teraputico, como na criao de associaes, participao das reunies e assembleias dos servios, tida como fundamental no sucesso do mesmo. Os familiares so preconizados como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004).

Quando um membro da famlia vivencia um distrbio mental, geralmente os outros familiares definem-se como sadios e apenas o parente submetido a tratamento que necessitaria de ajuda

profissional. Entretanto, cada vez mais cresce a tendência a “cuidar do cuidador”. Inclui-se, assim, no projeto terapêutico, o atendimento aos familiares, pois estes estão diretamente relacionados ao transtorno (BERENSTEIN, 1988).

Essa nova relação deve tentar ir além da atribuição à família do papel de “bode expiatório”. Segundo Pereira (2003), as famílias, geralmente carregam uma história de “tratamentos” cheios de rótulos, reducionismos, linguagens técnicas longínquas, afirmações contraditórias e desencorajadoras a respeito da perturbação mental. Sendo esta complexa e incerta inclusive para a ciência médica.

A sobrecarga que recai sobre os familiares, muitas vezes, de baixa renda e que precisam prover as necessidades de um adulto improdutivo economicamente e ainda carente de cuidados especiais, além dos fatores de ordem emocional no convívio com a psicose, portanto hospital psiquiátrico representa ainda um “protetor” que mantém afastado do convívio familiar o “fantasma da loucura”, pois a família, que raramente recebe atenção do sistema de saúde também sofre o peso do transtorno psíquico do doente. E que, portanto, deve-se evitar uma apologia anti-manicomial (PEREIRA, 2003).

A desinstitucionalização e a Reforma Psiquiátrica em Campina Grande-PB

Por meio do descredenciamento do hospital referido, uma parte da Reforma Psiquiátrica começou a se efetivar em Campina Grande-PB. Em menos de três meses, uma comissão responsável pela intervenção federal assumiu a direção do hospital, realizou mudanças emergenciais no funcionamento do mesmo e encaminhou todos os internos para tratamento em outros serviços. Diante de tantas mudanças repentinas, os familiares mostravam-se divididos e angustiados: concordavam com as denúncias da precariedade do tratamento oferecido pelo hospital, mas também se encontravam

desesperados por não saberem o que iria acontecer com o seu parente, sob o medo dos rumores de que o hospital fecharia e as famílias que deveriam “tomar conta” de seus pacientes.

Para tornar mais fácil a transição, a equipe da intervenção realizou algumas reuniões com os familiares, nas quais os familiares podiam tirar dúvidas, esclarecer questões e ser informados das mudanças que estavam ocorrendo, além de expressar suas preocupações e dificuldades com a futura saída de seu parente do hospital.

Realização da Pesquisa

Com a autorização da equipe de intervenção, participamos das primeiras reuniões, totalizadas em número de quatro. O método utilizado foi *observação* de campo, também chamada de observação naturalista ou direta. Neste caso, eram registradas principalmente as falas dos participantes das reuniões, essas reuniões aconteciam no próprio hospital e eram coordenadas por uma médica psiquiatra, integrante da equipe de intervenção e, em geral, estavam presentes também outros profissionais. A reunião tinha início com a fala da psiquiatra, que informava sobre o que vinha ocorrendo no hospital e tinha a participação dos familiares, ora concordando com a psiquiatra, ora criticando a intervenção. Aproximadamente uma hora depois, a reunião era encerrada.

Verificou-se que as reuniões giravam em torno de dois polos distintos: as informações prestadas pela comissão da intervenção e as impressões dos familiares a respeito do contexto em que viviam. No primeiro polo, observamos os seguintes temas: as mudanças que vinham ocorrendo no hospital; o tratamento ideal para o transtorno mental; e esclarecimentos sobre os serviços substitutivos previstos pela Reforma Psiquiátrica. Já no polo dos familiares, observamos: as dificuldades concernentes ao transtorno; a defesa da existência do hospital; descrédito nas mudanças; e sinais de aprovação e esperança em relação às mudanças.

