

**FACULDADES INTEGRADAS  
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM  
TRANSTORNO MENTAL COMO DEMANDA PARA O SERVIÇO  
SOCIAL**

Edilaine Lima Venâncio

Karina Rodrigues Alves Espiniano

Vanete Maria da Costa

Presidente Prudente/SP  
2013

**FACULDADES INTEGRADAS  
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

**A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM  
TRANSTORNO MENTAL COMO DEMANDA PARA O SERVIÇO  
SOCIAL**

Edilaine Lima Venâncio

Karina Rodrigues Alves Espiniano

Vanete Maria da Costa

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, sob orientação do Prof. Eduardo Luiz Couto.

Presidente Prudente/SP  
2013

# **A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA PESSOA COM TRÁSTORNO MENTAL COMO DEMANDA PARA O SERVIÇO SOCIAL**

Monografia aprovada como requisito  
parcial para obtenção do grau de  
Bacharel em Serviço Social.

EDUARDO LUIS COUTO

LUCI MARTINS VOLPATO

TASSIANY MARESSA

Presidente Prudente, 27 de Novembro de 2.013

***Ser Doido-Alegre, que Maior Ventura!***

*Ser doido-alegre, que maior ventura!  
Morrer vivendo p'ra além da verdade.  
É tão feliz quem goza tal loucura  
Que nem na morte crê, que felicidade!*

*Encara, rindo, a vida que o tortura,  
Sem ver na esmola, a falsa caridade,  
Que bem no fundo é só vaidade pura,  
Se acaso houver pureza na vaidade.*

*Já que não tenho, tal como preciso,  
A felicidade que esse doido tem  
De ver no purgatório um paraíso...*

*Direi, ao contemplar o seu sorriso,  
Ai quem me dera ser doido também  
P'ra suportar melhor quem tem juízo.*

*António Aleixo, in "Este Livro que Vos Deixo..."*

*(António Fernandes Aleixo,  
Poeta popular, Portugal, 1899//1949)*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente tenho muito a agradecer a DEUS, o que seria de mim sem a fé que possuo nele, pois é graças a ele que hoje estou concluindo um sonho que quatro anos atrás era considerado impossível, e que hoje está se tornando realidade.

A minha mãe Maria, que por ela me tornei uma pessoa de bem e que com a distância me fez crescer, aprender a viver e saber conviver com o mundo, que me apoiou em todos os momentos de angústias e dificuldades que passei diante da faculdade, me ajudando a superar perdas que sem ela tenho certeza que não conseguiria concluir. A minha avó Lucilia, que apesar da distancia nunca deixou de me amar e querer meu bem, sempre me apoiando, pois sem mais este apoio, não estaria aqui hoje.

Ao meu pai Salvador, o homem da minha vida, que logo no começo da minha jornada me deixou, partindo desse mundo, uma perda inesperável que até hoje não tenho palavras para descrever o quanto ele faz falta. Quero agradecer muito a ele, pois sem ele, hoje não me tornaria nada, sem o apoio e amor incondicional tinha por mim.

Quero agradecer minhas companheiras e amigas Karina e Vanete, que por mais de um ano estivemos juntas, para trabalhar e desenvolver o que hoje se tornou nossa realização. Agradecer pela paciência que uma teve com a outra, pois não é fácil uma convivência, onde cada uma possui um jeito de ser, e hoje graças a Deus, conseguimos esquecer nossas diferenças e concretizar nossos sonhos, que por tempos deixamos amigos, namorados, maridos e filhos, para poder elaborar algo tão precioso que se tornou essa monografia.

Quero agradecer meus amigos que souberam respeitar meu tempo e espaço, em especial a Thais, uma amiga que colaborou muito com meu desenvolvimento pessoal.

E por fim, ao nosso querido professor e orientador - Eduardo, que teve toda atenção e dedicação conosco, um excelente profissional!

Edilaine Lima Venâncio

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente à Deus que me deu a oportunidade de vida!

À minha amiga Arianne que me incentivou em cursar a faculdade de Serviço Social, sempre me apoiando, mesmo em meio à distância.

À minha família - meu pai Valdemir, minha mãe Valmira e meu irmão Gabriel, que mesmo que indiretamente me ajudaram em meio às dificuldades do dia a dia de estudante. Ao Meu marido Gean, que assumiu nosso lar, cuidando de todos os detalhes da casa e assumindo também um pouco do meu papel de mãe sempre que estive ausente. Não posso deixar de agradecer também ao meu filho Breno, que sempre entendeu que todas as noites a mamãe tinha que estar na faculdade.

Agradeço as Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo, que além de ser referência em ensino, me proporcionou um trabalho abençoado!

Ao meu Pastor Wilson e Pastora Valdirene que sempre estiveram orando e torcendo por mim, e que principalmente entenderam minhas falhas no Ministério de Deus.

Às minhas amigas, companheiras de monografia, e em breve colegas de profissão Edilaine e Vanete, que no decorrer da realização desse trabalho, compartilharam comigo momentos de “loucuras”, “medos”, “inseguranças”, “desentendimentos”, “angústias”; mas também de “risos”, “alegrias” e “descontração”!

Por fim, quero deixar meus agradecimentos ao nosso querido Orientador de Monografia - Profº Eduardo, pela disponibilidade, comprometimento, companheirismo, pelas contribuições; enfim, pelo profissional referência que é!  
“Existem pessoas que passam pela nossa vida que são usadas por Deus para nos proporcionar sempre o melhor”...

Karina Rodrigues Alves Espiniano

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer primeiramente a Deus pelo Dom da vida, pela capacidade de apreender, de compreender de lutar de amar que depositou em mim. Agradecer também pela oportunidade de realizar um sonho, de pertencer a uma categoria profissional, de alcançar um objetivo, e conquistar um diploma. Eu bem sei que sem os dons que vem de Deus não teria conseguido conquistar a vitória por méritos próprios.

Agradeço a minha família, Minha mãe Maria em especial, que é meu alicerce material, que suportou todo o peso das dúvidas, dos medos, incertezas e das finanças durante todo esse tempo em que estava em formação. Dando-me suporte e força para continuar bravamente, reconhecendo meus esforços, e as lutas que travava diariamente contra o tempo e contra mim mesma para dar conta de tudo.

Obrigado mãe pelas palavras de carinho e orgulho que demonstrou para comigo durante esses quatro anos de formação. Obrigado pelo seu sorriso de recompensada, quando eu falava as notas, quando eu superava a cada semestre sem exames, quando eu chegava todos os dias a noite eu entrava em seu quarto e te acordava para avisar que havia vencido mais um dia, e quando eu fazia jus ao esforço que fizera por mim a cada nova matrícula.

Quero agradecer também aos Irmãos Wanderley, que mesmo de longe torcia pela minha formação. Agradeço também, minha irmã Wânia, pelo carinho e dedicação para comigo pelo orgulho que despertava em seu coração em ter uma irmã se formando, lutando por uma profissão. E agradeço o irmão Vandinei, que com seu jeito simples e sempre muito fechado, porém sempre se demonstrava esperançoso para que chegasse ao fim da faculdade e pudesse compartilhar meus sabres nos espaços de trabalho.

Quero agradecer minha cunhada Dienifer, por me mostrar ao longo do curso como eu estava mudando minha forma de pensar e de agir, e por me cobrar atenção sempre quando estava em semana de provas e/ou fazendo trabalhos.

Agradeço aos sobrinhos Brenda, Diego Renan e Evelyn por me trazer alegria sempre quando estava estressada com tantos trabalhos pra fazer e chegavam sorrindo pra mim bagunçando minhas ideias.

E por fim agradeço todos os meus amigos, que oraram por mim e me apoiaram direta e indiretamente para a realização desse sonho. Agradeço as amigas Karina e Edilaine por terem compartilhado comigo esse Trabalho de Conclusão de Curso. Agradeço também e pela paciência que tivemos umas com as outras durante o ano. Agradeço ao nosso Orientador Eduardo pelas orientações, para que pudéssemos organizar nossas ideias de maneira clara e coerente.

Enfim agradeço a todos que colaboraram direta e indiretamente para que eu pudesse estar escrevendo esses agradecimentos, e pela compreensão de minha ausência, por nunca poder estar presente nos momentos importantes da vida das pessoas que eu amo e que são importantes pra mim.

Vanete Maria da Costa

## RESUMO

Os profissionais de saúde mental atuam em meio às grandes dificuldades em inserir a família da pessoa com transtorno no processo de tratamento, tornando - a parceira. Sabemos o quanto a evolução da medicina no diagnóstico e tratamento das patologias é importante na contemporaneidade. A pessoa com transtorno mental vivenciou historicamente em um cenário cruento acerca do tratamento, medidas estas que os acusavam, excluía, segregavam e ainda sofriam com a violência. Eram vistos como errantes e desajustados da sociedade que pregava e prega “perfeição”. A Reforma Psiquiátrica foi fundamental na construção dos direitos da pessoa com transtorno mental. Tem como proposta a reinserção desse usuário com transtorno à sociedade por meio da desinstitucionalização, para isso é preciso à participação familiar, para que a inclusão desse paciente na sociedade como sujeito de direitos seja efetivada, mesmo em meio às condições patológicas. O histórico familiar pode contribuir para o sucesso do tratamento ou simplesmente ser desfavorável, quando há desinteresse e vínculos fragilizados. Entretanto, acerca de uma pesquisa com famílias, foi possível constatar a significativa existência dos vínculos entre os convivas. O problema chave é a falta de conhecimento das patologias, das potencialidades da pessoa com transtorno, gerando desentendimentos intrafamiliares. A família também não sabe que seu papel, que ora era de “internar definitivamente” seu ente, agora, perante a atual legislação, é o de “cuidar”, sendo corresponsável no tratamento psiquiátrico juntamente com os profissionais nas instituições. Porém, para que isso ocorra com êxito, essa família deve ser trabalhada em suas especificidades e fortalecida, porque também se encontra fragilizada. O trabalho em rede é fundamental para a inclusão da família no tratamento, mas constatamos, em nossa monografia, o quanto essa rede de trabalho encontra-se falha nas articulações, encaminhamentos, trabalho de referência e contra referência; por isso precisa ser fortalecida com novos objetivos e propostas na defesa e efetivação dos direitos da pessoa com transtorno mental. Tal desafio implica na execução de um trabalho além do âmbito institucional, que se estende até os territórios, efetivando principalmente o serviço de Atenção Básica. Para isso, faz-se necessário o investimento do Estado em profissionais da área de saúde mental, principalmente na Atenção Básica, para que esse trabalho venha a se efetivar com êxito nos territórios. Nesse contexto, a profissão de serviço social tem papel fundamental de lutar pela plena efetivação do direito da pessoa com transtorno mental, articulando a rede em favor do seu trabalho, projetando e aplicando respostas, com profissionais que visem à transformação de realidades coletivas como: exclusão, preconceito, não acesso aos direitos, desentendimento das subjetividades dos sujeitos, desconhecimento das patologias e potencialidades da pessoa com transtorno por parte da sociedade e familiares. Porém, o trabalho só é efetivado com êxito por meio do aperfeiçoamento técnico do assistente social, da busca constante pelo conhecimento, para que possa intervir nas realidades sociais, materializando o Projeto Ético Político da profissão.

**Palavras-chave:** Transtorno Mental. Famílias. Patologias. Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial.

## ABSTRACT

The mental health professionals work in the midst of great difficulties involving the family of the person with the disorder treatment process and making this person a partner. We know how the medicine evolution in the diagnosis and treatment of diseases is important nowadays. The person with mental disorder has historically experienced in a grisly scene about treatment, these measures the accused, excluded, segregated and still suffered from violence these measures which accused, excluded, segregated and still suffered from violence. They were seen as wanderers and misfits of society that preached and preaches "perfection." The Psychiatric Reform was fundamental in the construction of the rights of mental patients. Proposes the reintegration of this user to the society by deinstitutionalization, this requires the family's participation for the inclusion of this patient in society as a subject of rights is effective, even in the midst of pathological conditions. The family history can contribute to the success of treatment or just be unfavorable, when there is disinterest and fragile links. However, with a family research, it was possible to verify the existence of significant links. The key problem is the absence of knowledge of diseases, the potential of people with disorder, causing disagreements within the family. The family did not know their role, which was to "hospitalize definitely" and now with the current legislation is to "take care", being co-responsible in psychiatric treatment along with professional institutions. However, for this to happen successfully, this family should be worked in their specificities and strengthened, as is also fragile. Networking is essential for the inclusion of family in treatment, but we found in our monograph, such as the network is failed in the joints, forwards, job reference and counter reference, so it needs to be strengthened with new goals and proposals on defense and enforcement of the rights of people with mental disorder. This challenge involves the execution of a work beyond the institution, that extends to the territories, mainly effecting the service of Primary Care. For this, it is necessary a state investment in mental health professionals, especially in primary care for this work be effective in successfully territories. Primary, for this work will be effective in the territories. Within this context, the profession of social work has a fundamental role to fight for the full realization of the right of persons with mental disorder, linking the network in favor of his work by projecting and implementing responses, with professionals that aim to transform collective realities as exclusion, prejudice, not having access to direct, misunderstanding of the subjectivity of individuals, lack of disease and potential of people with disorder by society and family. However, the work is only effective successfully through technical improvement of social workers, the constant search for knowledge, so you can intervene in social, materializing the Project Ethical Politician profession.

**Keywords:** People With Mental Disorder. Families. Pathology. Mental Health. Psychosocial Care Network.

## **LISTA DE SIGLAS**

AME – Ambulatório Médico de Especialidades  
CAPS – Caixas de Aposentadoria e Pensão  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CF – Constituição Federal  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
HD – Hospital Dia  
HR – Hospital Regional  
IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões  
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
PAD – Plano de Apoio a Desospitalização  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
SRT – Serviços de Residências Terapêuticas  
SUAS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Dependência Familiar da Pessoa com transtorno mental.....	63
GRÁFICO 2 – Relação Intrafamiliar.....	65
GRÁFICO 3 – Internação Definitiva.....	67
GRÁFICO 4 – Entendimento da família sobre o transtorno mental.....	69
GRÁFICO 5 – Preconceito.....	70
GRÁFICO 6 – Convivência Intrafamiliar.....	71
GRÁFICO 7 – Dificuldades intrafamiliar.....	72
GRÁFICO 8 – Visão familiar sobre a pessoa com transtorno mental.....	73
GRÁFICO 9 – Conhecimento familiar acerca do transtorno mental.....	74
GRÁFICO 10 – Expectativas da pessoa com transtorno mental sobre a família.....	76
GRÁFICO 11 – Sentimentos da pessoa com transtorno em relação à família.....	76
GRÁFICO 12 – Conhecimento da família sobre os direitos do seu ente.....	80
GRÁFICO 13 – Participação familiar no tratamento (visão paciente).....	83
GRÁFICO 14 – Participação familiar no tratamento (visão família).....	84
GRÁFICO 15 – Importância familiar no tratamento psiquiátrico.....	90
GRÁFICO 16 – Família acompanhada pela ESF.....	93
GRÁFICO 17 – Hospitais Psiquiátricos (visão familiar).....	100
GRÁFICO 18 – Conhecimento da família sobre o CAPS .....	102
GRÁFICO 19 – Acesso à saúde pública (pós alta).....	104
GRÁFICO 20 – Quantidade de internações.....	105
GRÁFICO 21 – Encaminhamentos institucionais.....	106
GRÁFICO 22 – Família acompanhada pela UBS.....	107
GRÁFICO 23 – Conhecimento sobre direitos da pessoa com transtorno.....	112
GRÁFICO 24 – Impactos na vida pessoa com transtorno a partir do tratamento....	114

## SUMÁRIO

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2- AVANÇOS E RETROCESSOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.....</b>	<b>18</b>
2.1 – Panorama Histórico da Segregação da Loucura.....	27
2.2 – Reforma Sanitária no Contexto da Saúde Mental no Brasil.....	37
2.3 – Contexto Sócio-Histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	46
<b>3- FAMÍLIA BRASILEIRA, TRANSTORNO MENTAL E AS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES.....</b>	<b>52</b>
3.1 – A Evolução Histórica da Família Brasileira.....	58
3.2 – A Dinâmica intrafamiliar da pessoa com transtorno mental.....	62
3.3 – A importância da Família no Tratamento Psiquiátrico da Pessoa com Transtorno Mental.....	77
<b>4- A ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O TRABALHO COM FAMÍLIAS.....</b>	<b>91</b>
4.1 – O Trabalho Interdisciplinar com a Família das Pessoas com Transtorno Mental.....	100
4.2 – O Trabalho Intersetorial, uma Perspectiva de Aprimorar o Tratamento da Pessoa com Transtorno Mental.....	111
<b>5- O ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>115</b>
5.1 – Trajetória Histórica do Serviço Social na Saúde Mental.....	117
5.2 – Desafios e Possibilidades na Execução do Trabalho do Serviço Social na Saúde Mental.....	118
5.3 – O Trabalho do Assistente Social sobre a Perspectiva de Inserir a Família no Tratamento Psiquiátrico.....	121
<b>6- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
<b>7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>128</b>
<b>8- ANEXOS.....</b>	<b>132</b>

## 1- INTRODUÇÃO

Esta monografia tem como objetivo contribuir para que o trabalho da Rede de Atenção Psicossocial, em especial na região de Presidente Prudente, tenha como um dos focos de sua ação tornar a família da pessoa com transtorno mental uma aliada no processo do tratamento psiquiátrico. Visa também contribuir no oferecimento de subsídios para a inserção das famílias nesse processo, com o intuito de fortalecer o tratamento contínuo ofertado pela mesma.

O motivo que nos levou a estudar acerca desse tema fundamenta-se na percepção da possível dificuldade de inserção da família no tratamento psiquiátrico. A partir desse escopo investigativo, buscamos refletir sobre as possíveis dificuldades encontradas pelos profissionais que atuam junto à saúde mental na região de Presidente Prudente (mais especialmente nas cidades de Presidente Prudente, Martinópolis e de Caiabu) em manter um relacionamento com essas famílias no que tange o tratamento psiquiátrico de seus membros.

Mediante essa problemática, levantamos questionamentos sobre a importância da inserção da família no trabalho da rede de atenção psicossocial e, também, sobre a gradação valorativa que a família deposita no tratamento psiquiátrico da pessoa com transtorno mental. Ainda temos como objetivo investigar a relação que a família (ou membros do núcleo familiar) desenvolve com as pessoas com transtorno mental, o entendimento que esta detém em relação às patologias ou transtornos mentais. Também levantamos questionamentos acerca do trabalho que as instituições da rede psicossocial desenvolvem com as famílias e, finalmente, as possíveis respostas profissionais construídas pelo Serviço Social, na perspectiva da inserção das famílias da pessoa com transtorno mental no tratamento, visando à melhoria da qualidade de vida destes.

Para embasar a nossa monografia, realizamos pesquisa de campo por meio de questionário com perguntas propositais ao nosso interesse para conhecer as relações família, pessoa com transtorno, e serviços de saúde mental.

Entrevistamos três assistentes sociais de cada Setor de Atenção Psicossocial: Atenção Básica - Unidade Básica de Saúde - UBS no município de

Caiabu); Atenção Média (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS em Martinópolis; e Atenção de Alta Complexidade (Hospital Psiquiátrico em Presidente Prudente).

Realizamos, ainda, entrevistas com familiares de pessoas com transtornos mentais, buscando respostas às questões problemas do nosso trabalho, referentes às relações, convivências, entendimentos acerca das patologias e atendimentos na Rede de Atenção Psicossocial.

Tínhamos como proposta inicial entrevistar pacientes atendidos nas próprias instituições – UBS, CAPS e HOSPITAL PSIQUIÁTRICO, porém, tendo em vista o cronograma desse trabalho e o prazo institucional para o desenvolvimento e entrega da presente monografia, deparamo-nos com a necessidade de aprovação pelos Conselhos de Ética das Instituições, assim a possibilidade de entrevistar pacientes que ora estavam utilizando os serviços das instituições ficou prejudicado, por isso fomos obrigadas a não utilizar esses sujeitos no universo da pesquisa dentro das instituições, mas sim em contato pessoal das autoras com os sujeitos fora do ambiente institucional.

A presente pesquisa focou, portanto, na apreensão do conhecimento dos familiares e usuários dos serviços descritos. Uma das instituições na qual nos propomos a entrevistar não reagiu a nossa proposta, então conseguimos entrevistar três profissionais, um de cada instituição, e sete familiares - sendo três de presidente prudente e quatro de Caiabu; seis pessoas com transtorno mental - sendo três de presidente prudente e três de Caiabu.

A intencionalidade de ter esse percentual de entrevistados foi a de obtermos informações com a máxima fidedignidade possível à realidade vivenciada pelos entrevistados e pelo universo da pesquisa. Realizamos a pesquisa em três municípios distintos para explicar a complexidade da rede de atenção psicossocial, e a partir da realidade desses municípios, em relação aos serviços, verificarmos as complexidades do trabalho em rede entre os municípios.

Para entendermos melhor a razão de abordarmos as categorias de rede e de território, para os fins desta pesquisa, necessitamos buscar o entendimento da visão do núcleo familiar do processo de tratamento pós-alta médica. Ou seja, entender o que essa família sabe acerca dos direitos de seus membros com transtorno mental e como é o processo de encaminhamentos entre as instituições e o processo de orientação aos familiares. Tínhamos a perspectiva de auferir que uma família, tendo conhecimento sobre os direitos do seu ente, terá

também melhor participação e envolvimento mais profundo com o tratamento psiquiátrico deste em qualquer nível institucional de tratamento.

Nossa preocupação em fazer essa pesquisa nessas instituições foi devido ao grande número de casos de transtorno mental no município de pequeno porte. Tivemos o intuito de investigar como os familiares estão sendo preparados para conviver com seu ente e como são tratados em seu território para que a doença seja estabilizada. Por meio da estabilização da doença, é possível que as pessoas com transtornos mentais possam conviver em casa e na comunidade normalmente, sem grandes surtos, tendo em vista que é direito destes viver juntamente com sua família e em comunidade, uma vez que as instituições de interação estão sendo preparadas para fechar as portas.

Para aprofundarmos os assuntos, em nosso título “Avanços e retrocessos da Saúde mental no Brasil” nós utilizamos o site Psiqweb (2008), criado pelo Médico Psiquiatra José Geraldo Ballone para abordar os conceitos de Transtorno Mental e os avanços da medicina psiquiátrica no Brasil. Para discorrer sobre o processo histórico da loucura, utilizamos a referência de Foucault (2004). Acerca da saúde pública no Brasil, utilizamos essencialmente Bertolli Filho (2008) e Vasconcelos (2000).

Para discorrer sobre a Família Brasileira, Transtorno Mental e as Relações Intrafamiliares, utilizamos essencialmente Kaloustian (2011) e Bisneto (2009). Em seguida, utilizamos as legislações que amparam a pessoa com transtorno mental e Melman (2001). Esses foram os principais autores estudados para elaborar nosso trabalho de monografia, e com os mesmos fizemos uma aproximação sucessiva com a realidade vivenciada por profissionais familiares e pessoas com transtorno mental, por meio de nossas entrevistas.

Procedemos acerca de uma análise sobre a correlação da reforma psiquiátrica brasileira e a reforma sanitária, que aconteceu de fato em 1990, com a efetivação do SUS (Sistema Único de Saúde) cujos direitos à saúde foram universalizados. Lembramos, ainda, que esse processo de universalização se encontra em construção para a efetivação do acesso a saúde de forma qualitativa. Foi a partir da reforma sanitária, que a reforma psiquiátrica pensou e formulou um trabalho específico para atender às pessoas com transtorno mental. Assim, criou-se uma rede de serviços psicossociais dentro do SUS para atender as especificidades das patologias.

Para compreender de forma aprofundada essas relações entre as famílias, as pessoas com transtorno, o tratamento psiquiátrico, e a rede de serviços psicossociais, estudamos a trajetória histórica do transtorno mental, desde quando era vista como “loucura” até os estudos que levaram aos diagnósticos das patologias.

No segundo capítulo, abordamos um panorama histórico da loucura. Discorremos sobre como o pensamento do “senso comum”, os “mitos”, o tratamento a que as pessoas com transtornos mentais foram submetidas ao longo dos anos, o surgimento dos hospitais chamados de “manicômios”, os tratamentos que os mesmos dispensavam e a imagem detida pela sociedade sobre essas pessoas.

Diante dessa análise, discorremos sobre o contexto das lutas dos movimentos sociais pelo fim dos maus-tratos às pessoas com transtornos e a luta pelo fim dos manicômios. Essa é uma grande conquista obtida por essa categoria por meio da Reforma Psiquiátrica, que vem direcionar uma nova forma de atender à pessoa com transtorno mental. Ainda pontuamos sobre o direito garantido em legislação que reconhece a pessoa com transtorno como cidadão de direitos, e determina como será o tratamento adequado que essas pessoas devem receber nessa mesma sociedade.

No capítulo três, apresentamos uma discussão teórica sobre a família; como aconteceu a construção dos vários arranjos familiares; como é a dinâmica familiar; seus desafios e anseios frente às responsabilidades de provedor do lar. Estudamos sobre como acontece a fragilização dos vínculos familiares, em fatos reais, diante a uma visão concreta desses vínculos fragilizados, identificando quais são essas fragilidades. Abordamos, também, a visão da família, quais são os “mitos” existentes, como é a relação no âmbito familiar e como essa família lida com as patologias. Para finalizar o capítulo, discutimos a importância da família no tratamento psiquiátrico, ou seja, como essa família pode contribuir para a qualidade de vida da pessoa com transtorno e porque é importante no tratamento.

O quarto capítulo é direcionado para a Pesquisa de Campo. Fizemos um desenho da Rede de Atenção Psicossocial da região de Presidente Prudente, visando conhecer as unidades da rede que existem na região, e fazer a seleção das unidades que compõem a rede, que são o foco da nossa pesquisa. Nessa pesquisa, pretendemos conhecer o trabalho psicossocial da rede com as famílias e como trabalhar essa relação entre família, paciente e serviços. Também buscamos

conhecer as dificuldades e os avanços da rede em relação ao trabalho com a família, o seu desenvolvimento e a perspectiva de incluir a família no tratamento. Ademais, procuramos conhecer o trabalho multiprofissional existente com as famílias e seus possíveis resultados, assim como as dificuldades que a equipe encontra em trabalhar com a família e inseri-la no tratamento. Finalizando o capítulo quatro, procedemos uma análise acerca do trabalho do assistente social dentro dessa equipe multiprofissional.

Portanto, é necessário tomarmos conhecimento acerca do caminho percorrido pelo serviço social na saúde mental, conhecer as dificuldades que o assistente social encontra na execução do seu trabalho na área e as possibilidades que esse profissional possui para a materialização do Projeto Ético-Político nesse espaço sócio ocupacional. É indispensável conhecer quais respostas profissionais sustentáveis o assistente social deve construir para a materialização do trabalho multiprofissional em rede com as famílias, no intuito de que o direito da pessoa com transtorno mental seja efetivado.

Para finalizar a monografia, pretendemos entender a inserção familiar da pessoa com transtorno mental como demanda para o Serviço Social. Assim atingiremos o nosso objetivo, que é o de construir uma pesquisa que venha contribuir com o trabalho multiprofissional, na perspectiva de incluir a família no tratamento psiquiátrico.

## 2- AVANÇOS E RETROCESSOS DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Para iniciarmos nossa discussão sobre os avanços e retrocessos da saúde mental no Brasil, partiremos da definição de Saúde, apresentada pela Organização Mundial de Saúde, que conceitua a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” conforme a Declaração de Alma-Ata (1978, p.1). É também assegurada como um direito humano fundamental, estando articulada aos complexos setores econômicos, culturais, sociais.

A partir dessa compreensão de saúde, entendemos que existem vários fatores que contribuem para o adoecimento da mente, dentre eles fatores econômicos, sociais e psicológicos, os quais contribuem para o estado de bem-estar de cada indivíduo. Nesse sentido, a saúde mental está associada ao:

[...] equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. É a capacidade de administrar a própria vida e as suas emoções dentro de um amplo espectro de variações sem, contudo perder o valor do real e do precioso. É ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações sem perder a noção de tempo e espaço. (LORUSSO, 2009, s.p)

Com base na descrição do autor, entendemos que apresentar um quadro de saúde mental significa que o indivíduo consegue superar suas frustrações internas, aceitando suas condições humanas, mantendo-se sereno, respeitando seus limites internos e externos. Em contrapartida, o Transtorno Mental e comportamental, segundo Ballone<sup>1</sup> (2008, s.p), “é caracterizado por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global.” Ou seja, a doença mental é uma alteração no modo de pensar, de agir, de se expressar, no humor, alterando o comportamento sadio, associando-o à tristeza, à angústia expressiva, corrompendo a estrutura psíquica da pessoa.

---

<sup>1</sup> José Geraldo Ballone, Médico Psiquiatra, Escritor, Professor de Psiquiatria, pela PUC-Campinas, Fundador e Coordenador do site [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br) Informações disponível em <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Geraldo\\_Jos%C3%A9\\_Ballone](http://pt.wikipedia.org/wiki/Geraldo_Jos%C3%A9_Ballone)>

Nesse sentido, percebemos dois grandes avanços: o conceito de saúde e o conceito de saúde mental. Para chegar a esses conceitos, a saúde percorreu um grande caminho, com grandes lutas, grandes avanços, e descobertas científicas surpreendentes ao longo da história. Neste trabalho apresentaremos um breve panorama histórico, destacando as fases desse contexto de saúde/doença, analisando os avanços obtidos e os retrocessos, apontando as falhas que ainda existem na saúde pública, uma vez que o avanço dos serviços de saúde é necessário para que a pessoa com transtorno mental possa ter acesso a seus direitos sociais.

Iniciando tal discussão, Scliar (2005, p 14) afirma que:

Para a maior parte das doenças sempre foi difícil estabelecer relações de causa e efeito; é um tipo de raciocínio que depende do grau de desenvolvimento da ciência e da tecnologia. Privados desses recursos, os povos primitivos explicavam a doença dentro de uma concepção mágica do mundo: o doente é vítima de demônios e espíritos malignos, mobilizados talvez por um inimigo, ou seja, é a patologia como faceta da mitologia.

Conforme a ideia do autor, estabelecer relações entre as causas das doenças e seus efeitos não é tarefa fácil, pois exige desenvolvimento científico, estudos minuciosos, grandes experimentos, comparações, e recursos tecnológicos, para se realizar os diagnósticos das doenças. Outrora, os primitivos eram desprovidos dos avanços científicos e tecnológicos, sendo que as explicações cabíveis para o surgimento das doenças estavam associadas ao misticismo, ao curandeirismo, cuja interpretação do surgimento das doenças era de que estas eram advindas por meio de demônios e a cura acontecia por meio dos feiticeiros e curandeiros. Assim, a doença patológica era reduzida a um valor pessoal e espiritual do indivíduo que, conseqüentemente, resultaria em morte. Ou seja, partindo desse princípio, o surgimento dos mitos está atrelado ao senso comum, ao desconhecimento das reais causas das doenças.

Percebemos nesse contexto as origens dos mitos, dos preconceitos e dos estigmas que ainda existem relacionados à pessoa com transtorno mental, há um grande retrocesso na história do país, cuja saúde ainda não conseguiu avançar. Nesse sentido, a pessoa com transtorno mental é julgada por valores morais como, “castigada por seus erros”, “endemoniada”, “retardada”, “estorvo”, “demente”,

“louco<sup>2</sup>”, dentre vários outros sinônimos pelo qual a pessoa com transtorno é rotulada e estigmatizada pela sociedade. Queremos ressaltar aqui que tal exclusão e preconceito se estendem à família, comprometendo as relações familiares, o bem estar e a qualidade de vida da pessoa com transtorno. Nos capítulos seguintes, essa discussão será melhor explicada e aprofundada.

Entendemos que a concepção do ser humano é composta por fatores biológicos, psicológicos e sociais, (OMS, 2001, p. 9) e, considerando essas três instâncias, devemos ter um olhar amplo para essa realidade, sem fazer separações entre os seres humanos, conforme nos explica a Organização Mundial da Saúde (2001, p. 9) quando afirma que “a separação artificial dos fatores biológicos, psicológicos e sociais tem construído um grande obstáculo ao estudo e compreensão dos transtornos mentais e de comportamento” na realização da *anamnese*, (exame realizado para diagnosticar os transtornos mentais<sup>3</sup>). Ainda utilizando os estudos da Organização Mundial da Saúde: “Na verdade, esses transtornos são semelhantes a muitas doenças físicas, pelo fato de resultarem de uma complexa interação de todos aqueles fatores.”

Mediante essa afirmação, entendemos que a pessoa traz para o seu subjetivo fatores que são exteriorizados, como as relações sociais, intrafamiliar, extrafamiliar, a convivência social e coletiva. Essas relações cotidianas, corriqueiras alteram o pensamento, as ações dos sujeitos que são históricos dinâmicos, influenciáveis, e afetam o emocional, podendo ocorrer um desequilíbrio mental, condicionado aos fatores internos e ao contexto histórico individual de cada pessoa, o qual pode ser superado de acordo com um determinado tempo para cada indivíduo ou pode desencadear um transtorno mental. Por meio dessa análise, percebemos mais um grande avanço no tratamento dos transtornos, os diagnósticos já não são feitos somente pelos sintomas que o usuário apresenta, mas mediante todo o seu contexto histórico, social e biológico.

Nessa perspectiva, entendemos que há uma reciprocidade nas relações que envolvem o entorno dos sujeitos, ou seja, se o contexto social não está de acordo com suas necessidades básicas, se não corresponde a suas principais expectativas de sobrevivência; se os meios econômicos não estão favoráveis ao

---

<sup>2</sup> DITADO, Popular. Terminologias que permeiam a população como forma de se caracterizar a pessoa que sofre com transtornos mentais.

<sup>3</sup> Informação obtida através do site [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br), descrita por Ballone (2008).

convívio do indivíduo e se as relações sociais e familiares possuem um déficit afetivo que acarreta em acúmulo de grande carga emocional, esses indivíduos, com certeza, sofrerão graves consequências, as quais podem vir a afetar a saúde em quaisquer instâncias, física ou mental. Nesses moldes, “a ideia da intervenção do Estado na área de saúde pública”, que foi abordada em 1779, conforme Scliar (2005, p. 51), entra em vigor não mais como um conceito de polícia médica sanitária, autoritária e paternalista, que repreende os sujeitos vítimas de doenças epidemiológicas como outrora, pois considera que estes devem ser tratados como sujeitos de direitos sociais.

Essa relação entre os fatores que contribuem com o desencadeamento dos transtornos mentais ainda é um enigma perante a sociedade e precisa ser desmistificada. As informações precisam chegar aos cidadãos. Os meios para que se alcancem resultados positivos são a saúde pública e os profissionais que fazem parte desse meio. Quando todos, sociedade, políticas públicas, famílias e profissionais da saúde, unidos por um mesmo objetivo, compreenderem a complexidade que envolve as relações sociais dessas pessoas e se prontificarem para materializar o projeto de atendimento à pessoa com transtorno mental, o Brasil obterá grandes avanços em favor da equidade e da justiça social ao atender as pessoas que sofrem com essas patologias.

Os fatores biológicos nos remeteram a um pensamento de que o transtorno mental é genético e pode ser repassado de geração em geração dependendo do ambiente que o indivíduo vivencia. Ou seja, uma “evidência científica moderna indica que os transtornos mentais e comportamentais resultam de fatores genéticos e ambientais, ou, noutras palavras, da interação da biologia com fatores sociais.” (OMS, 2001, p. 9). Ballone (2008, s.p) também comunga da ideia e explica que “os transtornos mentais causados por fatores biológicos provêm de perturbações e anormalidades na maturação dos circuitos neurais e podem produzir alterações detectáveis na patologia no nível das células e dos tecidos grossos, as quais resultam no processamento incorreto ou mal adaptativo de informações.” Entretanto, nem todas as patologias provocam alterações nas células e nos tecidos, como afirma o autor referindo-se à depressão que “contudo, é possível que não ocorram anormalidades anatômicas distintas e o risco da doença pode ser devido antes a variações na expansividade dos circuitos neurais”. Quando isso ocorre, o

autor diz que se torna “quase que imperceptível na localização ou nos níveis de expressão de proteínas críticas para a função normal.”

O Fator psicológico nos remete à ideia de que pode vir a ser provocado por traumas vivenciados no interior da família, desde a infância até a fase adulta. A Organização Mundial de Saúde (2001, p. 11) diz que “o comportamento humano é configurado em parte através de interações com o meio ambiente natural ou social. Essas interações podem resultar em consequências quer desejáveis, quer indesejáveis para o indivíduo.”

Em relação aos fatores psicológicos, Ballone (2008, s.p) afirma que “estes também contribuem para o surgimento de transtornos mentais, e que os cuidados afetuosos permitem o desenvolvimento saudável das crianças, na linguagem, no intelecto, e no equilíbrio emocional”. Quando a criança se desenvolve de forma saudável, ela consegue superar suas dificuldades, ao contrário de uma criança que cresce distante dos cuidados afetivos, que sofre com as perdas, com a ausência de atenção, com fracasso emocional. A criança que sofre com esses problemas tende a desenvolver problemas relacionados à saúde mental, como as síndromes e as patologias, aumentando a probabilidade de desencadear um transtorno mental severo ao decorrer da vida.

Ainda utilizando o Médico Psiquiatra Ballone (2008, s.p) como referência, veremos nas palavras do autor que:

[...] O cuidado afetoso, atento e estável permite ao lactente e à criança pequena desenvolver normalmente funções como a linguagem, o intelecto e a regulação emocional. O malogro pode ser causado por problemas de saúde mental, doença ou morte de um provedor de atenção.

O autor afirma que o afeto da mãe no momento do aleitamento é fundamental para o desenvolvimento saudável da criança, permitindo o desenvolvimento normal de suas funções. Nessa perspectiva, inicia-se o processo da importância da família na formação do desenvolvimento dos indivíduos. Percebe-se, nas palavras do autor, uma relação recíproca no seio familiar entre mãe e filhos na fase inicial da vida, que é a infância. Outro fator que o autor deixa em evidência é a atenção que os membros provedores possuem uns para com os outros e para com os filhos. Ele descreve também o cuidado como fator crucial para a formação da identidade, personalidade, comunicação, inteligência e, principalmente, para que

esse indivíduo possa se relacionar e controlar suas emoções, seus impulsos. Portanto, essa análise de realidade acerca do contexto histórico da pessoa com transtorno é fundamental no tratamento psiquiátrico e contribui para a estagnação da doença, podendo evitar as possíveis recaídas.

Outro fator visível extremamente importante na descrição do autor é que o transtorno pode ser causado por problemas psicológicos subjetivos de cada pessoa, quando esta se sente fracassada diante de fatos que provoquem situações de perda. Aqui pontuamos o comprometimento da resiliência da pessoa com transtorno mental, que, segundo Santos (2011, p. 4), “pode ser entendida como a capacidade dos indivíduos de superar os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados.” Ou seja, quando essa capacidade interior dos indivíduos de superar conflitos está comprometida pelo estresse da vida cotidiana, o ser humano tende a adoecer, o que pode vir a comprometer a saúde da mente.

Percebemos, assim, os fatores sociais evidenciados quando Ballone (2008, s.p) afirma que “a criança por ficar separada do provedor mediante a pobreza, carecendo de serviços sociais, ou privada de afeto por parte de seus provedores, tem mais probabilidade de desenvolver os transtornos mentais e comportamentais; tende a estar mais vulnerável para desencadear tais patologias.” Nessa perspectiva, compreendemos o quanto a saúde mental dos indivíduos é influenciável pelos meios em que vivem, e que a sociedade é parcialmente responsável pelo desencadeamento dos transtornos mentais, quando não há oportunidades de manter certo grau na qualidade de vida, ou seja, viverem “um completo estado de bem estar social<sup>4</sup>,” que perpassa pelas esferas sociais, econômicas atingindo o estado mental.

Esses fatores sociais possibilitam a análise sobre a existência da complexa relação de reciprocidade dos fenômenos que influenciam diretamente na sociedade. Como, por exemplo, a falta de acesso a oportunidades e políticas públicas, condições de indigência, miséria, pobreza, preconceito, dentre outras situações semelhantes a essas que são vivenciadas pelos indivíduos, inclusive no entorno familiar.

---

<sup>4</sup> Declaração de Alma-Ata de 1978.

A Organização Mundial da Saúde (2001, p. 12) afirma que o setor social:

[...] pode ter consequências deletérias para a saúde mental, devido à influência de estressores maiores e de eventos vitais adversos mais numerosos, como o congestionamento e a poluição do meio ambiente, a pobreza e a dependência numa economia baseada no dinheiro, com altos níveis de violência ou reduzido apoio social.

Ballone (2008, s.p) afirma que a migração como fator social:

[...] não produz melhoria do bem-estar social; ao contrário, resulta frequentemente em altos índices de desemprego e condições miseráveis de vida, expondo milhares de migrantes ao estresse social e a um risco maior de Transtornos Mentais devido à ausência de redes de apoio social. Os conflitos, as guerras e a inquietação social estão associados com elevação das taxas de problemas de saúde mental.

Nesse sentido, ambos os autores nos deixam claro que a vida social, o inchaço populacional, o desemprego estrutural, as condições de vida, a situação de pobreza, situação de indigência, expõem as pessoas a elevados níveis de “estresse social”, podendo desencadear, conseqüentemente, os transtornos mentais. Portanto, todas as pessoas correm riscos de desencadear transtornos mentais, e isso também advém da ausência de apoio das redes sociais, do setor econômico, social como nos mostram os autores anteriormente apresentados. Nesse sentido, percebemos que os fatores sociais têm uma grande parcela de responsabilidade no que tange a saúde mental da sociedade, quando estigmatiza pessoas por viverem em condições de pobreza, miséria, exclusão social, ou seja, quando estas se apresentam como alguém que se distancia dos padrões determinados pela própria sociedade.

O fator social é um grande desafio para a sociedade brasileira, no que se refere ao tratamento da pessoa com transtorno mental, de maneira específica, na efetivação do tratamento psiquiátrico continuado. Isso ocorre devido aos mitos e à falta de esclarecimento relacionado aos transtornos. A sociedade, mesmo diante dos avanços da medicina e as descobertas relacionadas às patologias, ainda é uma sociedade que segrega, estigmatiza, exclui as pessoas com transtornos, devido ao senso comum, que é a primeira origem do preconceito.

Percebemos, então, a complexidade do fator social, sendo determinante das relações sociais por meio do conjunto de leis e normas que rege a

sociedade. Isto é, altera-se a conjuntura social, as relações familiares, “padrões” de família que foram adotados pela sociedade da época<sup>5</sup>, e que, na contemporaneidade, vêm ganhando novas formas, conforme discutiremos no próximo capítulo. Esse mesmo fator social também determina os padrões de normalidade, a partir dos quais são excluídos e estigmatizados aqueles que não atendem aos padrões. Portanto, analisamos que é o fator social que estabelece normas de comportamento individual e coletivo, tanto no meio familiar como no entorno social; sendo estas utilizadas para o avanço da sociedade, para o desenvolvimento social, ou para reproduzir o preconceito, o estigma, contribuindo para a exclusão social.

Acerca da exclusão e preconceito relacionados à pessoa com transtorno mental, Scliar (2005, p. 56) diz que eram “recolhidos aos hospícios,” eram levados à força para os manicômios, “expulsos das cidades” pelos europeus, “tornando-se uma criatura exótica, sem razão”, motivo este inadmissível pela cultura moralista da época.