Informações prestadas pela comissão sobre a intervenção

Na fala da comissão de intervenção, observavam-se elementos convincentes e coerentes acerca da Reforma Psiquiátrica, sobre como os portadores de transtorno mental devem ser tratados, que não devem ficar isolados do mundo, enfim, os objetivos daquela intervenção. A médica psiquiatra, representando a comissão de intervenção, fazia esclarecimentos sobre os transtornos mentais, que em sua grande maioria não têm cura, mas podem ser amenizados através do tratamento adequado, e que o dono do hospital não cuidava dos internos como devia, apesar de receber dinheiro suficiente para tal. Isto é, a comissão de intervenção tentava desconstruir a cultura da segregação e do isolamento do portador de transtorno mental que, como vimos, está entranhada na história da loucura desde tempos longínquos.

Podemos citar aqui alguns trechos da fala da comissão de intervenção, representada principalmente pela médica psiquiatra:

O Ministério da Saúde repassa cerca de novecentos reais por mês, por paciente ao hospital, o equivalente a mais de cento e vinte mil reais por mês no total, ele fiscaliza se esse dinheiro está sendo aplicado de forma responsável, que permita um mínimo de condições dignas aos internos, como alimentação balanceada, higiene, medicação e atendimento profissional. Mas desde o ano de 2002 o Ministério da Saúde vinha alertando que se o hospital não melhorasse suas instalações seria descredenciado. [...] o Ministério da Saúde encontrou o hospital em condições precárias, os pacientes sem comida, sem remédio, sem condições de higiene, sem luz, água e banheiros limpos nas alas. (Comissão da intervenção)

A comissão também falava a respeito do transtorno, a concepção acerca dos limites e possibilidades de tratamento.

[...] ninguém nasce agressivo, a esquizofrenia não tem cura, o hospital não vai curar a esquizofrenia, o que se pode fazer é tentar correr atrás do prejuízo e tentar amenizar o sofrimento daquele familiar doente, que certamente é grande, é preciso aprender a conviver com as necessidades dele, deixá-lo no hospital não vai resolver o problema. (Comissão da intervenção)

E ainda falava dos diversos serviços substitutivos planejados para assumir o lugar do hospital e não desamparar internos e familiares.

Aqueles internos que já perderam o vínculo, assim como o espaço na família, ou não têm familiares serão encaminhados para residências terapêuticas 2. Inclusive já estão alugadas duas casas com este fim. Os demais internos da cidade de Campina Grande serão encaminhados para os CAPS existentes na cidade 3. Quanto àqueles de outras cidades, estão sendo feitas negociações com outros municípios, cogitando a implantação de serviços de assistência locais. (Comissão da intervenção)

2 “Entende-se como serviços residenciais terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social” (Portaria Nº. 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000, Art. 1º, § único)

3 Neste caso, o usuário mora em casa e vai ao Centro de Atendimento Psicossocial – CAPS, diariamente ou não, para ser atendido por equipe multidisciplinar.

Para os casos em que a família se dispõe a receber o paciente de volta o governo criou o Programa de Volta para Casa – PVC, pelo qual a família recebe um auxílio de um salário mínimo para acolher o familiar de volta. (Comissão da intervenção)

Impressões dos familiares

Este polo abrange diversos temas frequentes, em menor ou maior intensidade, nas reuniões: experiências/dificuldades do convívio com o transtorno; defesa do hospital; expectativas/descrédito em relação às mudanças; percepções positivas acerca da Reforma Psiquiátrica.

Os familiares manifestavam uma grande necessidade de falar. Falar de suas experiências, citar situações críticas, dizer o quão é difícil, ou impossível, lidar com o parente com transtorno, os episódios de crise, a agressividade, as dificuldades no convívio, a necessidade de trabalhar e a falta de alguém que pudesse estar cuidando do portador de transtorno (e por isso a importância do hospital). Este fato sugere que nunca houve espaço, no tratamento dispensado, para que o familiar também fosse ouvido, fosse cuidado, ou denunciasse uma dor que nunca fora sanada. A dor e o sofrimento de quem convive com o transtorno mental de seu parente.