Mediante o contexto histórico de mitos, estigmas, preconceito, e repressão que a pessoa com transtorno mental vivenciou ao longo dos anos, e que se estende até a contemporaneidade, sem sombra de dúvidas, há muito que precisa ser superado pela sociedade brasileira. Parte-se do contexto de avanços e retrocessos pela qual a saúde percorreu durante toda a história, para que, por meio dessa leitura crítica de realidade, seja possível construir outra forma de tratamento à pessoa com transtorno mental. Não podemos continuar olhando para essa realidade e não modifica-la. É preciso desmistificar e superar ideias errôneas e preconceituosas. A política de saúde mental, assim como todas as outras políticas públicas, também necessita avançar, alcançar novos patamares para que os direitos da pessoa com transtorno mental possam ser efetivados.

Em relação à medicina, como já destacamos, obtivemos grandes avanços no diagnóstico das patologias, que outrora nem sempre era seguro e confiável, devido à falta de conhecimento científico a respeito do corpo humano. Scliar (2005, p. 24) afirma que, quando os médicos eram especulados sobre os

---

<sup>5</sup> A sociedade burguesa adotou o padrão de família nuclear, composta por pai, mãe filhos. Conforme descreve WAIDMAN, Maria A. Pagliarini, JOUCLAS, Vanda Maria Galvão, STEFANELLI, Maguida Costa, **Família e Doença Mental**. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.1, n.1/2, p.27-32, jan./dez.1999.

mecanismos das doenças, a resposta era desconhecida, incerta, assim como as patologias, sendo a doença considerada como um desequilíbrio do organismo. Nas palavras do autor:

[...] era escasso o conhecimento do corpo humano – e continuaria escasso por muitos séculos: o estudo da anatomia só começou no final da idade Média. A filosofia também era desconhecida, assim como a patologia. Concebia-se a doença como um desequilíbrio dos quatro humores fundamentais do organismo: sangue, linfa, bile amarela e bili negra ou atrabile.

Todavia, com o passar dos anos, as conquistas tecnológicas, os esquemas internacionais e as definições dos transtornos mentais foram se tornando confiáveis, “uniformes dos sinais, dos sintomas e dos critérios de diagnóstico, é possível atingir alto grau de confiabilidade e validade no diagnóstico,” tornando-se padronizados a nível internacional, com estudos precisos, conforme afirma Ballone (2008, s. p). Desse modo, na contemporaneidade, o diagnóstico dos transtornos mentais é confiável, os médicos psiquiatras conquistaram, internacionalmente, um reconhecimento através de excelentes estudos científicos<sup>6</sup>, que uniformizaram o padrão para diagnosticar os transtornos por meio dos detalhes dos sintomas.

A nosso ver, tais conquistas e reconhecimentos são importantes avanços frente ao histórico vivido pelas pessoas com transtornos mentais, porém somente a obtenção de conquistas não basta; como pontua Ballone (2008, s.p), é preciso avançar no sentido de sociedade, de qualidade nos serviços públicos, de tratamento continuado pela rede de serviços psicossociais, para que a pessoa com transtorno possa vir a ser atendida de maneira íntegra pela política de saúde mental no Brasil.

Assim entendemos que os transtornos são doenças, embora não possamos identificar como caráter físico, pois não são perceptíveis a olho nu. Porém essas doenças precisam ser tratadas continuamente, porque atingem a existência do indivíduo, quando, por exemplo, há casos de suicídio. Desse modo, o diagnóstico seguro, confiável, o tratamento adequado e contínuo, a boa relação afetiva com familiares e uma medicação correta podem mudar o destino de pessoas que apresentam quadros clínicos de transtornos mentais. São medidas simples a serem

---

<sup>6</sup> Afirmação baseada na pesquisa de Ballone (2008). Disponível no site <[www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br)>.

tomadas, mas trata-se das complexas relações sociais dentro de um sistema altamente contraditório e perverso que corrompe pessoas e valores dentro da sociedade.

## 2.1 Panorama Histórico da Segregação da Loucura

Para conceituarmos transtorno mental e como essa patologia é abordada na contemporaneidade, faremos um resgate histórico da “loucura” na Idade Média.

Na obra de Michel Foucault - “História da Loucura” (2004), afirma-se que, com o desaparecimento da lepra, surgem novas exclusões sociais, representados pelos “pobres, “vagabundos”, “presidiários”, e “cabeças alienadas.”” (2004, p. 6), ou seja, “a lepra foi substituída pelas doenças venéreas” (2004, p. 7) que se espalham rapidamente na ordem das doenças que exigem tratamento, assumindo o primeiro lugar dos males. E esses “doentes” eram recebidos nos hospitais de leprosos, os chamados leprosários, que, com o desaparecimento da lepra, ficaram vazios.

Esse é o primeiro momento histórico da loucura, a lepra era a doença epidemiológica da época, os leprosos - assim como todos os doentes - eram tratados como pessoas impuras devido ao histórico de desconhecimento das causas e efeitos das doenças, que outrora eram tidos como sinais metafísicos. Juntamente com as doenças venéreas, surge a loucura como fator sobrenatural, que também se encontra nesses moldes de exclusão da sociedade medieval, e que é padronizada no rol dos problemas sociais.

Como nos explica Foucault (2004, p. 8), a doença venérea:

[...] é considerada num conjunto de juízos morais [...] Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão.

Devido ao caráter filosófico moralista dessa época, as pessoas que apresentassem qualquer sinal de diferença ou anomalia eram excluídas e retiradas da sociedade, tratadas como pessoas problemáticas. Nesse contexto, Foucault

(2004) afirma que as pessoas tidas como loucas durante toda a idade média viviam excluídas moralmente da sociedade, por ter uma existência errante. A sociedade as expulsava do convívio social, os municípios obrigavam-nas a sair de sua cidade, de seus portos, por causa de suas condutas, que era um ataque à moral da sociedade e aos bons costumes. Então, essas pessoas eram colocadas em navios, e padeciam nas mãos dos marinheiros, que cuidavam das cargas “indesejáveis” como os loucos, pobres, indigentes e leprosos, por muitas vezes essas pessoas eram atiradas no mar. Os navios eram chamados de “nau dos loucos” porque toda bagagem imunda era depositada e despachada por esses navios. No decorrer da história, essas pessoas eram depositadas em hospícios, onde recebiam o mesmo tratamento indigno.

Esse procedimento era tomado com o intuito de retirar essas pessoas da sociedade, porque eram considerados como indigentes, imorais, pessoas impuras que precisavam ser purificadas e corrigidas, pois seu comportamento poderia afetar a moral da sociedade, então eles precisavam de lugares adequados para corrigirem sua vivência errônea e imoral.

Nas palavras de Foucault (2004, p. 9),

[...] esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinha uma existência errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos.

Nesse contexto, Silva et. ali. (2008. s.p) explica que “a água também tinha uma representação simbólica, pois confiar os loucos aos marinheiros elucidava a certeza de que não teriam trânsitos de insanos entre os muros da cidade.” A existência dessas pessoas não tinha sentido, não havia uma preocupação, ao contrário, só atrapalhavam a ordem moral da sociedade. Portanto, eram colocados em navios, e ficavam a mercê da própria sorte.

Até aqui, vimos que ao longo da história, a pessoa com transtorno mental passava por formas indignas de tratamento. Porém, infelizmente, o mau tratamento se estende até os dias atuais. Como se não bastasse o sofrimento interno que a própria patologia causa nas pessoas, ainda enfrentam maus tratos, falta de informação, falta de continuidade em seu tratamento psiquiátrico, falta de apoio dos convivas, o estigma das pessoas, sofrem com a exclusão social. Todas

essas formas de exclusão são frutos dos efeitos preconceituosos de uma sociedade que estabelece padrão de conduta, normalidade, segregando o que não corresponde a esses padrões e manipula as relações sociais.

Referente ao comportamento social frente à pessoa com transtorno mental, pontua Foucault (2004, p. 10) que:

Não é fácil levantar o sentido deste costume. Seria possível pensar que se trata de uma medida geral de expurgo que as municipalidades fazem incidir sobre os loucos em estado de vagabundagem; hipótese que por si só não dá conta dos fatos, pois certos loucos, antes mesmo que se construam casas especiais para eles, são recebidos nos hospitais e tratados como loucos.

Diante do exposto, percebemos que essa visão fragmentada acerca dos transtornos ainda não foi superada pela sociedade brasileira, o que se caracteriza como um retrocesso em torno da sociedade contemporânea. Esse cenário histórico – de maus tratos à pessoa com transtorno - reflete nos dias atuais, a sociedade tende a olhar essas pessoas de maneira estigmatizante, atribuindo a elas a culpa por seu próprio estado. Como se essas pessoas fossem culpadas por desenvolverem essas patologias, como se isso dependesse de sua vontade própria e/ou de uma decisão pessoal.

Voltando para a contextualização da história, Foucault (2004, p. 10, 11) afirma que “os loucos” eram alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas na verdade isso não ocorria, pois eles ficavam aprisionados para que fossem purificados e corrigidos de sua conduta. Sendo assim, fica óbvia a ideia de que os hospitais psiquiátricos, nesse contexto, eram somente para retirá-los das cidades e do seu convívio social. Essas pessoas eram afastadas de suas casas, forçadas a serem “normais”, e seus surtos e neuroses - sintomas apresentados pelos transtornos - eram de “caráter religioso”. Conforme afirmam Cohen e Marcolino (2006, p. 18).

[...] A maior parte das doenças e, mais especificamente os transtornos mentais, eram atribuídos à possessão pelos maus espíritos e à influência da feitiçaria ou bruxaria. A terapia prevalente nessas culturas tinha franco caráter místico religioso, atuando por meio de um mecanismo tranquilizador, pela sugestão e pela catarse.

Por esse motivo, os loucos eram considerados impuros, porque a loucura estava atrelada à filosofia do pecado, da culpa, do erro, sendo assim, “era proibido aos loucos o acesso às igrejas”, conforme Foucault (2004, p. 11). Essa era a explicação que se tinha dos transtornos, baseada na filosofia religiosa, no senso comum, nos mitos. Conforme Cohen e Marcolino (2006, p. 18), “o pensamento filosófico fora fundamentalmente de origem religiosa, construído por mitos que ganhavam uma dimensão concreta, objetiva e direta.”

Sobre a origem da loucura, além da explicação de Foucault, Pereira (1984, p. 46) nos explica “que a loucura emerge da relação com uma razão que necessita dela (loucura) para existir como razão”. Nesse sentido, para que se compreenda a operação pela qual razão e loucura vieram a se separar, tornando-se impermeáveis a qualquer intercâmbio, não é suficiente romper com os mitos e o preconceito, mas este foi o primeiro pensamento acerca da loucura como fator inerente ao ser humano. Ou seja, na separação radical entre a loucura e a razão, os loucos eram pessoas insanas que procuravam pela própria razão, assim estes eram agrupados com outras pessoas, que também sofriam com a exclusão social da época e depositados em um lugar específico, como os navios, chamados de “nau dos loucos”, conforme já vimos.

Durante anos, essas ideias foram a explicação para o surgimento dos transtornos mentais, pelo fato de estarem atrelados a questões religiosas. Essas ideias reprodutoras de mitos e senso comum são atuais, por terem sido reproduzidas fortemente por instituições religiosas. Mesmo sendo comprovadas cientificamente como patologias, ainda é gritante o rebatimento do senso comum nas sociedades contemporâneas sobre a questão da loucura, talvez pela falta de esclarecimento, de conhecimento sobre a origem dos transtornos (que também reproduzem a questão do preconceito), pela exclusão em si, pela pretensa culpabilidade desses sujeitos, e outros entendimentos que, infelizmente, ainda são passados para as gerações futuras.

O preconceito e o estigma sofridos pelas pessoas tidas como loucas nos anos de outrora, no intuito de corrigi-las, visavam “purificá-las”, e propiciavam uma forma cruel, desumana e absurdamente violenta de lidar com essas pessoas. Como Foucault (2004, p. 11) nos relata a seguir, essas pessoas: “Eram chicoteadas publicamente, e que no decorrer de uma espécie de jogo eles fossem a seguir

perseguidos numa corrida simulada e escorraçados da cidade a bastonadas. Outro dos signos de que a partida dos loucos se inscrevia entre os exílios rituais.” Isso aconteceu durante toda a idade média, perpassando para a idade moderna. Assim era o tratamento recebido pelas pessoas no intuito de controlá-las, e fazer voltar a sua razão por meio da força e da repressão psicológica exercida sobre esses indivíduos.

Nas palavras de Silva, et. ali. (2008. s.p):

A real existência de que a insanidade deve ser controlada, trata-se de uma medida geral, pois os munícipes ordenavam o expurgo da loucura, como um estado de vagabundagem, entretanto, outros fatos comprovam que o sujeito improdutivo não era a tão defendida situação caótica, certos loucos recebidos nos hospitais eram tratados como loucos, escorraçados das cidades, a não ser certas cidades medievais que tomavam conta de seus “cidadãos loucos”, pois existiam donativos em prol da sanidade. Surge nesta época os lugares de peregrinação, dando a entender que as naus de loucos, simbolicamente, eram os insanos em busca da razão. Outras cidades, “acolhiam” um grande número de loucos, acima do que podia oferecer, existiam alojamentos mantidos pelo orçamento da cidade, sem cuidados, eram jogados na prisão.

Foi assim que essas pessoas viveram durante toda a Idade Média, perpassando a Idade Moderna e atingindo a Idade Contemporânea. É nesses moldes desumanos que se compõe o processo histórico da loucura, no qual muitos foram cruelmente assassinados, torturados fisicamente e, também, psicologicamente. Essas ações agravavam ainda mais o estado emocional dessas pessoas, privando-as de viver no meio social, de forma igualitária, como qualquer outro ser humano.

O fim da Idade Média foi marcado por muitas mudanças, como, por exemplo, o período de Renascença (período que ficou marcado pela transição da Idade Média para a Idade Moderna). Segundo Foucault (2004, p. 14), a loucura ganha novas formas, assume novas superfícies, não mais com as virtudes cristãs, ou pela falta de caridade, mas em um desatino em que a culpa, que outrora era atribuída ao louco, ganha novas roupagens.

Nas palavras de Foucault (2004, p.14), “ninguém é exatamente culpável, mas que arrasta a todos numa complacência secreta. A denúncia da loucura torna-se a forma geral da crítica. Nas farsas e nas sotias, a personagem do Louco, do Simplório, ou do Bobo assume cada vez maior importância. ” Nesse

mesmo sentido, Pereira (1984, p. 49) afirma que, no fim da idade medieval, a Europa “estabelece relação com alguma coisa que confusamente designa Loucura, Demência, Desrazão. Mas essa relação é experienciada em estado livre, isto é, a loucura circula, faz parte da vida cotidiana e é uma experiência possível para cada um, antes exaltada do que dominada.”

Conforme Scliar (2005, p. 56), “quem ouvia vozes podia ser um louco, mas também poderia ser uma pessoa santa”. Segundo esse mesmo autor, as torturas eram evidentes e continuavam dentro dos hospícios pelo fato da loucura estar associada ao sobrenatural. Silva, et. ali. (2008, s.p) afirma que, a partir desses fenômenos místicos, surge um novo “modelo dominante de inclusão, cujo objetivo era detectar o foco da doença e que ocorre até hoje.”

Aqui identificamos os primeiros hospícios, ou seja, as “casas de internamento” como pontua o autor, para repreender as pessoas caracterizadas como loucas. Nesse mesmo momento da história, que aconteceu no século XVII, Silva, et. ali. (2008, s.p) pontua que “a loucura dá lugar ao pensamento técnico e livre, proporcionando a busca do conhecimento para recriar uma realidade construída sobre um olhar vigiado da igreja e dos detentores de poder.”

Entendemos que os hospitais psiquiátricos, os chamados manicômios nessa época, surgem para repreender as pessoas com transtorno mental, retirá-las da sociedade através dos movimentos higienistas da época, estudá-las como se fossem objetos específicos de laboratórios, por se tratar de pessoas errantes, sem escrúpulos, loucas, insanas, que desconhecem a razão, como fizeram os manicômios (hospitais psiquiátricos) até a reforma psiquiátrica. Mediante essa postura hospitalar adotada na época, percebemos a conduta reprodutora que os hospitais exerciam no século XX ao tratar os pacientes com transtorno mental, identificamos, também, as origens dessa prática reprodutora, repreensiva, dominante, por parte dos hospitais referente às pessoas com transtorno mental.

Tal prática é herança de outrora, que ainda permeia as sociedades contemporâneas, e ainda está arraigada na sociedade, como forma cultural e, de uma maneira especial e bem particular, na sociedade brasileira no que tange a saúde mental. Foucault (2004, p. 52) nos afirma que essas casas de internamento, por desempenharem um papel assistencial e ao mesmo tempo repressivo, destinavam-se a socorrer os pobres, porém comportavam quase todas as células de

detenção e cárceres quando a família pagava uma pensão. Essa cultura assistencial clientelista, vinculada às igrejas, como nos mostra o autor, esteve presente na gênese do surgimento dos manicômios, de levar vantagem sobre as coisas. Cabe, nesse contexto, uma crítica, pois esse tipo de postura de exploração é típico do nosso país. Isso arrebate nas políticas públicas, na qualidade dos serviços, nas relações sociais, na materialização dos direitos civis e sociais das pessoas com transtorno. Outra consideração que se faz em relação à afirmação de Foucault é que, nessa época, era visível a rejeição da família pelo ente com transtorno, que paga um determinado valor pelos serviços para manter seu ente aprisionado, longe do olhar da sociedade e dos possíveis problemas que tal pessoa pode causar no convívio social e no seio familiar.

Nesse mesmo sentido, Scliar (2005, p. 56) nos explica que os loucos “até a idade média eram relativamente tolerados e encarados com religioso respeito e temor pela população”, e no período de renascença passam a ser tratados como “criaturas exóticas,” por isso as pessoas “visitavam os hospícios como quem visitava um zoológico”, dando-lhes o direito de provocá-los, atiçá-los. Esse era o cenário que prevalecia após o final da idade média, os loucos eram levados aos chamados “hospícios”, onde eram repreendidos, afim de que não reproduzissem suas emoções, as quais escandalizavam a sociedade da época.

Scliar (2005, p. 56) pontua que:

As emoções eram vistas como expressão do lado animal do ser humano; deviam pois, ser dominadas. O tratamento dos doentes mentais era verdadeiramente bárbaro: cabeças raspadas, eles eram sistematicamente submetidos a purga, à êmese, à sangria, ou atirados sem aviso à água gelada, procedimento que tinha por objetivo “chocá-los”, trazendo-os de volta a razão.

Desse modo, Pereira (1984, p. 60) nos diz que “a loucura abandona de modo definitivo a nau em que ritualmente navegava por toda parte e se fixa no hospital.” Ou seja, “criam-se casas de internamento onde a loucura é retida. Mas, além disso, nesse mesmo século, o pensamento moderno aprisiona filosoficamente a loucura.” A loucura é retida e submetida às questões da moralidade.

Conforme é possível observar nas considerações dos autores supracitados, as manifestações advindas das pessoas com transtorno eram reprimidas, como se fossem ocasionadas através da razão, e não como um surto

que acontece independente da vontade humana, e decorrente de uma patologia. Essas pessoas eram tratadas como se pudessem fazer mal à sociedade, os surtos eram repreendidos e não tratados, isso sem falar nas condições às quais essas pessoas eram submetidas. Inúmeras pessoas foram acorrentadas, amarradas, tratadas como se fossem animais, longe de qualquer direito ou respeito perante a sociedade. As ações dos médicos dentro dos hospícios tinham como objetivo a purificação, era preciso que os loucos fossem limpos de toda e qualquer forma de impureza.

Essa prática de reclusão e exclusão perpassa o século XVII e se estende até meados do século XVIII. Como nos mostra Pereira (1984, p. 72) ao afirmar que “desde que se instituiu a prática do internamento, criou-se entre os homens o temor de ser internado.” Ou seja, os cidadãos de bem, as pessoas das cidades “continuam a ter medo, porém, esse medo é de outra ordem. Teme-se um mal misterioso, nascido dentro das casas de internação e que ameaça espalhar-se pelas cidades.”

Nesse período, a loucura continua representando perigo para a sociedade através da questão epidemiológica da época, as pessoas “normais”, ou seja, o restante da sociedade não poderia ser infectado pelas doenças, que segundo Pereira (1984, p. 72), “eram adquiridas nesses hospitais por serem espaços fechados e mal higienizados”.

Portanto, as casas de internamento eram distantes do habitat das cidades, ainda segundo o autor, para combater essas doenças que ameaçam as cidades, os “locais de internamento devem ser purificados, isto é, mais arejados; melhor segregados, isto é, mais isolados. Fala-se em criação de casas no campo. Sonha-se com locais onde o desatino estaria inteiramente contido, fechado sobre si mesmo, enjaulado.” De acordo com o autor, as medidas foram tomadas no intuito de reprimi-los para que deixassem de perturbar a ordem da sociedade.

Mediante a tal repressão e um tratamento desumano, também sofriam as pessoas que eram internadas juntamente com os loucos, segundo Pereira (1984, p. 76), em função dos “próprios internos que protestam com violência contra o fato de serem confundidos com os loucos, é que a loucura se transformou na imagem da humilhação dos internos, cuja razão oprimida foi reduzida ao silêncio.” O autor pontua que os loucos são tratados como pessoas desordenadas e devem ser

julgadas e condenadas como pessoas que cometem transgressões. Nessa época a loucura é denominada como falta e deve ser tornada pública pelo julgamento e pela sentença jurídica.

Nas palavras de Pereira (1984, p. 80),

[...] aquilo que o internamento clássico escondia porque a sociedade dele sentia vergonha, nesse final do século XVIII é descaradamente mostrado como tal, transformado em coisa pública e familiar, para as consciências escandalizadas. Se agora há vergonha, ela deverá ser vivida pelos culpados.

Como nos afirma o autor, no final do século XVIII e início da idade moderna, a loucura ganha novas roupagens, e estas são caracterizadas como culpa, e devem ser castigadas e restringidas mediante a sociedade. A loucura passa a ser pública e o internamento se torna forma natural do louco, porque as pessoas já estão desprovidas de consciência, de responsabilidade e de sua liberdade, portanto o melhor é mantê-las restritos da sociedade.

Diante desse contexto histórico, segundo Pereira (1984, p. 80) “surge então a psicologia,” a “casa de internamento vai transformar-se em asilo” e a “medicina vai encontrar um lugar — um lugar que lhe garantirá a possibilidade de apropriação da loucura como *seu* objeto de conhecimento”. (PEREIRA, 1984, p. 82). É nesse momento histórico que a medicina reconhece a loucura como objeto de estudo para identificar as causas e os efeitos.

Tal contexto histórico foi sem dúvidas um avanço na medicina, porém os asilos continuavam a maltratar os internos, até a intervenção de Philippe Pinel (1745-1826), que, segundo Scliar (2005, p. 57) era um “médico escritor que advogava uma conduta mais humana para com os loucos”, tendo ele, o intuito de reverter esse quadro de segregação da loucura. Ainda de acordo com Scliar (2005, p. 57), Pinel lutou para que “os doentes fossem libertados dos grilhões que os prendiam.” Porém a revolução psiquiátrica, conforme Scliar (2005, p. 57), só viria a acontecer no “século XX com a psicanálise, os novos medicamentos e instituições do tratamento ambulatorial da doença mental.” Esse é o cenário da doença mental, que, após séculos de sofrimento, conquistou um pequeno espaço para discussão na arena política da sociedade.

Até então, vimos acerca do processo histórico da loucura, que retrata o quanto essas pessoas foram mutiladas por sofrerem de um mal que atinge a mente da humanidade, ou seja, por estarem doentes psicologicamente. Percebemos que a doença mental não é um fenômeno atual existente nas sociedades contemporâneas, pelo contrário, essa doença foi descoberta somente na idade média e fez um longo percurso durante toda a história, perpassando todos os séculos. A cada século, descobria-se algo relacionado à doença mental, sempre com as tentativas de contê-la, que sempre fracassavam, e acabavam por prejudicar, rotular e estigmatizar essas pessoas, aumentando ainda mais os sofrimentos psíquicos.

No início do século XXI, idade contemporânea, após as grandes lutas e reformas que ocorreram na saúde pública, foi implementada uma forma especial de tratar as pessoas que sofrem com transtorno mental, cuja proposta é que esses indivíduos tenham um tratamento digno, humanizado, continuado em seu território e adequado às suas necessidades. Porém, não encontramos na nossa busca bibliográfica referência de que a ciência médica possa ter encontrado a cura para os diversos tipos de transtornos mentais de uma forma geral. Nessa perspectiva, a medicina não propõe a cura, mas sim a estabilização patológica, conforme discutido pelos profissionais da área. Como afirma um dos Profissionais entrevistados, “que a maioria dos transtornos não tem cura, existe um equilíbrio, mas cura não tem” conforme o Profissional B (2013).

Nesse sentido, percebemos que as lutas precisam ser constantes em prol da saúde mental, apesar dos grandes avanços que obtivemos em relação à doença, ainda existem muitas formas de preconceito e segregação que se manifestam silenciosamente na vida dessas pessoas, estas precisam ser superadas e rompidas pela sociedade.

Atualmente, as pessoas com transtorno mental não sofrem visivelmente violência nos hospitais ou em sua família, mas sofrem de outra maneira, como, por exemplo, o preconceito, a exclusão no mercado de trabalho, os rótulos e títulos advindos do senso comum, a falta de qualidade nos serviços públicos, a falta de medicação adequada, a falta de conhecimento dos convivas acerca das patologias e, também, a falta de informação sobre seus direitos pessoais e sociais. Esse é o retrato do cenário atual no qual contracena a saúde mental dentro das políticas públicas de saúde no Brasil.

## 2.2. Reforma Sanitária no Contexto da Saúde Mental no Brasil

A saúde pública no Brasil percorre um longo caminho até chegar às discussões na arena política e ser efetivada como uma das três políticas públicas que compõem a seguridade social na Constituição Federal de 1988. Juntamente com esse processo histórico da saúde pública, que resulta na Reforma Sanitária, a saúde mental também evoluiu. Ou seja, devido às lutas dos movimentos sociais da época, foi criada uma política de saúde mental específica dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) para atender as pessoas com transtorno mental. Isso aconteceu devido à falta de preparo profissional dentro das instituições para lidar com as demandas com transtorno mental no do sistema de saúde. Nesses moldes, Furegato (2009, s.p) afirma que:

[...] os principais eixos dos direitos e deveres na Constituição Federal, foi necessário criar leis, portarias e normatizações específicas e detalhadas sobre cada um dos serviços que passaram a compor a rede de atenção em saúde mental para internação, semi-internação, acompanhamento, urgências e emergências, ressocialização, promoção da saúde, da cidadania e inserção social. Foi preciso definir o papel e o alcance das ações de saúde mental no município, no estado e na federação.

Pensando nas grandes demandas atingidas pelo transtorno, fez-se necessário pensar como esse tratamento deverá acontecer de forma minuciosa, amparado por uma série de legislações e normatizações para garantir o direito dessas pessoas que outrora eram vistas como indigentes, errantes, merecedoras da morte e do sofrimento psíquico.

Nessa perspectiva, o Estado entende que essas pessoas já sofrem com os transtornos internos e externos, e, mediante a esse contexto de exclusão social, preconceito, estigma a que estão submetidas estas pessoas, garante seus tratamentos de forma continuada, em forma de legislações e normatizações que descrevem como esse tratamento deverá ocorrer, tal procedimento objetiva-se resultados que estes possam vir a experimentar a qualidade de vida. Porém, cabe às instituições destinadas aos cuidados dos transtornos materializarem essas legislações em forma de tratamento, assegurando o acesso aos serviços públicos de qualidade.

Observando as legislações que garantem o tratamento das pessoas com transtorno mental, encontramos um grande avanço da saúde pública Brasil, porém percebemos que existem alguns pontos que precisam ser analisados na saúde e não podemos deixar de pontuar essas diferenças que existem nos atendimentos relacionados à pessoa com transtorno mental. Como, por exemplo, o preconceito e a falta de preparo dos próprios profissionais de saúde para atender as pessoas com transtorno mental dentro das instituições de saúde que não sejam especializadas na área. Devido à falta de preparo dos profissionais para atender essas demandas, fez-se necessário subdividir o sistema de saúde e criar unidades específicas para lidar com as doenças mentais.

Partindo dessa evolução histórica da saúde no Brasil, analisaremos alguns pontos históricos relacionados à saúde e que são fundamentais para nossa discussão acerca da saúde mental. Partiremos da obra de Bertolli, em seu livro a “Trajetória histórica da Saúde Pública no Brasil”, publicado no ano de 2008, cujo autor faz um panorama histórico da saúde pública no Brasil desde a colonização do Brasil até a era atual. Por esse motivo, escolhemos esse autor como referência para mostrar os pontos principais da evolução da saúde, nos quais a saúde mental não está inserida.

Para iniciar nossa discussão acerca da Reforma sanitária no Brasil, voltamos à saúde dos índios, como eles viviam antes da chegada dos portugueses e como eles passaram a viver após essa chegada. Nesse, sentido Bertolli (2008, p. 5) pontua que o Brasil tinha seu povoado próprio com uma maneira de viver totalmente saudável, longe de qualquer tipo de contaminação. Entretanto, com a chegada dos portugueses ao Brasil, chegaram também às enfermidades, comprometendo a vida desses povos.

Esse é o início das doenças no Brasil, que foram trazidas pelos portugueses e que comprometera toda a saúde dos índios e sua forma natural de viver com as doenças da população branca. Para combater essas doenças, Bertolli (2008, p. 5) afirma que os médicos nessa época são convocados para dar respostas a esses problemas sociais, pois tinham o dever de zelar pela saúde dos enfermos. Todavia, esses profissionais enfrentavam grandes dificuldades institucionais para exercer a profissão, devido aos baixos salários e às péssimas condições de trabalho os quais poderiam comprometer sua própria saúde.

Observamos, porém, que essa situação não está muito longe da nossa realidade atual. Percebemos que os problemas que o Brasil enfrenta atualmente na área da saúde não são problemas atuais, mas são problemas antigos que evoluíram juntamente com a sociedade. Analisamos, então, que existe todo um histórico acerca das péssimas condições de saúde no Brasil e que precisa ser superado.

Com a saúde precarizada, a pobreza, a escravidão, a exclusão social, que já existiam no Brasil, as pessoas de classe alta e os que já estavam as margens da sociedade, segundo Bertolli (2008), recorriam ao misticismo religioso, ao curandeirismo exercido pelos índios, negros e bruxos da época, com “medo de submeter aos tratamentos. Baseados em purgantes e sangrias, esses tratamentos, em geral, enfraqueciam os pacientes e causavam a morte daqueles em estado mais grave.”

Analisamos a afirmação do autor que nos possibilitou interpretar que a procura pela cura física através do misticismo parte desses hábitos dessas crenças de outrora, cujos medicamentos eram as ervas medicinais, que essas pessoas ensinavam às outras, devido a sua experiência e seu saber sobre as ervas brasileiras que faziam bem para a saúde da população. Isso também nos possibilitou refletir sobre as questões de saúde mental nessa época, ou seja, nos abriu outro leque, outra face da história relacionada às pessoas com transtorno mental que também eram submetidas ao tratamento místico advindo destas pessoas, isto é, os curandeiros, os bruxos.

Subentendemos que essa prática mística era utilizada para repreender essas pessoas, que eram tratadas juntamente e excluídas igualmente às pessoas que sofriam com os casos de doenças infectocontagiosas. Nesse caso, restava aos médicos e aos curandeiros “exigir o afastamento dos enfermos do ambiente ocupados pelos sadios – o que na maioria das vezes levava os “bexiguentos” a morrerem sozinhos nas matas próximas às vilas e povoados” como afirma Bertolli (2008, p. 7).

Esse cenário sangrento entre medicina doenças e pacientes perdurou durante dois séculos, e transforma-se com a chegada de Dom João VI, juntamente com a corte portuguesa ao Brasil, no século XVIII, pois, diante da chegada do Rei de Portugal, era preciso criar outro tipo de atendimento médico para as necessidades da corte portuguesa. Desse modo, o Rei instituiu no Brasil colônias e escolas de

medicinas que, segundo Bertolli (2008, p. 8) foram criadas “para um atendimento mais constante e organizado das questões sanitárias”. As escolas e a medicina da época atendiam e estudavam as doenças infectocontagiosas que assombravam a população e o Estado brasileiro, mas as pessoas com transtornos mentais continuavam com os mesmos tratamentos de purga que recebiam nos tempos de outrora.

Mesmo com tal reformulação na saúde pública na época, ainda não foi o suficiente para suprir as necessidades da população que sofria com os surtos epidemiológicos. Isto é, a saúde não conseguia atender às necessidades de todas as pessoas enfermas, os atendimentos eram priorizados sempre em favor da alta sociedade, as pessoas pobres, as pessoas com transtorno mental ficavam em segundo plano, a mercê do misticismo, do curandeirismo e da própria sorte. Nesse contexto, muitas pessoas morreram por falta de socorro, por negligência médica, por doenças causadas pelas infecções dentro dos hospitais, transmitidas pelas mãos dos médicos. Isto é, pela falta de conhecimento dos médicos sobre as questões relacionadas a infecções causadas pela falta de higienização dentro das casas de misericórdias.

As pessoas com transtorno mental, mediante todo esse contexto sócio histórico referente à questão de saúde pública no Brasil, eram isoladas juntamente com as pessoas que sofriam com as enfermidades infectocontagiosas. Como pontua Bertolli (2008, p. 14) ao afirmar que o isolamento das pessoas que representavam perigo para a sociedade em hospitais afastados das cidades era a forma mais adequada para manter a ordem e a higiene. Porém, essa ideologia já não se sustentava mais e a medicina precisava encontrar novas respostas para esses males que atingiam a sociedade de forma tão assombrosa.

Em função dessas demandas sociais, o Estado Brasileiro, após a proclamação da República, decide investir na saúde de forma mais efetiva, criando os ministérios de educação e de saúde e os ambulatórios médicos para atender a população. Nas palavras de Bertolli (2008, p. 14),

A contínua intervenção estatal nas questões relativas à saúde individual e coletiva revela a criação de uma “política de saúde”. Esta por sua vez, não pode existir isolada, devendo articular-se com os projetos e as diretrizes governamentais voltados para outros setores da sociedade, tais como educação, alimentação, habitação, transporte e trabalho.

A partir de então, a saúde se expande no Brasil, ou seja, dá um grande passo qualitativo no sentido de buscar melhorias para a população. Nesse aspecto, foram criados equipamentos especializados pelas equipes sanitárias para a fiscalização de doenças infectocontagiosas, foram organizados institutos de pesquisas e contratados pesquisadores estrangeiros para atuarem na identificação das doenças, foi detectado que as doenças eram transmitidas por mosquitos e criaram vacinas contra a proliferação dessas doenças e os laboratórios médicos ganharam grande credibilidade e se expandiram por todo território nacional.

Entretanto, logo em seguida, de acordo com Bertolli (2008, p. 27), houve a “revolta da vacina”, ou seja, a população, acompanhada de um grande receio, e desconfiança da composição das doses, lutava bravamente com protestos e manifestações contra as vacinas, que devido ao grande fluxo de infecções ocorridas tornaram-se obrigatórias para toda a população na época. Em meio a tantas manifestações contra a lei que obrigava os cidadãos a se vacinarem, a mesma foi revogada tornando-a “opcional para todos os cidadãos.” (BERTOLLI, 2008, p. 28)

Percebemos, nesse momento histórico, as primeiras manifestações da população em torno da saúde pública. Nesse cenário, os cidadãos lutavam bravamente por aquilo que acreditavam defendendo seus objetivos. As vacinas na época eram uma forma de combate às doenças infectocontagiosas, porém foram compreendidas de maneira errônea pela população na época, por se tratar de uma cultura sem muitos esclarecimentos e forma com que era tratada a saúde na época as passava nenhum tipo de segurança e credibilidade a população. Mediante esse contexto de contradições, a população defendia seus interesses dando início às primeiras manifestações da população em prol da saúde pública no Brasil.

Em 1923, conforme descreve Bertolli (2008, p. 33), foi criada a lei Elói Chaves a qual estava atrelada ao trabalhador e defendia que somente estes tinham direito à saúde pública. Em 1930, o governo populista cria novas formas de governar, o que resulta em uma nova constituição, na qual o Estado é o tutor da população, isto é, as políticas sociais são criadas sobre a perspectiva de manipular a população. Para tanto, o governo investiu na educação e na saúde pública, criando os ministérios de saúde e de educação, com o intuito de implementar os serviços de saúde no Brasil, instituindo postos de atendimento médico e hospitais.

Getúlio Vargas quis inovar e criou postos de atendimento médico, pois, na época da República Velha, a saúde ficava às margens da filantropia e os doentes eram atendidos em santas casas de misericórdia, que ficavam sob os cuidados de pessoas ligadas à religião, como freiras e freis, padres e bispos. Nesse sentido, o governo populista aprimora essa Lei aplicando-a a várias categorias profissionais, ou seja, “esses órgãos garantem assistência médica a uma vasta parcela da população” através das *Caixas de Aposentadorias e Pensões* e os *Institutos de Previdência*, como nos mostra Bertolli (2008, p.30-33).

A partir desse contexto acerca da saúde pública, percebemos que a saúde mental continua nos mesmos moldes da antiguidade, uma vez que, enquanto que a saúde física era analisada e estudada por Osvaldo Cruz, a saúde mental continuava com os mesmos moldes de tratamento, em que priorizava-se a segregação e a exclusão. Constatamos que, dentre os autores analisados que relatam a história da saúde pública no Brasil, não encontramos nenhum tipo de relato ou algum vestígio que descreva os cuidados ou os tratamentos exercidos para com as pessoas com transtorno mental no Brasil.

Na década de 50, como nos mostra Bertolli (2008), as questões ligadas à saúde ficavam sob a responsabilidade do ministério de saúde, que tinha como atribuição combater as doenças e trabalhava no sentido de “promover a educação sanitária<sup>7</sup>” (p. 41). Ademais, a legislação obrigava a previdência a assumir a “prestação de assistência médico-hospitalar aos trabalhadores<sup>8</sup>” (p. 43), com isso as filas aumentavam e o atendimento se tornará cada vez mais precário, ocorrendo muitas mortes de trabalhadores por falta de atendimento emergencial. Diante dessa situação, a medicina pressiona a o Estado a nível federal e estadual para “restringir ou mesmo interromper os planos de construção de hospitais públicos<sup>9</sup>” (p. 43).

Em 1964, segundo Bertolli (2008, p 49-54), os militares decidem pôr um fim ao governo populista e combater o crescimento do comunismo que rondava o Brasil, nesse sentido perseguiram todos os movimentos contrários às ideologias militares. Nesse período, a medicina obteve vários avanços, porém as verbas

---

<sup>7</sup> FILHO, Claudio Bertolli. **História da Saúde Pública no Brasil**, 4ª ed. 11ª impressão. São Paulo: Editora Ática, 2008.

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> Idem.

destinadas para a área da saúde foram reduzidas pela metade e os serviços de saúde foram precarizados.

Em função disso, as doenças infectocontagiosas como dengue, meningite e a malária se alastraram, e a ameaça não poderia ser divulgada pela imprensa. Em decorrência do enfraquecimento das CAPS e IAPS, o governo ditador criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) “subordinado ao Ministério do Trabalho”, era este quem “deveria cuidar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde deveria pelo menos e teoria, elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias.” (2008, p. 54)

De acordo com Bertolli (2008, p. 60),

A crise brasileira agravou-se após a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada sobretudo no descontrole inflacionário, já a partir dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a mobilizar-se, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do presidente da República.

Tal crise resultou na diminuição dos gastos públicos e principalmente na área da saúde, os hospitais atendiam a população de maneira precarizada, isto é, quando os pacientes conseguiam atendimento médico, essa barbárie resultou em várias mortes por falta de socorro especializado, como afirma Bertolli (2008, p. 60). Nesse mesmo sentido, na década de 80 não houve muitas mudanças relacionadas ao quadro sanitário do Brasil devido à descontinuidade dos programas e, para combater essas descontinuidades dos programas, a falta de verbas e a corrupção, o governo buscou “Contínuas Reformas” para integrar os serviços prestados, reorganizando de “forma racional as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, evitar fraudes e lutar contra o monopólio das empresas particulares de saúde.” (BERTOLLI, p. 61). Essa abertura política foi o primeiro passo para as manifestações em que “moradores da periferia e dos grandes centros começaram a lutar pela melhoria de suas condições de vida” (2008, p. 62)

A partir dessas manifestações, criaram-se os conselhos de saúde que eram “encarregados de obter melhor saneamento básico e a criação de hospitais e centros de saúde nas áreas mais carentes”, tais manifestações resultaram nos chamados “movimentos sanitaristas que, ao incentivar as discussões, buscaram encontrar respostas para os dilemas da política de saúde nacional” como afirma Bertolli (2008, p. 63). Nas palavras do autor (2008, p. 62), “Um dos principais

produtos desse movimento foi a elaboração de um documento intitulado pelo direito universal à saúde, que sublinha a necessidade de o Estado se comprometer definitivamente com a assistência à saúde da população.”

Em decorrência das lutas e das manifestações dos movimentos sociais, dos trabalhadores e dos médicos responsáveis pela saúde no Brasil, desde o início do século, é que se originou na efetivação da política de saúde através das reformas que existiram no Brasil, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica. Ambas as reformas propõem um trabalho de referência e contrarreferência que consiste em um trabalho em rede para materialização e efetivação do SUS como política integral de Saúde no Brasil.

Segundo Bisneto (2007), a “Reforma Sanitária Brasileira teve início em 1970”, e era dirigida por lideranças da saúde e médicos. Foi um processo que aos poucos trouxe ideias inovadoras para a saúde, como a prevenção, que antes era somente utilizada para tratamento de doenças. Nessa perspectiva, após um processo de lutas, manifestações democráticas, conferências, que, segundo Bisneto (2007), criou-se em 1990 o SUS – Sistema Único de Saúde, o qual garantiu o acesso universal à saúde, visto como um direito da pessoa e um dever ao Estado para efetivá-la. O sistema de saúde também foi descentralizado para os municípios, um exemplo disso, são as UBS – Unidades Básicas de Saúde, que devem estar instaladas em cada território, o que determina os cuidados primários em saúde a nível mundial.

A Reforma Sanitária trouxe consideráveis avanços no âmbito da saúde, que estão descritos na Constituição Federal de 1988 (CF). Foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde), determinando, então, o acesso universal à saúde como direito social e dever estatal, descentralizando o sistema de saúde, repassando aos municípios ações e serviços para atendimentos básicos que vêm atendendo os usuários através da rede de serviços de atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Sendo assim, essas instituições precisam materializar o trabalho de referência e contra referência para que o direito a saúde venha ser efetivado e contínuo.

Portando, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma rede universal de cuidados à saúde da população brasileira, é descentralizado, e organizado hierarquicamente nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Dentro

do Sistema Único de Saúde, está a Política de Saúde Mental, que se constitui enquanto Rede de Atenção Psicossocial que atende as pessoas com transtornos mentais, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços em Residências Terapêuticas (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. Esses serviços têm por objetivo garantir a participação dos usuários e de seus familiares, garantindo a articulação da rede comunitária de atenção psicossocial para atender a pessoas com transtornos mentais.

### **2.3- Contexto Sócio-Histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil**

Para iniciar nossa discussão sobre a reforma psiquiátrica no Brasil, queremos ressaltar que fizemos uma análise acerca da saúde mental no Brasil desde a chegada dos portugueses até a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica e não identificamos avanço com relação à saúde mental no Brasil. As primeiras lutas acerca saúde mental foram com o movimento dos médicos psiquiatras, a partir da década de 70. Isso nos remete à ideia de que essas pessoas continuavam a ser olhadas e tratadas como indigentes e pessoas errantes que eram excluídas da sociedade e não como doentes. A saúde pública brasileira ganhou muito com as pesquisas e as descobertas de Osvaldo Cruz, porém a saúde mental continuava estagnada, sem estudos, sem pesquisas e sem evolução no tratamento dessa doença.