Quando meu filho for pra casa eu posso deixar ele num quarto com uma grade e com um cadeado?[...] Porque quando eu receber meu filho de volta vou construir um quarto, arrumar e deixar ele lá dentro, trancado. Vou chamar o juiz, mostrar e dizer que eu preciso fazer isso para poder trabalhar, porque ‘solto’ os vizinhos batem nele e ele acaba ‘se metendo em confu-

são', se o juiz não gostar eu vou dizer pra ele pegar pra ele tomar conta. (familiares)

Meu esposo não tem condições de voltar para casa, pois lá tem criança e ele estupra quando vai lá. (familiares)

Meu filho é violento, para ele ser trazido foi necessário chamar a polícia e quatro pessoas para segurá-lo. (familiares)

A família sofre mais que o próprio paciente. (familiares)

Minha filha começa a fazer as coisas, lavar prato, depois de algum tempo começa a quebrar tudo. Já faz 18 anos que ela tá doente, fazia tudo pelo pai, começou a trabalhar aos 15 anos de idade e tanta responsabilidade a fez "enfraquecer o juízo", foi quando começou a ficar violenta e quebrar tudo dentro de casa; a irmã dela não vai de jeito nenhum no hospital, pois tem medo. (familiares)

Em alguns momentos, principalmente nos últimos encontros, alguns familiares mostram uma certa esperança e curiosidade sobre o novo serviço.

Eu fico feliz com essas mudanças porque eu vejo que minha filha será mais bem tratada. (familiares)

Quando eu vejo meu filho é só o que ele pergunta: quando vai para a casa nova [referindo-se às Residências Terapêuticas], pois "a doutora" tinha dito a ele que a casa é dele, assim como o que tem lá – televisão, geladeira, som... (familiares)

Como se faz pra entrar no CAPS? (familiares)

Cada vez a gente gosta mais [referindo-se aos avanços da intervenção no hospital]. (familiares)

Os familiares percebiam a mudança no seu parente ao longo da intervenção: mudança na alimentação – a maioria dos internos engordou – o encaminhamento para a emissão de documentos daqueles que não tinham, para o médico, para especialistas, ginecologistas, dermatologistas, dentistas, tratamento de verminoses, piolhos etc.

Assim, os familiares mostravam-se com visões ambíguas da situação. Se por um lado, concordavam com o que era falado pela médica, por outro, não acreditavam na possibilidade de convivência com o parente com transtorno – devido às experiências de agressividade ao longo do convívio com o mesmo; ao mesmo tempo que, embora concordassem com as vantagens dos serviços substitutivos, não confiavam que ocorreria na prática como estava previsto no papel. Esta última preocupação devido às suas experiências com o serviço público de saúde mental.

Uma familiar falou do que achava da mudança e o que achava que iria acontecer:

Os interventores vão embora, aí no primeiro e no segundo mês vai dar tudo certo, mas depois vão deixar de pagar os funcionários, fechar as casas, pegar os pacientes e colocá-los num carro e levá-los para a colônia Juliano Moreira em João Pessoa. (familiares)

Deste modo, percebiam que o dono do hospital tinha cometido infrações, pois as condições dos pacientes não eram dignas. Viam inclusive que ele sequer seria punido pelo que fez.

O que eu entendo de tudo isso é que o dono roubou e que a gente é que vai pagar por isso, porque quem rouba uma galinha é preso, mas

quem rouba muitos mil está na praia numa hora dessas, e enquanto isso, eu é que vou ter que me virar com dois que tem nesse hospital e mais dois que estão em outro. (familiares)

A descrença de que o novo serviço seria daquela forma anunciada pela comissão de intervenção tem por trás uma descrença maior – nos serviços públicos do país. E, portanto, o sentimento de desamparo experimentado pelo familiar ao longo do transtorno de seu parente. Daí talvez a valorização dada por eles ao hospital.

Alguns familiares demonstravam profundo agradecimento ao dono do hospital por ter sido este a solução para o seu problema, por ter aceitado seu familiar no momento de crise, no momento em que a família não sabia o que fazer. Uma relação que se revelava como uma dívida eterna dos familiares para com o dono do hospital, como se a internação fosse mais um favor do que um direito, uma relação assistencial e não profissional.

Mesmo ruim, foi aqui que deu apoio: três doido e só eu pra tomar conta e ainda tenho que trabalhar. (familiares)

O “dono do hospital” fez muito por mim, é que só quem vive é que sabe como é difícil lidar com essa situação. (familiares)

Foi o hospital que aceitou minha filha quando eu precisei. (familiares)

Eu agradeço em primeiro lugar a Deus e em segundo ao pessoal do hospital que o recebeu [familiar com transtorno]. (familiares)

Em uma pesquisa com familiares de portadores de transtorno mental frente à Reforma Psiquiátrica também se depararam com

sentimentos de pessimismo e descrença nos ideais da Reforma (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004), como se afirma:

Diante dos quadros graves de sofrimento mental e de longa duração, como a esquizofrenia por exemplo, encontramos familiares pessimistas quanto à possibilidade de melhora do familiar doente mental. Para muitos, são tantos os fracassos, recaídas, abandonos de tratamento, que é comum encontrarmos familiares desmotivados, resistentes e temerosos frente a qualquer proposta de mudança, vinda dos trabalhadores e dos serviços (AMARANTE, 2003).