Nesse contexto de exclusão que estas pessoas estavam submetidas, juntamente com as lutas e as manifestações que já estavam acontecendo no Brasil devido ao comunismo e a um cenário fragilizado que acabara de se recuperar de uma guerra mundial, os movimentos sociais estavam fortalecidos e a população também entrava em cena lutando por melhores condições de saúde. Foi nesse sentido que os médicos representantes da saúde mental também entram em cena, lutando por melhores condições de trabalho e as famílias lutando por melhores atendimentos para as pessoas com transtorno mental.

Portanto, é nesse cenário que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se inicia, isto é, entre as décadas de 1978 e 1980. Dentro do contexto de Reforma Sanitária, havia inúmeros participantes desse movimento, destacam-se: o

Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, Associação Brasileira de Psiquiatria, Indústrias Farmacêuticas e universidades, dentro de várias outras organizações. Assim como a Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica também foi marcado por documentos, temas, conferências, reuniões, que estudavam e debatiam politicamente, problematizando o atendimento a que a pessoa com transtorno mental era submetida nos hospitais psiquiátricos, como execução de torturas, choques elétricos, pacientes que eram detidos em camisa de força e traçados, entendidos como causadores de conflitos, quando, na verdade, estavam em estado de surto.

A Reforma Psiquiátrica não resolveu todos os problemas relacionados à pessoa com transtorno mental, porém luta, até os dias atuais, em um processo gradativo, para que a pessoa com transtorno mental seja reconhecida como sujeito de direitos. Dito de outro modo, a reforma psiquiátrica é materializada cotidianamente em cada instituição que atende essas especificidades e reconhece essas pessoas como sujeitos de direitos, garantindo que possam ter um tratamento digno, longe da repressão e da segregação da família, da sociedade e das instituições.

Essa afirmativa advém de todo um histórico de segregação e repressão que as pessoas com transtorno vivenciaram durante todo o processo sócio-histórico e com o qual a reforma psiquiátrica tem por objetivo romper. Isto é, fazer com que todos, familiares, sociedade, profissionais e instituições reconheçam tais direitos, por que estes ainda estão obscuros, e existem muitas resistências institucionais e sociais em reconhecê-los como cidadãos de bem, capazes de conviver em meio a sociedade.

Nesse sentido, Vasconcelos (2002, p. 22) vem confirmar a perspectiva do direito reconhecido em prol da pessoa com transtorno mental através de grandes lutas sociais contra as formas de violência que ocorriam nos asilos, nos hospitais que tratavam as pessoas com transtorno mental, dando-lhes o direito de conviver dignamente na sociedade sem ser excluídos, rotulados ou vitimados, por sofrer alterações no comportamento que a sociedade caracteriza como normal ou anormal.

[...] é decorrente dessas lutas dos movimentos sociais e dos movimentos dos trabalhadores de Saúde Mental da década de 1970, que debatiam politicamente pelo fim da violência asilar e pela reabilitação de pessoas improdutivas no processo de democratização, e pelo reconhecimento dos direitos civis e políticos, dos doentes mentais e dos cidadãos em geral.

Percebemos nas palavras do autor que as pessoas que eram improdutivas, ou seja, não participavam da democracia, não tinham direitos ao trabalho, não tinham direitos ao voto, não tinham direito de conviver civilizadamente em meio à sociedade civil. Nesse sentido, essas pessoas eram trancafiadas em asilos nos quais sofriam todos os tipos de violência física, psicológica, dentre outras que não estavam explícitas em livros ou em qualquer outro material. Foi mediante a esse cenário bárbaro que os movimentos sociais e os movimentos dos trabalhadores lutavam em favor de devolver a pessoa com transtorno mental para a sociedade e para sua família.

Esses movimentos sociais também lutavam pelo desenvolvimento da antipsiquiatria, pela organização e pelo desenvolvimento dos trabalhadores na área da saúde mental, pela ampliação dos programas e seguros sociais para a população dependente, incluindo os doentes mentais e pela implantação de serviços de saúde mental comunitários induzindo-os ao processo de desospitalização. Para isso, seria preciso investir em ambulatórios que atendessem essas especificidades, porém em meio à sociedade, ou seja, as lutas antimanicomiais, provocaram mudanças nas formulações do campo psíquico. Isso foi pensado na perspectiva de romper com o paradigma da psiquiatria, de responder as críticas que existiam acerca da psiquiatria da época e torná-la mais eficaz e integrada com a medicina.

Nesse processo, houve inúmeras denúncias sobre os maus tratos aos pacientes em hospitais psiquiátricos, essa questão foi bastante divulgada pela imprensa e entidades da sociedade civil, pois havia uma indignação com o descaso nos atendimentos que pessoas com transtorno recebiam de organizações públicas. Essas denúncias, segundo Vasconcelos (2002, p. 23), ocorreram pela:

- [...] mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto público quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;
- denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados então INAMPS;
- denúncia e reivindicação por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, [...];
- Primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar de o movimento não ter ainda bem claro como deveriam ser organizados tais serviços.

De acordo com o autor, os movimentos se mobilizaram para que os hospitais fossem mais humanos com os pacientes, por isso houve as denúncias, entre elas a mercantilização. A loucura passa a ser comercializada pelos hospitais privados, as reivindicações continuavam, os trabalhadores públicos lutavam por melhores condições de trabalho, pois devido a essa precarização estavam sujeitos a contrair doenças contagiosas no interior dos hospitais. Eles queriam que os pacientes com transtorno mental fossem atendidos como todos os outros pacientes que apresentavam doenças físicas, para isso era preciso expandir os ambulatórios médicos de saúde mental.

Assim, contextualizamos a primeira “tentativa de ruptura com os paradigmas” acerca da saúde mental, conforme Vasconcelos (2002, p. 23), com novas ações para a reorientação da assistência, resultando na reforma sanitária. Esse processo deu origem à I Conferência Nacional de Saúde do país, que repercutiu no Sistema Único de Saúde, assegurado na constituição Federal de 1988, como já mencionamos anteriormente.

Inspirados pela experiência da Psiquiatria Italiana em romper com os manicômios, os movimentos dos trabalhadores da área da saúde mental travavam uma batalha política com fortes questionamentos acerca da assistência psiquiátrica. A sociedade civil, os movimentos sociais, os familiares de internatos foram mobilizados a lutarem contra a violência dos manicômios, a “mercantilização da loucura<sup>10</sup>”, contra a rede privada de assistência a pessoas com transtornos mentais. Essas lutas tiveram repercussão em congressos psiquiátricos, por uma Renovação Médica, que se efetivou após inspiração da psiquiatria crítica.

O Segundo período, de acordo com Vasconcelos (2002, p. 24), está relacionado à “Expansão e Formalização do Modelo Sanitarista (Ações Integradas de Saúde e Sistema Único de Saúde); Montagem de equipes Multiprofissionais Ambulatoriais de Saúde Mental; Controle e Humanização do Setor Hospitalar; Ação a partir do Estado”.

A partir de então, são abertos os espaços para implantar as reformas e humanizar os hospitais psiquiátricos públicos, obter redução dos leitos em hospitais

---

<sup>10</sup> Terminologia utilizada para descrever as formas pelas quais as pessoas com transtornos mentais eram submetidos no período em que iniciam-se as lutas pelos direitos da pessoa com transtornos mentais.

psiquiátricos, regionalizações das ações em saúde mental, controle de internações, expansão da rede ambulatorial com equipes multiprofissionais em saúde mental, “compostas por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos”, “uma rede psicossocial, com trabalhos realizados por equipes multiprofissionais nos processos de reinserção social”..(VASCONCELOS, 2000, p. 25),

No terceiro período, entre 1987 e 1992, Vasconcelos (2002, p. 25 e 26) relata que ocorreu o “Fechamento Temporário do Espaço Político de Mudanças a partir do Estado; Emergência da Luta Antimanicomial e Transição da Estratégia Política em Direção ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica.” Nesse período, segundo Vasconcelos (2002, p. 25), “houve o fechamento temporário dos espaços políticos para interesses democráticos relacionados à política de saúde mental; a crítica à burocratização dos próprios movimentos sociais; a difusão e avanços nos objetivos estratégicos dos serviços ambulatoriais.” Nesse contexto, os movimentos sociais travaram uma luta “por uma sociedade sem manicômios” cujos objetivos eram substituí-los por atendimentos ambulatoriais, esse processo deu origem a II Conferencia Nacional de Saúde Mental<sup>11</sup>.

O ano de 1990, segundo Vasconcelos (2002, p. 26) foi um grande “marco na história da psiquiatria brasileira”. Foram aprovadas Leis que permitem a substituição dos “manicômios” por rede de atenção psicossocial em saúde mental. Essa rede é definida por novas formas e diretrizes sobre a perspectiva de desospitalizar as pessoas internadas com transtorno mental através do Projeto de Lei Paulo Delgado, na II Conferência Nacional de Saúde Mental de Caracas. Dois anos depois, inicia-se um novo período de consolidação da reforma psiquiátrica no Brasil, por meio da implantação de ambulatórios de atendimento à demanda de saúde mental, que são os Núcleos de Atenção Psicossocial, (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial, (CAPS) e os Hospitais-Dia (HD).

Nesse mesmo período, de acordo com o Ministério da Saúde (2005), também ocorreu a efetivação da rede de serviços de atenção psicossocial, que foi resultado das grandes lutas ocorridas anteriormente e que provocaram mudanças significativas na trajetória histórica da rede de saúde mental brasileira. Esse fato

---

<sup>11</sup> Relatório final. Disponível no site do Ministério da Saúde (1994)  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)>

possibilitou a desinstitucionalização dos internos, através do (PAD) Plano de Apoio à Desospitalização, serviço que oferece à pessoa com transtorno mental uma nova forma qualitativa de atendimento nos hospitais psiquiátricos.

Recentemente, em 2001, a Lei substitutiva Paulo Delgado N° 10.216 foi sancionada, redirecionando a assistência em saúde mental, dispondo de direitos, e serviços de base comunitária para pessoas com transtorno mental. Certamente outro grande avanço na história da saúde mental no Brasil. Essa lei tem como fundamento a efetivação dos direitos das pessoas com transtornos mentais; visto que, por muito tempo, foram violados, sem o devido respaldo, sem um amparo legal que as protegessem da injustiça e da exclusão social a que eram submetidas por apresentarem transtorno mental.

O Ministério da Saúde (2005, p. 9) ressalta que:

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. A aprovação, no entanto, é de um substitutivo do Projeto de Lei original, que traz modificações importantes no texto normativo. Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Ainda assim, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.

A promulgação da lei Paulo Delgado, segundo o Ministério da Saúde (2005, p. 9), “possibilitou outras formas de tratar a pessoa com transtorno”. Nesse sentido a reforma psiquiátrica no Brasil ganha visibilidade através da III Conferência Nacional de Saúde Mental<sup>12</sup>. Foram criados serviços abertos, novos mecanismos para monitorar os serviços de saúde mental, foi proposta a redução dos leitos, provocando uma grande expansão na rede hospitalar regional. A partir de então, o processo de desinstitucionalização foi incentivado por uma política de recursos humanos, o programa “De Volta pra Casa”, para a redução de internações na perspectiva de romper com as internações em hospitais psiquiátricos; e essas demandas passam a ser atendidas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

---

<sup>12</sup> Ver Relatório Final (2001). Disponível em <  
[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude\\_mental.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf)>

Assim como descreve o Ministério da Saúde (2005, p. 9),

O período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro. É neste período que a Reforma Psiquiátrica se consolida como política oficial do governo federal.

Entendemos a efetivação da Reforma Psiquiátrica, enquanto política pública no Brasil, como resultado de grandes lutas dos movimentos sociais, profissionais engajados nos serviços psiquiátricos, descontentes com a forma desumana a que as pessoas com transtornos mentais eram submetidas. Foram inúmeras lutas em prol de uma classe inferiorizada, excluída socialmente, desvalorizada, sem voz e sem vez, dentro de uma sociedade capitalista que visa ao lucro excessivo, na qual as pessoas que estão impedidas de produzir por algum motivo são “convidadas a se retirar da sociedade” porque não existe lugar para elas. Isso ainda é um grande desafio para a política de saúde mental no Brasil, na luta pela efetivação da reforma psiquiátrica.

### **3- FAMÍLIA BRASILEIRA, TRANSTORNO MENTAL E AS RELAÇÕES INTRAFAMILIARES**

A globalização fez com que o mundo pudesse ser visto de uma nova maneira, unindo, num só espaço, culturas diferentes, valores, modos de pensar e de agir, atos completamente distintos uns dos outros, fazendo que o novo fosse apresentado à sociedade. Porém, a sociedade não está preparada para lidar com tudo o que é novo e diferente, pois assim como o novo é capaz de surpreender positivamente e interagir, também é capaz de chocar, e ao mesmo tempo em que a globalização pode realizar a junção de diversos indivíduos pode também fazer com que eles sejam excluídos, dependendo de como serão os seus atos, pensamentos, e a ideia do que é correto para ele.

Esse é um problema que já nos acompanha há muitas décadas e que ainda hoje é explícito. Apesar de a sociedade reunir diversos tipos de pessoas, ela

ainda cria uma ideia daquilo que é correto, que é o que um grupo maior de pessoas segue, criando um modelo que deveria ser adotado por todos. Por isso, o ser humano é constantemente cobrado em relação às suas atitudes e seu comportamento, e quando esse indivíduo não corresponde a todas as expectativas da sociedade, ele pode facilmente ser excluído ou punido por ela. Se ele não é como a maioria, ele passa a ser visto como uma pessoa não diferente, simplesmente, mas sim como um estranho, bizarro, ou anormal.

Essa cobrança atinge todas as pessoas, sem exceção, inclusive aquelas que possuem transtornos mentais ou são dependentes químicos e, principalmente, seus familiares, que têm a corresponsabilidade de formar cidadãos, e, não cumprindo com seus papéis, não poderão servir de modelo para os outros.

Queremos pontuar nesse tópico as alterações que a família brasileira vem sofrendo mediante as mudanças culturais, religiosas, devido às crenças e costumes. Esse processo contínuo de transformações na composição familiar está ligado à subjetividade de cada pessoa, bem como às raízes da qual vieram, e quando constroem um grupo familiar instalam modos de vivência diferentes.

Partimos da compreensão de que a família é a primeira instituição que forma cidadãos, valores, princípios, moral de cada indivíduo. É na família que as pessoas aprendem a conviver com as diferenças, compartilhar, servir, serem servidos, expressarem afetividade, enfrentarem dificuldades; é na família que se manifesta o amor, o respeito mútuo; mas também se manifestam discórdias, diferenças de pensamentos (pela subjetividade de cada membro), conflitos.

Conforme em Kaloustian (2011, p. 11 e 12),

A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independente do arranjo familiar ou da forma como vêm se estruturando. É na família que ao propiciar os aportes afetivos e sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Ela desempenha seu papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. E também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais.

Diante das complexas manifestações que existem no interior da família, conforme afirma Kaloustian (2011, p. 12), os “problemas sociais de natureza diversa, tais como, atentado frequente contra os direitos humanos, exploração e abuso,

barreiras econômicas, sociais e culturais ao desenvolvimento de seus membros;” fizeram que as famílias se tornassem alvos de nossas discussões no sentido do tratamento da pessoa com transtorno mental. Para entender melhor essa família, suas dificuldades e anseios, resolvemos estudá-la, mais do que isso, compreendê-la, para atingirmos nosso objetivo, que é buscar alternativas para inserir esta família no processo de tratamento da pessoa com transtorno mental e, possivelmente, torná-la uma aliada no tratamento.

Nesse caso, a família nem sempre sabe lidar com alguém que possui um transtorno mental, pois ela apresentará comportamento totalmente desigual aos outros, e até mesmo a própria família pode acabar participando desse papel de exclusão do indivíduo doente. Isso ocorre, talvez não propositalmente, mas sim pela falta de conhecimento da doença, medo de não saber administrar a situação e incluir novamente esse indivíduo na família, ou até mesmo por medo de serem excluídas da sociedade também, pelo fato de ter em sua família um doente, um ser não aceito pelos outros, alguém que pode ser chamado de louco.

Nessa mesma perspectiva, Ferrari/Kaloustian (2011, p. 12) afirmam que “a família possui sua forma específica de agregação, tem uma vida dinâmica própria, afetada pelo desenvolvimento socioeconômico e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais.” Dito de outro modo, a família sofreu alterações ao longo da história e continua modificando-se juntamente com o contexto político, econômico e social, mesmo possuindo sua dinâmica particular, é influenciada pelos fatores externos que se manifestam na sociedade, como: “a divisão sexual do trabalho; o trabalho produtivo, improdutivo e reprodutivo; a família enquanto unidade de renda e consumo e forma de prestação de serviços em seu espaço peculiar que é doméstico” (FERRARI/KALOUSTIAN, 2011, p. 12).

A partir dessa discussão, entendemos que a família é uma instituição que sofre influências exteriores, conforme explica Kaloustian (2011, p. 13), “estas são algumas questões que afetam diretamente o entorno familiar,” alterando sua forma de se relacionar com os demais membros, passando de convivência entre laços consanguíneos para convivências por laços afetivos, sendo compreendida em seu espaço único de convivência e suas relações interiores, isso ocorre quando “novos membros se agregam” à família.

Segundo Kaloustian (2011, p. 11), a família encontra-se também inserida na sociedade como “espaço privilegiado de socialização”, como principal meio de formação da identidade pessoal “na prática da tolerância e divisão de responsabilidades” nos vínculos afetivos, intrafamiliar e extrafamiliar “na busca coletiva de estratégias para sobrevivência”, nas diversificadas formas de valores éticos, morais, culturais, relações sociais, e diversos modelos de comportamento que a personalidade humana desenvolve em seu ciclo vital.

De acordo com as mudanças econômicas, políticas e sociais ocorridas na sociedade moderna, mudaram também os tradicionais moldes familiares (família nuclear burguesa) e suas relações afetivas, alterando a identidade e a personalidade dos membros que compõem a família, formando novos arranjos familiares, com novos membros, novos valores éticos e morais que acompanham as mudanças exteriores.

A partir desse princípio, de que pessoas pensam, agem e vivem diferentemente, em qualquer modelo de família, veremos o quanto o apoio, compreensão, interesse com os entes, favorecem o âmbito familiar, possibilitando qualidade de vida e felicidade no lar. Porém, quando falamos acerca do transtorno mental, os determinantes que podem causar e/ou “alimentar” as patologias são inúmeros, inclusive as relações familiares, que têm tudo a ver com o sucesso, ou não, do tratamento da pessoa com transtorno mental na rede de atenção psicossocial.

Como afirma Rosa (2011, p. 50)

:

A relação da família com o louco aparece não só como um problema social a ser questionado pela sociedade burguesa, mas também como uma questão teórica. No cerne do alienismo, é com as sistematizações de Esquirol que essa relação vai ser trabalhada, ao procurar justificar cientificamente o princípio do “isolamento terapêutico” do louco. O distanciamento entre a família e o seu louco – “alienado” é alçado a princípio terapêutico, tendo a psiquiatria como modelo exemplar no tratamento terapêutico, tendo a psiquiatria como modelo exemplar no tratamento, o estrangeiro, que se encontrava num isolamento social completo. Tal princípio é dupla e paradoxalmente defendido. De um lado a família é considerada como estando sob a ameaça de alienação e, por isso necessita ser protegida. De outra forma, “o isolamento deveria ser realizado, porque a família seria propiciadora de alienação mental” (apoud. BIRMAN, 1978, p. 275).

Vale ressaltarmos a não culpabilização da família nas situações de vivência do dia a dia e/ou a não participação no tratamento, porque esta também encontra-se fragilizada e necessita de um trabalho específico para tornar a família aliada no tratamento psiquiátrico e não uma vilã.

O atendimento à pessoa com transtorno mental hoje deve ser efetivado de maneira qualitativa, visto que são pessoas de direitos. O tratamento deve ser realizado também para integrar essas pessoas na sociedade. Essa inclusão deve ser realizada por meio de serviços de atenção psicossocial, juntamente com a família, que tem papel fundamental na recuperação de seu ente, sendo os protagonistas e participantes diretos de todo o processo terapêutico.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços de saúde municipais abertos e comunitários que prestam atendimento diário. Quando o doente não necessita mais de internação, ele é atendido pelo CAPS, que, além de prestar atendimento clínico, também deve acolher e acompanhar essas pessoas, promovendo a reinserção social, dando espaço para o trabalho, lazer e fortalecendo ainda mais os laços com a família e com a sociedade.

O acompanhamento dos profissionais ligados à saúde deve ser feito não somente para o paciente, mas também para a sua família e para as pessoas que irão conviver diretamente com ele, pois qualquer erro pode provocar um impasse terapêutico, ou seja, um bloqueio no relacionamento entre a equipe profissional, o paciente e a família, o que pode ocasionar diversas consequências no tratamento.

A partir do momento em que uma pessoa recebe um diagnóstico de qualquer tipo de transtorno mental, sabe-se que se inicia um grande processo de reabilitação, tanto da família quanto do indivíduo doente, e o tratamento só terá bons resultados a partir do momento em que a família aceitar e apoiar seu ente, para que ele não perca sua origem, não perca a ideia de que ele é um elemento essencial da família. É necessário fazer que ele busque o sentimento de autonomia e se sinta inserido naquele meio, sem deixar que o transtorno o afaste de todos, pois só assim ele se sentirá motivado a se superar e se restabelecer novamente.

Quando a família não sabe como agir, muitas vezes acaba pecando em suas atitudes. Em alguns momentos acaba tratando o doente de maneira

superprotetora, privando-o de realizar tarefas simples como os cuidados básicos do dia a dia, fazendo que ele se sinta inválido ou incapaz de se manter sem o auxílio integral de outra pessoa. Outras vezes, a família acaba não aceitando suas dificuldades em algumas outras tarefas, e passa a acreditar que o paciente faz uso da doença para chamar a atenção ou atribui todas as dificuldades do dia a dia ao convívio com o ente.

Ao fazer isso, a família age como se todos os problemas fossem ocasionados exclusivamente por ele, fazendo que ele se sinta culpado, e, quando esse sentimento de culpa surge, o próprio paciente se isola, mostra-se desatento, desinteressado diante do tratamento ou apresenta um sentimento de revolta. Evidencia-se, assim, que é preciso saber dosar o grau de exigência que será aplicado nesse indivíduo, saber exigir mais daquilo que ele é capaz de lhe oferecer, e fazer com que ele se sinta importante, sinta-se capaz de fazer determinada tarefa, e saber também exigir menos daquilo que ele apresenta dificuldade, não o deixando desistir de tentar, mas sim incentivando todas as suas tentativas.

Sabe-se que, na atualidade, a família apresenta-se de uma maneira muito diferente. Diante de uma sociedade totalmente capitalista, as pessoas dedicam muito tempo ao trabalho e às obrigações e acabam deixando de lado a presença física diante do próximo. Passam muito tempo fora de casa, expostos ao alto nível de estresse, cobranças, tentando resolver problemas externos, e se esquecem da manutenção diária da família. Isso acaba tirando delas a capacidade de demonstrar afeto, e, muitas vezes, essa ausência e essa exposição frequente a altos níveis de estresse é que vão desencadear um processo de transtorno mental.

A família precisa saber que sua presença e participação no tratamento terapêutico são de extrema importância para a recuperação do seu ente com transtorno mental. Diante de tantos sintomas e sentimentos novos, o paciente fica ainda mais assustado do que a família. A presença das pessoas que ele julga importante para ele serve, então, para que ele se sinta confiante para passar por todos os momentos. A família será a ligação entre o profissional de saúde e o paciente, facilitando a comunicação e a relação um com o outro. Cada membro da família tem que se sentir capaz de ajudar o próximo e acreditar que ele poderá conviver no seu meio normalmente, mesmo apresentando limitações e dificuldades. É preciso acreditar que ele pode se adaptar e até mesmo se recuperar. Quando não

existe mais essa evidência de recuperação, deve-se, então, ser mais presente ainda, proporcionando apoio, carinho, atenção.

No tratamento psiquiátrico, nenhum remédio ou atendimento vale mais do que o ato de acreditar na recuperação. É possível afirmar que, muitas vezes, esse paciente não estará necessitando de nenhuma medicação ou procedimento que o acalme, que o livre da dor física, ou que lhe prometa a cura. Muitas vezes, ele necessitará somente de alguém que acredite nele, que faça com que ele se sinta parte daquele grupo.

Podemos, então, ter uma noção da complexidade da situação e da extrema importância de cada detalhe no tratamento. Assim sendo, a família não deve nunca ser julgada, nem apontada como motivo de recaída do paciente, ou fracasso no tratamento, mas deve ser entendida, orientada, acompanhada, e preparada para que ela realize o seu tão fundamental papel que será a chave para o sucesso de todo o processo terapêutico, recuperação física e psicológica do paciente.

### **3.1- O Contexto Sócio Histórico da Evolução da Família Brasileira**

Antes de iniciarmos a discussão sobre a família contemporânea e seus desafios, é importante ressaltarmos o conceito geral de família, porém esse conceito é mais amplo do que venhamos a imaginar, porque está ligado à cultura, região, país, contexto histórico social, territorialidade, costumes, dentre outros fatores. A família é a primeira instituição de que o indivíduo recebe uma base educacional, seus valores, crença, culturas. É na família que se inicia a vida em sociedade, é a instituição mais antiga, porém altera-se constantemente, por exemplo, nem sempre a família era determinada por laços de afetividade, como nos dias atuais.

A família brasileira, no período colonial até por volta do século XIX, era caracterizada por vários integrantes e habitantes de casarões localizados em áreas rurais, não tinha privacidade e intimidade, devido ao número populacional de habitantes de uma mesma casa. Toda a alimentação e objetos pessoais eram frutos de um trabalho coletivo dentro da fazenda, plantavam e consumiam do seu próprio trabalho, e as crianças também ajudavam. A família não tinha a responsabilidade de

educar, ensinar valores e socializar as crianças, porque a educação era recebida por terceiros, como afirma Melman (2001, pg. 41),

(...) Por volta dos sete anos de idade, a criança se afastava da casa dos pais e sua educação passava a ser garantida por uma aprendizagem na casa de outra família. Tanto os meninos quanto as meninas eram enviados para a casa de outras pessoas para ali fazerem o serviço pesado. Nesse local, as crianças permaneciam por cerca de sete a nove anos. Elas eram chamadas de aprendizes. Durante esse tempo desempenhavam todas as tarefas domésticas. Praticamente todas as famílias, independente de sua fortuna, enviavam seus filhos para outras casas, enquanto recebiam em seus próprios lares crianças alheias.

Nota-se, portanto, a ausência considerável de laços afetivos no âmbito familiar daquela época, porque as crianças eram enviadas para outros lares como “menores aprendizes”, eram educadas por outras famílias, principalmente para o desenvolvimento da independência na própria vida, desde muito cedo. Ainda segundo Melman (2001, p. 42), a “Família era mais uma realidade moral e social do que sentimental, voltando-se sobretudo para a transmissão de bens e do nome”.

Em um processo lento e histórico, a família foi transformando suas concepções, relações e afetividade entre seus membros, inclusive com as crianças, o amor maternal e paternal começou a florescer. Nesse processo, a família medieval foi mudando e se caracterizando como família moderna. A inserção da criança no âmbito escolar, a partir do final do século XVII, foi muito considerável para o desenvolvimento da moral no homem.

A família moderna se efetivou, porém sua estrutura se modifica até os dias de hoje, porque o conceito de família nunca está pronto, como já enfatizamos, é determinado historicamente e está em constante transformação. Algumas mudanças que se destacam são:

- Inúmeros divórcios;
- Diferentes arranjos familiares, como, por exemplo, o casamento entre pessoas do mesmo sexo;
- Família monoparental - chefiada por mulheres;
- Menor índice de natalidade - visto que, antigamente as famílias tinham vários filhos, e hoje em dia, têm no máximo três filhos, no geral;

- Recasamento – caso a primeira união não dê certo, efetivam a separação e casam-se novamente.

Demonstramos, até então, o quanto a família é dinâmica e individualizada, repleta de particularidades. Por a família ser, na contemporaneidade, a base fundamental para criação e valores do homem, o que diríamos daqueles que não encontram no âmbito familiar o apoio, cumplicidade, união, entendimento, educação, orientações que necessitam. A não participação da família no tratamento da pessoa com transtorno mental, o não entendimento das patologias, o desconhecimento das potencialidades que estas pessoas possuem, implicam em um preconceito intrafamiliar, resultando no retardamento do quadro de evolução e estabilização da patologia que seu ente possui.

Definir o que é família na contemporaneidade é um desafio complexo, levando em consideração os inúmeros arranjos familiares existentes. A família pode ser conceituada como união, laços afetivos, habitantes de uma mesma casa e/ou laços de parentesco, dentre outras realidades. A “estrutura familiar” vem se alterando, e esse processo é determinado historicamente, a família nuclear é uma evolução da modernidade, como exemplo as famílias monoparentais, chefiadas por mulheres.

Afirmamos a determinação histórica, porque, nesse exemplo, se a mulher não tivesse marido era condenada ao preconceito, vista como “perdida”, “solteirona”, “mulher da vida”. Todavia, na contemporaneidade, é normal uma mulher chefiar sua casa e não ter um marido para tal papel, pois os pensamentos sociais e a evolução social se alteram a cada determinado contexto histórico.

Segundo Zamberlan (2001, p. 35), podemos conhecer as causas de tantas mudanças na estruturação familiar.

Vê-se que a estrutura familiar varia, portanto, enormemente, conforme a latitude, as distintas épocas históricas e os fatores sócio – políticos, econômicos ou religiosos prevalentes num dado momento da evolução de determinada cultura. A família torna-se, assim, o modelo natural para assegurar a sobrevivência biológica da espécie, função básica que propicia simultaneamente a matriz para bom desenvolvimento psíquico dos descendentes e a aprendizagem da interação social.

Como afirma o autor, a estruturação familiar depende de vários fatores, como religião, cultura; não há o conceito de família desestruturada ou estruturada, porque, como vimos, a determinação do composto familiar é ligada a vários fatores e arranjos familiares.

A família contemporânea enfrenta inúmeros desafios. Podemos dizer que, no Brasil, o desafio é, em um conceito geral, a luta pela sobrevivência, pois temos que viver em uma sociedade capitalista, com divisão desigual de bens produzidos, luta de classes, exploração do trabalho, exploração social, pobreza e desigualdade social. Os problemas cotidianos no âmbito familiar também estão ligados a relacionamentos interpessoais e subjetividade de cada membro familiar, mas o que atinge cruelmente inúmeras famílias são as demandas, o reflexo negativo provocado pelo modo de produção capitalista, como a pobreza, exclusão, criminalidade, dependências químicas; são expressões da questão social.

Segundo Oliveira (2009, p. 65),

[...] existem diversificados e inovados arranjos familiares, novas formas de constituir-se família dentro da sociedade, mas percebemos que permanece ainda a forma de organização nuclear da família, ou seja, o casamento monogâmico ainda é o que predomina atualmente.

[...] é possível verificar que as transformações ocorridas com o início da industrialização, o advento da urbanização, a abolição da escravatura e a organização da população provocam alterações nas feições familiares e sociais. A expansão da economia acelerou o processo de retirada da produção de casa para o mercado, e a pressão pelo consumo de bens e serviços, características inerentes ao capitalismo, anteriormente produzidos no espaço doméstico, passa a apertar os orçamentos familiares, e o trabalho assalariado passa a ser um instrumento também utilizado pelas mulheres.

Na família patriarcal rural, a sociedade determinava como funções da mulher –esposa - o casamento; cuidar da casa, dos filhos e do marido; fazer costuras e bordados. A função do homem era o trabalho assalariado para suprir as necessidades da casa e garantir o sustento da família, da mulher e dos filhos.

O surgimento de movimentos feministas provocou mudanças nas questões de poder de gênero e nas relações de parentesco, alterando as formas de família, em que marido e mulher deveriam compartilhar as responsabilidades em prol dos filhos e da casa, podendo provocar o rompimento dos vínculos familiares. (PETRINI, 2009, p.3)

A partir desses fenômenos, que surgiram a partir da década de 70, aumentam o número de divórcios, a mulher passa a assumir um papel de provedora da casa, saí de sua “suposta função” de “educadora dos filhos” e “cuidadora do lar”, para o mercado de trabalho, crescem também o número de famílias monoparentais chefiada por mulheres. São famílias com novos arranjos, novas composições no presente no cenário contemporâneo.

Devido aos ricos e fragilidades vivenciadas pelas famílias modernas, estas ganham um lugar na discussão estatal a partir de 1994. Conforme Kaloustian (2011, p. 21), “é no interior desse contexto que o Ano Internacional da Família - 1994, emerge uma grande oportunidade de consolidação e avanço dos direitos humanos no Brasil” por uma série de fatores complexos que excluem e vulnerabilizam as relações familiares, expondo estas famílias e seus membros em situações de exclusão social, comprometendo suas relações afetivas e convivência coletiva, em vivência subalterna, as famílias se tornam vitimadas e conformadas com a situação de fragilidade em que vivem, deixando de acreditar em sua própria existência humana.

Como vimos anteriormente em Oliveira (2009, p. 65), é a transformação da sociedade que influencia na formação dos arranjos familiares. Outrora, a família conservava os valores morais, no cenário atual a família é chamada para assumir sua responsabilidade de “proteger, cuidar e socializar seus membros”, ser referencial de valores morais e vínculos afetivos, possibilitando identidade grupal e mediação de seus membros com as outras instituições (KALOUSTIAN, 2011, p. 11). A Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004, p. 29) prevê que a família, enquanto instituição deve cumprir seu papel de proteger e cuidar dos membros. Mas como poderá assumir seu papel, se a mesma família necessita de proteção e cuidados? A partir destes questionamentos, o Estado Brasileiro chegou a um consenso – “a família precisa ser fortalecida”, para que possa de fato cumprir o “seu papel” exercendo os cuidados, a proteção e o afeto entre os membros.

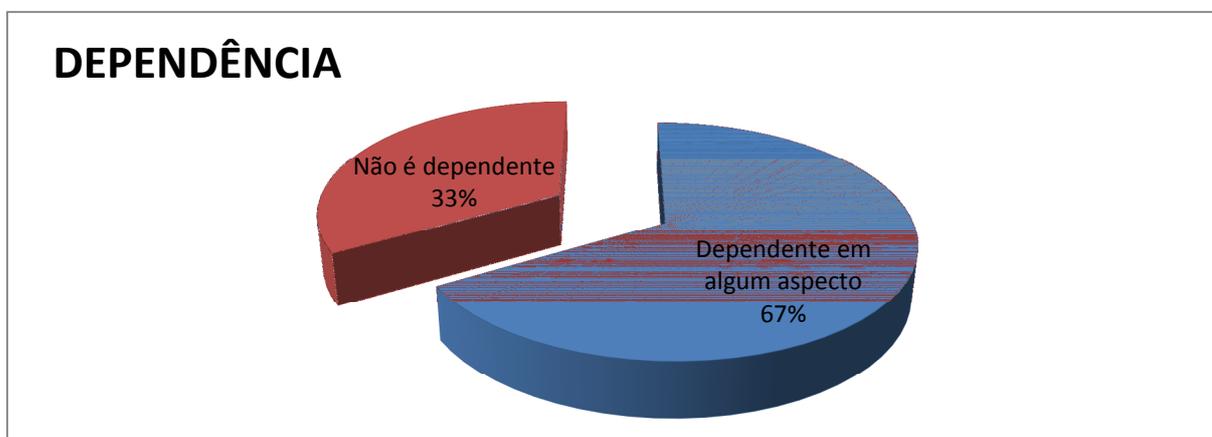
### 3.2 A Dinâmica Intrafamiliar da Pessoa com Transtorno Mental

Descrever a dinâmica intrafamiliar da pessoa com transtorno mental não é uma tarefa simples devido às diversas demandas existente na família, as quais fragilizam os vínculos familiares e tornam complexa a relação entre paciente e família. Para iniciar nossa discussão sobre a dinâmica intrafamiliar, abordaremos a fragilização dos vínculos familiares.

Podemos definir por “fragilização de vínculos” inúmeras situações no cotidiano familiar, como o desentendimento constante, a falta de afeto entre os convivas, que gera a incompreensão, a falta de cuidados, falta de diálogo, falta de união familiar, tais situações são decorrentes de violência, preconceito, exclusão e isolamento entre dos membros. Essas situações são caracterizadas como um ciclo complexo e redundante de problemas, os quais, sendo um problema, geram mais problemas.

Nesse sentido, decidimos estudar a relação intrafamiliar da pessoa com transtorno mental para entender quais são os vínculos existentes entre os convivas e como e a relação da família com seu membro, se essa relação e de carinho, de afeto, de cuidado, brigas, inseguranças e incerteza. A partir de nossa pesquisa de campo, constatamos que os membros com transtorno mental possuem certo grau de dependência de sua família, superior a uma pessoa que não possui transtornos, conforme nos aponta o gráfico abaixo.

**GRÁFICO 1:** Pontua a dependência das pessoas com transtorno mental de sua família:



Fonte: Dados coletados pelas autoras. 2013.

Essa dependência ocorre, em sua maioria, por problemas financeiros, isto é, falta de administração do ente no que se refere ao seu benefício. Outra questão que os torna dependente de sua família é o cuidado que a família possui com o ente, durante o tempo que estão em casa, os membros responsáveis se preocupam em não deixá-los sozinhos. Observamos em nossas pesquisas que os pacientes não gostam e não querem ficar sozinhos. Nesse sentido, tornam-se mais dependentes de sua família.

Inferimos que tal dependência pode ser decorrente da necessidade de carinho, de atenção, do aconchego que existe seio intrafamiliar e por mau uso do benefício que recebem; nesse sentido precisam sempre de alguém responsável para ajudá-los na administração de suas finanças. Diante desse contexto, percebemos que, por mais “*difícil, ausente, preconceituosa*” que a família possa parecer, todos os entrevistados afirmaram que a relação familiar é “*ótima*” ou “*boa*”, que se sentem bem tratados no seio familiar, sentem-se felizes e acolhidos por sua família.

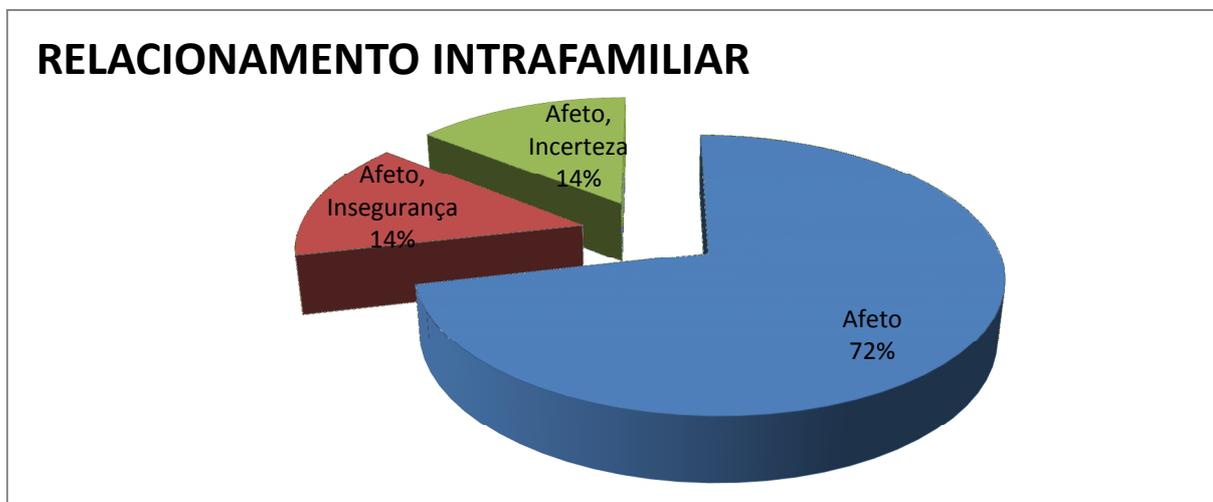
Nesse aspecto, um dos usuários durante a entrevista (2013) afirma que existe “*só umas briguinhas de vez em quando, mas nada sério*”. O familiar também ressalta durante a entrevista (2013) que “*sempre existem umas discussõezinha porque um puxa pra um lado outro puxa para o outro, um fala uma coisa, o outro se defende, e acabam se desentendendo, e um machuca o outro.*” Assim, percebemos que brigas existem, e sempre vão existir no seio familiar, mas isso faz parte de qualquer relacionamento familiar, sendo essa família portadora de um ente com transtorno mental ou não.

Conforme as análises apresentadas, as percepções, as falas dos usuários e dos seus familiares, não podemos afirmar que a família não participa do tratamento psiquiátrico do seu ente porque os vínculos estão fragilizados ou rompidos. Diante desse contexto, identificamos em nossa pesquisa que existem vínculos familiares entre os convivas e os entes entrevistados, que existe afeto entre o responsável e o ente, visto que, quanto ao relacionamento familiar, obtemos respostas de ser “*bom*”. Identificamos que o familiar que se dispõe a cuidar do ente com transtorno é responsável, e leva adiante os cuidados até as últimas consequências, até perder suas forças. Porém a responsabilidade sobrecai somente para uma pessoa, porque os demais não suportam o peso da responsabilidade; e

este único familiar, muitas vezes, abre mão de sua própria vida em prol de cuidar do seu ente com transtorno.

Outro fator que desmistificou nosso olhar em relação a não participação da família foi o afeto existente, como nos mostra o gráfico a seguir, apontando essa realidade vivenciada pelas famílias e pelos seus membros com transtorno mental.

**GRÁFICO 2:** Reafirmam o afeto existente entre o ente com transtorno mental e seus convivas:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Percebemos que as famílias entrevistadas, em sua totalidade, demonstram afeto para com seu ente, porém o que as diferencia são os demais adjetivos: o afeto é acompanhado por insegurança, incertezas, e brigas. Notamos que normalmente o grupo familiar tem bom convívio uns com os outros, mas isso não classifica vínculos rompidos. A relação se torna complexa pelo fato de a família não saber como reagir diante do seu ente, que apresenta oscilações em seu comportamento, como afirma um familiar durante a entrevista (2013): “Não dá pra entender porque na mesma hora que ele está bem ele está ruim, então ele fica oscilando. Então não tem como distinguir, quando ele está bem ele sorri, quando ele não está ele só fica deitado, ele não sai de casa.”

Nesse contexto, torna-se uma relação extremamente insegura, para o familiar responsável, porque este nunca sabe como tratá-lo, por simplesmente desconhecer o processo de tratamento e o transtorno mental.

Desse modo, esses familiares vêm demonstrando cansaço físico e mental, devido às dificuldades enfrentadas por eles nos cuidados cotidianos com o ente em casa e às oscilações. Para evitarem conflitos maiores, muitos dos familiares não sabem como agir diante do transtorno, simplesmente os deixam livres para fazer o que querem, querendo evitar conflitos e surtos. Vejam o que um familiar responsável por seu ente com transtorno mental revelou, entre lágrimas, durante a entrevista:

Eu sinto que estou com depressão, choro igual criancinha, me sinto deprimida, sozinha, abandonada. Acho que vou morrer logo, porque estou envelhecendo e não tenho mais muita força para aguentar. Se eu morrer não sei como vai ficar a situação dele, porque minha filha disse que não cuida, meu filho disse que cuida, mas não sei se ele aguenta, o fardo é pesado, e as vezes penso em internar ele. Outras vezes penso em sumir pelo mundo, sozinha, sem dar satisfação pra ninguém, outras vezes penso em morrer, penso em tomar veneno de rato pra acabar com esse sofrimento. (FAMILIAR RESPONSÁVEL, 2013)

Percebemos o desespero desse responsável familiar ao revelar seus sentimentos em relação ao seu ente, esse nível de desespero pode vir a ser o início de mais um transtorno mental. Em suma, a internação para o familiar não significa que não existe afeto entre eles, ou que o familiar quer se ver livre do ente, mas eles pensam que é uma forma de protegê-lo, de não deixá-lo jogado e/ou abandonado, sozinho, sem ninguém pra cuidar. Então, preferem colocá-los em uma instituição psiquiátrica, porque sabem que na instituição eles estarão seguros.