Ante a dificuldade de lidar com o transtorno mental, os familiares defendiam o hospital como aquele lugar que os acolheu – mesmo com condições precárias – nos momentos de crise.

Uma alternativa à insegurança

Frente à dificuldade de os familiares acreditarem que eram possíveis as mudanças conforme idealizadas, a comissão sugeriu a criação de uma associação de moradores das residências, usuários, familiares e amigos, uma entidade independente, que defenda os direitos dos usuários. Sugeriu que esta associação participasse do Conselho Municipal e também da Conferência Municipal (GENTIL, 2009), e assim fiscalizasse o dinheiro que não vem simplesmente da prefeitura, mas do governo federal. Dessa forma, os familiares se sentiriam mais seguros quanto ao que viesse a ocorrer. Percebemos que os familiares começaram a desenvolver um vínculo de confiança com a médica psiquiatra. O temor, inicialmente relacionado à saída do interno do hospital, passou a se direcionar à possível saída dela e

consequentemente ao medo de que tudo aquilo que foi discutido nas reuniões (por ela) não viesse a ocorrer.

– *A senhora vai sair do hospital?* (familiares)

– *Em algum momento sim, eu sou assessora do Ministério da Saúde e estou cumprindo um contrato de quatro meses, que correspondem aos meses que vão de abril a agosto. A partir de agosto, mesmo não estando mais tão presente, estarei sempre em contato. Mas é muito importante que, na conferência municipal tenha um representante, por exemplo, da associação dos familiares, para que vocês saibam do que está acontecendo.* (Comissão da intervenção)

Considerações finais

A realização deste trabalho permite uma reflexão ampla concernente à *loucura*. Percebemos o quanto é complexo falar de Reforma Psiquiátrica e de mudança dos serviços que se dispõem a tratar o transtorno mental. São questões políticas, de efetivação ou não da nova prática com qualidade (tão saliente nas indagações dos familiares), a dúvida “será que vai ser desse jeito mesmo que eles estão dizendo?”, o medo de conviver com o transtorno que era velado enquanto o seu parente estava internado diuturnamente no hospital.

Por outro lado, há a difícil quebra de paradigma. A desconstrução do conceito de loucura historicamente construído – do portador de transtorno como perigoso, agressivo e irrecuperável. O abandono de técnicas desumanas, o fortalecimento da ideia referida numa das reuniões de que “sem carinho e sem afeto não vai!”. E essa mudança fundamental – a mudança nas representações e crenças dos familiares – ocorre aliando segurança e credibilidade dos profissionais

(em afirmar que este novo caminho é melhor que aquele) e melhorias concretas (como os familiares vivenciaram o cuidado efetivo aos internos do hospital).

Por fim, a principal desconfiança presente entre os familiares era quanto à permanência das mudanças positivas, o receio de que a prática não será como dizem na teoria. Neste ponto, a melhor solução seria a efetivação do Controle Social referido anteriormente, com a participação dos familiares na fiscalização e acompanhamento da política assistencial mental tão importante para sua vida e de seu parente. Esta, infelizmente, é uma cultura ainda incipiente no Brasil, que possui uma democracia recente.

Referências

AMARANTE, P. **Saúde Mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

BERENSTEIN, I. **Família e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP**, v. 38, n. 2, p. 197-205, 2004.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 8º Ed. São Paulo: Edições Graal, 2004.

GENTIL, V. **Saúde mental**. Entrevista a Dráuzio Varela, p. 29, 2009.
Disponível em: <<http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/saudemental.asp>>. Acessado em: 27/05/09.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7º ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev.Latino-Am. Enferm**, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.

PEREIRA, M. A. O. Representações da doença mental pela família do paciente. **Interface** – comunicação, saúde, educação, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003.