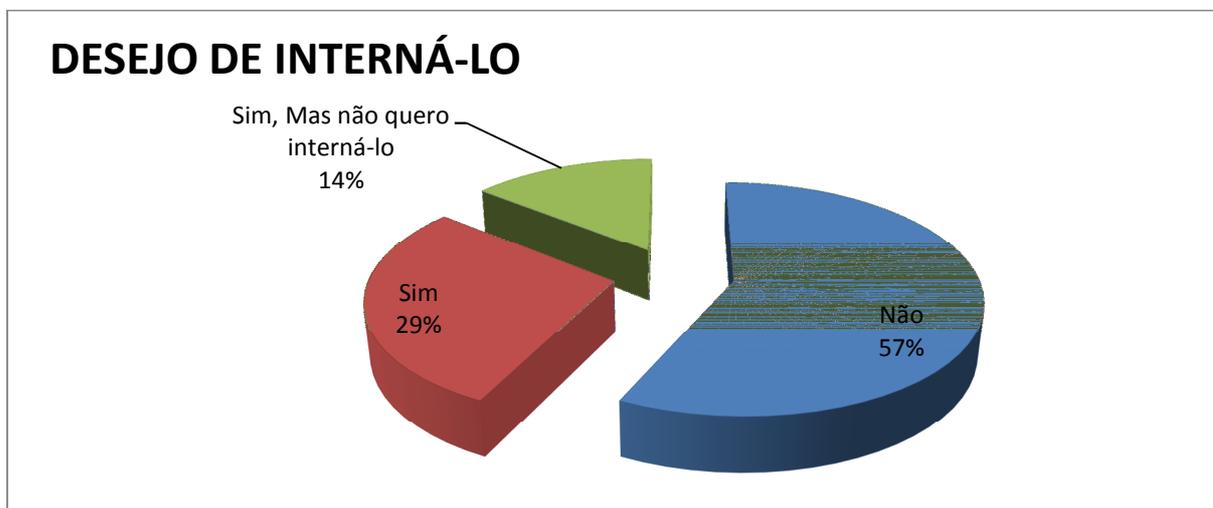
Outra responsável familiar entrevistada (2013) nos revela nestes termos:

Só eu, corro atrás de tudo, porque a família dele a mãe e os irmãos não liga, eles querem tirar todo o remédio dele, e não aceitam que ele está doente, que tem transtorno mental, dizem que eu que o deixo doente. Mais eu deixo de cuidar de minha vida para cuidar dele, porque se eu saio de casa, ele pode se suicidar, porque tentou suicídio duas vezes essa semana. Então não posso deixar ele sozinho. Eu tinha cirurgia marcada e desmarquei para cuidar dele, tentei interna-lo pra eu fazer essa cirurgia que já estava marcada, mas tive que ficar levando as roupas dele porque não tinha ninguém pra fazer isso por mim. Então tive que escolher entre cuidar de mim e cuidar dele. Eu estou tomando remédios antidepressivos pra aguentar, porque já estou doente também.

Essa responsável familiar também fala em interná-lo como fonte de ajuda, como meio para não deixá-lo sozinho, sem cuidados durante o tempo em que

não poderia estar com ele. Além de demonstrar outras complexas demandas que envolvem a realidade de um paciente com transtorno mental, essa família apresenta várias outras situações que precisam ser levadas em consideração, desveladas e trabalhadas para que a família possa estar com condições de receber e de cuidar desse ente. Essas famílias, como percebemos, apresentam outras demandas para a saúde, como a depressão, outras doenças físicas que exigem tratamento e cuidados, além da prevenção do surgimento de novos transtornos e/ou doenças no seio familiar. Por isso, sem alternativas, o familiar opta pela internação do ente. Nesse mesmo sentido o gráfico abaixo reafirma a intenção de internação do ente.

**GRÁFICO 3:** Familiares que pensam em internar seu ente:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Por meio da análise dos dados coletados, ficou perceptível que tais familiares querem internar seu ente para fugir das situações estressantes e corriqueiras do dia a dia, por não saberem como lidar com as patologias que os deixa doente. Como percebemos nas falas das responsáveis, elas pensaram em interná-los no sentido de descansar, de pensar que têm também o seu “eu” para cuidar. Essas famílias sabem que os hospitais vão cuidar bem do ente durante o tempo que estiver internado, como afirmado em entrevistas por alguns familiares. Essa busca pela internação ocorre em função da sobrecarga que é depositada em uma única pessoa para cuidar do ente.

Nesse contexto, como afirma ambas as entrevistadas, elas se sentem sozinhas na responsabilidade de cuidar do ente. Enxergam o hospital psiquiátrico

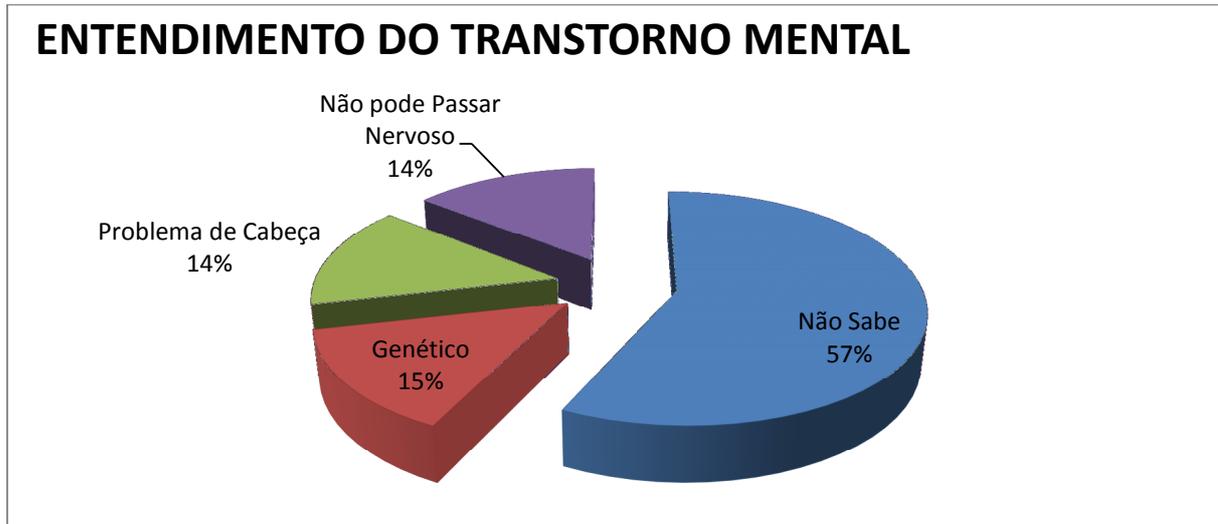
como instituição de acolhimento de pessoas com transtorno mental (tal qual ocorrido na Idade Média), porém essas famílias não foram orientadas acerca do seu papel que mudou, agora é cuidadora, mas em parceria com a Rede de Atenção Psicossocial, ou seja, com o Estado.

Ao considerar esse cenário, percebemos o afeto e a disposição que a família tem para com seu ente, porém essa responsabilidade sobrecarrega uma pessoa. Portanto, essa pessoa se encontra imobilizada para frequentar as reuniões institucionais, e/ou para um cuidado mais aprofundado para com seu ente, principalmente se o ente estiver em casa.

Em contrapartida, a família, por estar em situações de extremo desgaste físico e mental, encontra a opção de querer interná-lo para que este familiar possa tirar um pouco da sobrecarga, uma vez que as instituições estão sendo preparadas para tratar das pessoas com transtorno mental e o histórico manicomial referente a essas instituições vem sendo desconstruído lentamente nos últimos anos após a reforma psiquiátrica. Ainda existe o enigma acerca da origem do transtorno mental que cerca as famílias e que impossibilita a família de entendê-lo como uma doença assim como a diabetes, colesterol, ou quaisquer outras doenças físicas, porém com uma diferença: “não existe cura, somente a estabilização” conforme os profissionais da área pontuam.

Aprofundando ainda mais esse assunto, vimos nas falas dessas entrevistadas que ambas afirmam que querem internar seu ente, para que possam cuidar de seus afazeres, para descansarem ou cuidar da própria saúde. Como é possível observar nos exemplos anteriormente apresentados, as duas responsáveis estão se sentindo doentes mentalmente e fisicamente, pois não encontram apoio nas instituições, apenas acusações por quererem se ver livre dos seus membros com transtorno mental, por serem negligentes, por abandonarem seus entes.

Portanto, constatamos que a visão de institucionalização da pessoa com transtorno mental ainda é bastante presente acerca dos hospitais psiquiátricos e isso precisa ser trabalhado, a fim de desconstruir essa mentalidade construída em outrora, que se estende ainda para o século XXI, cuja proposta é de desinstitucionalizar as pessoas com transtorno mental. Nesse sentido, cabe pontuar a visão que as famílias têm do transtorno mental. Observe-se o gráfico que segue:

**GRÁFICO 4:** Entendimento da família acerca do Transtorno Mental:

Fonte. Dados coletados pelas autoras, 2013.

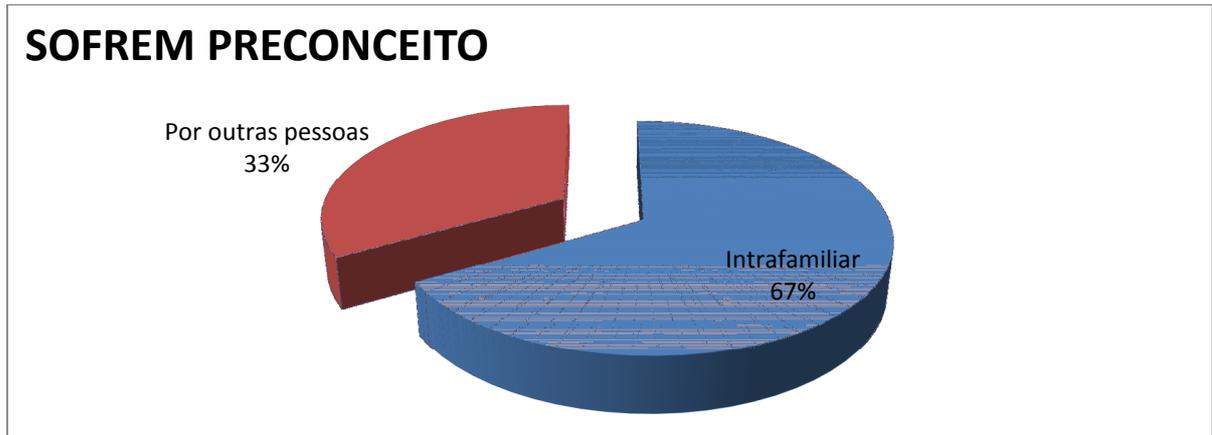
O não conhecimento das patologias, a não aceitação, o desconhecimento das potencialidades do seu ente com transtorno mental, resultam de pensamentos do senso comum, que trazem conceitos de “louco, desequilibrado, doente mental, retardado, incapaz.”<sup>13</sup> Desse modo, as famílias alicerçadas nesse pensamento tendem a piorar o quadro da patologia e lutarem, intensamente, pela internação definitiva, porque o ente com transtorno “dá muito trabalho”.

Vejam o que um dos familiares (2013) diz acerca da convivência: “penso em interná-lo porque têm horas que ele me dá bastante trabalho só que eu me arrependo depois. Ele acorda durante a noite, ele anda no meio da casa, ele faz xixi no chão, faz necessidades no chão, e nada disso ele percebe”.

Nesse sentido muitos acabam sofrendo preconceito na em sua própria família por determinados comportamentos que não condizem com aquilo que a sociedade caracteriza como sanidade mental. Isso também gera cansaço físico e mental a ponto de querer interná-lo, além de gerar falta de entendimento acerca da doença e, conseqüentemente, o preconceito. Sobre o preconceito, observem o gráfico que segue:

<sup>13</sup> Termos que são utilizados até hoje como herança da antiguidade, cuja pessoa com transtorno mental não era reconhecida como sujeito de direitos e mal tratada pela sociedade.

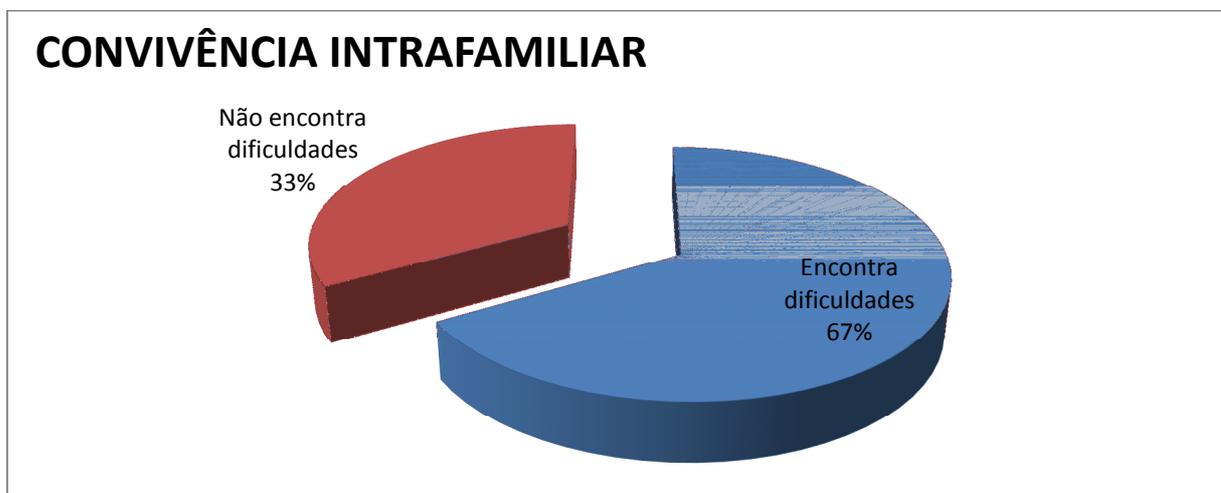
**GRÁFICO 5:** Mostra o quanto essas pessoas sofrem com preconceito.



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

O pré-conceito é derivado da falta de conhecimento sobre algo. Conforme o Minidicionário Aurélio, (2001, p. 551) preconceito é uma “ideia preconcebida, suspeita, intolerância, aversão a outras raças credos, religiões, etc.”. Assim, a família que não conhece o que é o transtorno mental e não o entende como uma doença acaba cometendo preconceito para com seu ente, atribuindo a ele a culpa por sua situação, o que torna a convivência difícil. Um dos entrevistados declarou que sofre preconceito porque toma medicação e a família não aceita, eles falam que preferem vê-lo bebendo que usando medicação. Nesse caso, esses são os resultados do preconceito existente dentro da família, as dificuldades de relacionamentos. Como nos revela o gráfico a seguir.

**GRÁFICO 6:** Dispõe das dificuldades existentes na convivência intrafamiliar:

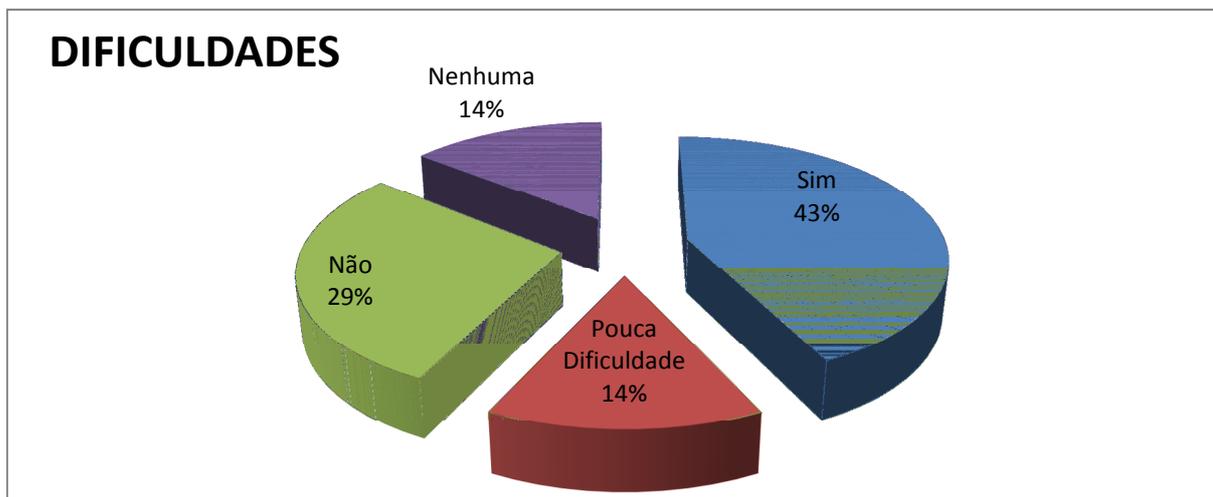


Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

A dificuldade que as pessoas com transtorno mental encontram em sua família é quando há alteração no comportamento. Ou seja, quando acontecem as crises, quando não existe o diálogo entre os familiares e os entes, quando a família não entende que essa alteração no comportamento não é porque a pessoa quer, mas devido à patologia, que, muitas vezes é acompanhada de sintomas e comportamentos diferentes. Esses foram os motivos justificados pelos quais essas pessoas afirmam encontrar dificuldade na convivência familiar.

Esses motivos também recaem na falta de entendimento do familiar de que o transtorno é uma doença, as famílias pensam o transtorno mental ligado às questões comportamentais, religiosas, e, acerca desse modo de pensar, os familiares procuram respostas para o transtorno mental, totalmente fora do real, da caracterização de doença que necessita de um tratamento. Agem, por muitas vezes, culpabilizando-os, pelo seu próprio estado, como se seu ente fosse culpado pelas alterações, e as crises com frequência. Em função de seu desconhecimento sobre a patologia, as pessoas encontram muitas dificuldades em lidar com o ente que possui transtornos mentais:

**GRÁFICO 7:** Aponta o nível de dificuldade que a família encontra para lidar com a patologia apresentada por seu ente:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Como vimos, as dificuldades existem por todas as partes e temos que aprender a lidar com elas. Em relação às famílias, elas sentem dificuldades de relacionamento com seus entes com transtornos mentais exatamente por

desconhecerem o que é o transtorno mental e procuraram outras respostas, devido, muitas vezes, à falta de orientação por parte da Rede de Saúde.

A família afirma ter dificuldades relacionadas a situações que, devido à patologia, a pessoa não tem domínio próprio, como a falta de higiene pessoal ou com a casa, a falta de atitudes em relação aos afazeres domésticos, por exemplo as atitudes que essa pessoa têm relacionadas às necessidades fisiológicas, o que constrange e provoca estresse no familiar. Portanto, as dificuldades são corriqueiras e vão aparecendo no dia-a-dia, como em qualquer família em que existam diversidades de pensamentos.

Outro fator que queremos pontuar aqui é a forma pela qual essa pessoa com transtorno é vista por sua família. E isso faz toda a diferença na abordagem com a família em relação ao transtorno mental.

Como sabemos, existe diferença entre deficiência mental e a doença mental, isto é, ser doente e estar doente, como afirmam Cobb e Mittler (1980, p. 3) “Tal como é mais vulgarmente usada hoje em dia, a expressão deficiência mental envolve duas componentes essenciais, uma ligada a factores de desenvolvimento (idade biológica) outra a factores sócio-culturais:”. Segundo os mesmos autores (1980, p. 4), a deficiência é caracterizada como “funcionalidade intelectual significativamente abaixo da média e que seja notório desde tenra idade; e incapacidade significativa para se adaptar às exigências culturais da sociedade.”

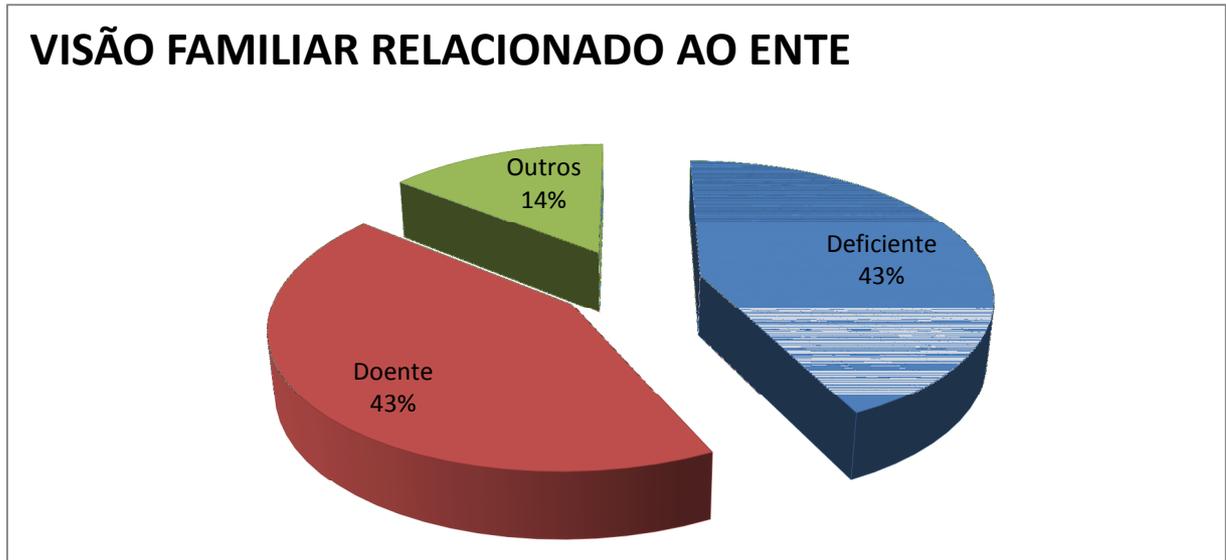
A doença mental, segundo Cobb e Mittler (1980, p. 6),

*Doença mental* é um termo geral usado aqui de modo a abranger várias perturbações que afectam o funcionamento e comportamento emocional, social e intelectual. Caracteriza-se por reacções emocionais inapropriadas dentro de vários padrões e graus de gravidade, por distorções (e não por deficiência) da compreensão e da comunicação, e por um comportamento social erradamente dirigido e não por incapacidade de adaptação.

Os autores deixam bem clara a diferença entre deficiência e doença mental, porém afirmam que existem confusões diárias acerca desses conceitos, porque as pessoas em geral não sabem diferenciá-las. Confirmando a ideia dos autores, é possível verificar no gráfico a seguir que essa visão também atinge as famílias das pessoas com transtorno mental. Nesse sentido, elas precisam ser esclarecidas acerca dessas diferenças, pois o esclarecimento desmistifica a visão

equivocada e preconceituosa sobre as patologias. Diante desse contexto, veremos qual é o entendimento que a família possui sobre o transtorno mental.

**GRÁFICO 8:** Pontua a visão da família em relação a seu ente com transtorno mental:

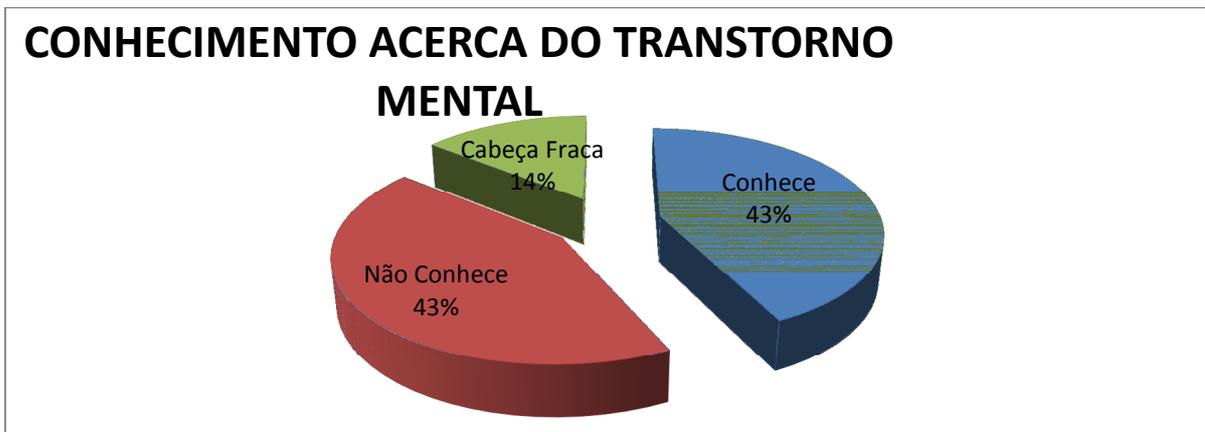


Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

É possível verificar que, muitas vezes, o “doente” e “deficiente” é visto como “incapaz”. Portanto, a grande maioria dos entrevistados encontrou outras definições para os transtornos mentais, e as pessoas que responderam que era uma doença não tinham certeza do que estavam falando, demonstrando dificuldade pra responder essa questão. Isso significa que os familiares desconhecem essas informações que fazem diferença na vida cotidiana, inclusive muda a maneira de olhar para seu familiar. Enquanto profissionais da área da saúde mental, precisamos estar atentos às demandas que eles trazem consigo, que, se trabalhadas juntamente em nível de informação, podem fazer a diferença na vida desses sujeitos.

O gráfico a seguir nos confirma a falta de conhecimento do familiar acerca do transtorno mental.

**GRÁFICO 9:** Pontua o nível de conhecimento da família acerca do transtorno mental:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

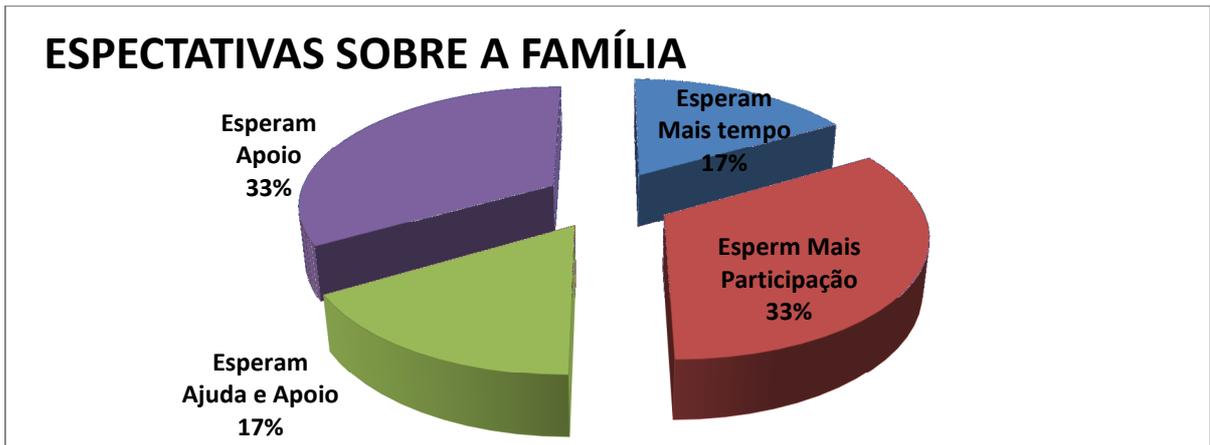
Como apoiar, entender e cuidar daquilo que desconhecemos? Percebemos que o senso comum entre as famílias é predominante, e a pessoa com transtorno mental espera ansiosamente da família por mais tempo, apoio, ajuda e participação no tratamento, como visto em nossa pesquisa.

Como vimos, a falta de conhecimento familiar é um fator totalmente prejudicial à saúde da pessoa com transtorno mental. Essa é uma das principais demandas e, talvez, a mais complexa, porque tudo perpassa pela falta de conhecimento. Portanto, cabe aos conhecedores especializados em transtorno mental, que trabalham na área levar, esse conhecimento aos familiares, pois a família também precisa se tornar especialista em cuidar de seu ente com transtorno, e, para isso, ela precisa de formação, capacitação, adquirir novos valores relacionados o transtorno mental. Desconhecemos outro meio de tornar a família cúmplice no tratamento psiquiátrico que não seja o conhecimento e a desmistificação da cultura que existe acerca dessas patologias, construída desde a idade média.

A família só conseguirá apoiar seus familiares, conforme eles esperam, mediante o conhecimento da doença. Podemos dizer que ninguém apoia o que desconhece. A falta de apoio também é decorrente do pré-conceito que existe nas famílias e na sociedade. Sendo assim, percebemos que o senso comum, ou seja, o conhecimento advindo da história entre as famílias é predominante, e isso precisa ser desvelado. Esse conhecimento precisa chegar até as famílias para que elas

possam responder a esse tratamento com participação e apoio. Como é possível observar no gráfico a seguir, em relação às expectativas dos familiares com transtorno mental.

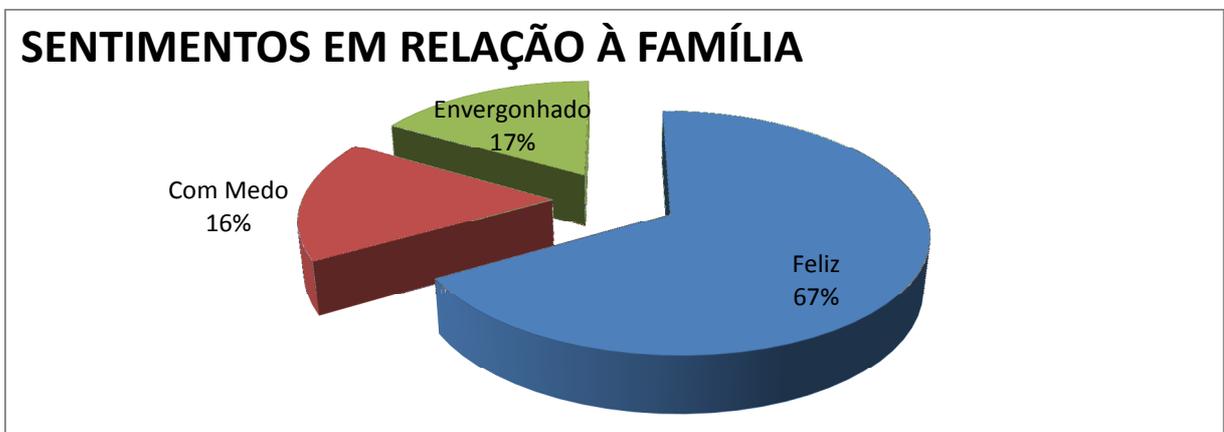
**GRÁFICO 10:** Pontua o que os entes esperam de sua família em relação ao seu tratamento:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Esse é o cenário da família da pessoa com transtorno mental, família omissa por falta de conhecimento de sua responsabilidade perante seu ente, e ente lutando para conquistar seu espaço no seio familiar, porém é nesse espaço contraditório que eles querem estar e se sente bem, como nos mostra o gráfico que segue.

**GRÁFICO 11:** Demonstra algumas das demandas subjetivas de cada sujeito em relação a sua família:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Percebemos o quanto a família é importante na vida de cada sujeito, mesmo diante de um contexto de exclusão, medo, sofrimento, dificuldades, é nessa família que eles querem permanecer. Alguns revelaram sentir vergonha ou com medo, mas não aprofundamos por respeito à particularidade e os sentimentos de cada um. Por outro lado, os que se revelaram felizes, sentem-se verdadeiramente acolhidos em sua família, mesmo com essa falta de conhecimento e todos os problemas enfrentados.

Em meio às entrevistas, algo nos chamou à atenção, pois reafirma a necessidade da pessoa com transtorno mental no que tange às relações familiares. A pessoa com transtorno tem esperança na família e a vê sempre como algo bom. Assim, se existe o vínculo, como já citamos, o que falta é o conhecimento da patologia, orientações, fortalecimento desses vínculos, possibilitando qualidade de vida, bem estar, relações agradáveis, cuidados, efetivação de direitos, emancipação, autonomia, mesmo em meio ao transtorno mental, a vida ainda é possível e esperançosa.

Nesses moldes, a família significa, para cada pessoa com transtorno mental, amor, perseverança, carinho, felicidade, união e acolhimento. Resta-nos explorar a potencialidade de cada família no que esta possui de melhor, no desejo de ver seu ente sadio.

### **3.3- A Importância da Família no Tratamento Psiquiátrico da Pessoa com Transtorno Mental**

A família é a primeira instituição pela qual o indivíduo recebe seus valores, sendo este formado para o convívio familiar e social, como já estudamos. A importância da família como parceira no tratamento da pessoa com transtorno mental é indispensável, colaborando para uma possível estabilização da patologia. Porém, há neste contexto a exclusão intrafamiliar, que é materializada quando a família culpa a pessoa com transtorno mental pelo seu próprio estado, contribuindo com o agravamento da situação em determinados momentos. É necessário inserir a família no tratamento psiquiátrico, porém é um trabalho complexo, por se tratar de questões subjetivas, pessoais, crenças, valores, dinâmica particular, além da falta de políticas públicas e práticas institucionais que possam fortalecer essa dinâmica tão necessária.

Não são raras as considerações de que as famílias são como “uma extensão no tratamento da pessoa com transtorno mental”. Quando a família adere ao tratamento, aceita seu ente com tal patologia, deixa de culpar-se pelo adoecimento do ente, quando a visão religiosa “de que transtorno mental é um problema espiritual”, a visão preconceituosa é superada pelo conhecimento e pelas informações corretas, quando as patologias são compreendidas pela família, a mesma deixa de estigmatizar e de culpar a pessoa com transtorno pelo seu próprio quadro.

A família deve, e precisa, ser aliada na “suposta cura” ou estabilização do quadro patológico de seus entes. Porém, essa é uma das principais dificuldades que a equipe multiprofissional encontra dentro das organizações, ou seja, inserir a família no tratamento psiquiátrico das pessoas com transtorno mental. Percebemos essas dificuldades por meio das entrevistas com as profissionais das instituições responsáveis pelo trabalho com as famílias nas instituições, conforme expresso a seguir.

O profissional A (2013) diz que:

a maior dificuldade é o fato de não aceitarem a doença do seu familiar. A maioria das famílias acaba deixando o paciente morar no hospital, sem entender que isso não pode acontecer, e que existem leis que não permitem isso, e que não é aceitável abandonar um familiar assim. Nesse momento o assistente social faz uso do olhar crítico, para compreender que a família nem sempre deseja se livrar do paciente, mas saber que conviver com esse paciente realmente é uma tarefa difícil e exige preparo, pois o desgaste da família é o que gera o abandono, a fragilização dos vínculos, e as internações frequentes dos mesmos pacientes.

Notamos nas palavras desse profissional, que as dificuldades de trabalhar com a família são: a falta de entendimento da família, a não aceitação da doença, o abandono familiar, a falta de capacitação e despreparo familiar para lidar com seus entes, o desgaste familiar e a fragilização dos vínculos. Essas são as demandas existentes nas famílias e que precisam ser superadas para que a família venha a participar do tratamento.

Para tornar a família participativa, esta precisa ser trabalhada de uma maneira especial e diferenciada, para que venha a perceber que os profissionais querem ajudá-las no processo de cuidados com o ente, de modo que o desgaste físico e mental seja superado. Fazer com que as famílias sejam participativas

também é uma demanda para o serviço social, além de analisar as primeiras necessidades que essa família apresentou e estabelecer respostas profissionais coletivas e metas para que isso seja efetivado com êxito dentro das instituições. Desse modo, o número de internações conseqüentemente diminuirá, pois essa família terá o apoio das instituições de seu território, evitando a internação imediata como única solução.

Nesse mesmo sentido, o profissional B diz que o trabalho com famílias:

É muito difícil. Eles são a maioria abandonados por essas famílias. Abandonados é uma forma bem cruel de falar, mas, é bem isso. A família esta muitas vezes cansada do paciente, e imagina que o CAPS é igual uma creche, que eles podem deixar aqui e depois não quer mais que o paciente tenha alta, e nos não estamos aqui pra isso. Nós estamos aqui para proporcionar o tratamento, quando o paciente estiver bem ele pode ter a alta. E bem difícil à família aqui. E mais ou menos assim, toda semana temos reunião de famílias toda quarta feira as 15:30h, e temos aqui mais ou menos 130 pacientes tratando no mês na reunião de família participa no máximo 6, 10, quando vem bastante é 10 familiares. Então assim o interesse deles é bem complicado, eles não têm muito interesse, às vezes agente precisa fazer busca ativa, às vezes precisa ligar [...]

Esse profissional também afirma a dificuldade de trabalhar com a família, devido ao abandono familiar, ao cansaço dessa família, além de existir uma visão de que os hospitais são creches. Isto é, as famílias consideram os hospitais como instituições que abrigam pessoas com transtorno mental, quando a família não dá conta mais de cuidar. Uma vez internados, a responsabilidade sobre a pessoa com transtorno passa a ser das instituições e não mais do familiar que, muitas vezes, não pode cuidar. A não participação das reuniões com famílias é colocada aqui como algo indispensável e a falta de interesse do familiar também é pontuada.

Analisamos nessa fala mais algumas demandas que precisam ser trabalhadas para que a família venha a participar do tratamento, o abandono mais uma vez é citado, o cansaço familiar também é citado, e o principal ponto a ser interrogado é a questão das famílias olharem os hospitais como creche.

Queremos pontuar que isso é construído historicamente, como vimos no capítulo dois dessa monografia, porque desde a idade antiga essas famílias tinham que retirar seus entes loucos, insanos, que representavam perigo para a sociedade, do convívio social e colocá-los em navios, e, posteriormente, em

instituições separadas, para que pudessem se recuperar de suas falhas, voltar ao normal.

Pode-se, então, entender ser esta uma visão equivocada, porém que foi alterada somente com a aprovação da Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001, que defende os direitos da pessoa com transtorno conviver no meio social. E isso é totalmente recente, porém a família não sabe que a legislação mudou, que seu papel perante os cuidados da pessoa com transtorno mental mudou, que existe uma lei que protege essas pessoas. As famílias não sabem disso e precisam ser contextualizadas, colocadas a par de seus direitos e de seus deveres perante o quando de estabilização de seu ente. Não basta culpar a família por não participar, pois a mesma ainda não sabe das mudanças que existem na saúde mental. Como nos mostra o gráfico abaixo.

**GRÁFICO 12:** Percentual de familiares que possuem pessoas com transtorno mental que não sabem acerca das legislações vigentes que defendem seus direitos e estipulam os deveres.



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Nesses moldes, é indispensável levar esse conteúdo legislativo para as famílias. E preciso que as informações cheguem até as famílias, por meio da busca ativa, como pontua essa profissional, que afirma fazer busca ativa de famílias. Entretanto, a busca ativa deve ter o objetivo de levar informações aos pacientes, da mesma forma que as visitas domiciliares também têm seu objetivo específico. O fato do familiar não comparecer à instituição para participar das reuniões de família, que

geralmente são preparadas durante o dia, cujo horário é comercial, e que muitos trabalham, não significa que estes não participam do tratamento, mas sim que estão impossibilitados de participar do tratamento de seu ente, pelo próprio limite institucional.

O profissional C também pontua que a família tem a internação como única alternativa e como forma de se livrar do paciente. Vejam nas palavras do profissional:

[...] quando eu entrei em contato com essa família, eu percebi que a primeira coisa que eles querem e a internação. Eles não querem pensar em nada, eles não querem uma segunda alternativa, tentar dar uma medicação aqui para conte-lo no momento e depois começar um tratamento. Eu percebi que a família quer se livrar dele, *tipo assim “vamos nos livrar dele porque ele é problema pra gente, faz agente passar vergonha”* então tem todas essas coisas. Então eu vejo assim, que é difícil esse trabalho com a família. Mas gente também pensa em fazer um trabalho em relação a isso. Agente viu que, por exemplo, se a família tivesse agido diferente não teria chegado num surto. (Grifo das autoras<sup>14</sup>)

Todavia, se a família já quer a internação, sem passar por outros procedimentos, é obvio que esta não está informada sobre os outros procedimentos. Observa-se nos dados obtidos que nenhuma das famílias pensou em tratar seu paciente em CAPS, a sugestão foi direto hospital psiquiátrico, isto é, internação. Existem duas hipóteses para isso: ou os CAPS não divulgam sua natureza Institucional, que é atender pessoas com transtornos mentais graves e severos e decorrentes de uso de Crack e outras drogas, e quando necessário após triagem e encaminhar para os hospitais ou para a atenção básica. Ou as famílias não buscam os CAPS quando necessário, porque a atenção básica não tem efetivado seu trabalho na saúde mental, por meio de orientações, de informações e de trabalhos preventivos propostos pela própria saúde, conforme descrito na Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que constitui o trabalho em rede de atenção psicossocial.

Entretanto, observa-se que essa profissional percebe a necessidade de um trabalho com famílias no território preventivo. Quando afirma que “a gente viu que, por exemplo, se a família tivesse agido diferente não teria chegado num surto”. Para a família agir diferente, é preciso materializar um trabalho em seu território, não somente em instituições, a família vai cuidar de seu ente em casa, portanto não

---

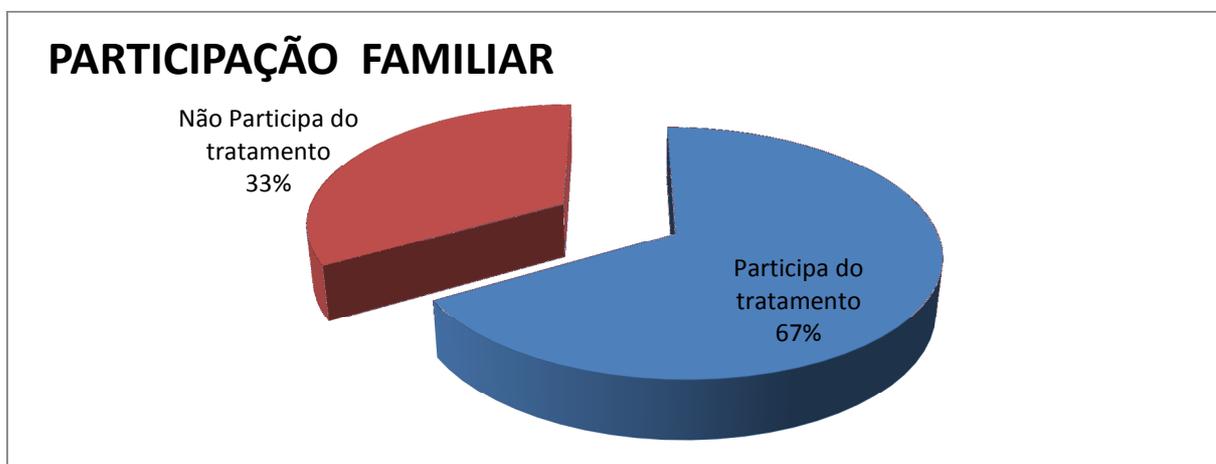
<sup>14</sup> Essa afirmação é percepção do Profissional pela realidade vivenciada no presente atendimento.

basta a família ir à instituição, porque a efetividade do trabalho se constitui no território na diminuição do número de internamentos.

Percebemos que ambos os profissionais pontuam a dificuldade em trabalhar com as famílias e afirmam que estas não participam do tratamento psiquiátrico da pessoa com transtorno mental. Comprovadamente, identificamos que todos os profissionais entrevistados enfrentam dificuldades em trabalhar com a família, devido ao abismo que existe entre a família e os hospitais psiquiátricos. Esses profissionais afirmam que a família é não participante devido às causas internas em relação ao paciente, mas ousamos chamar em nossa pesquisa de falta de conhecimento de seus direitos, falta de subsidio institucional para capacitar a família para que esta possa corresponder aos anseios básicos e necessários que a legislação estima no tratamento da pessoa com transtorno mental.

Em contrapartida, identificamos, dentre os entrevistados, familiares participam do tratamento, como nos mostram o gráfico a seguir.

**GRÁFICO 13:** Pontua a participação da família no tratamento da pessoa com transtorno mental na visão do paciente.

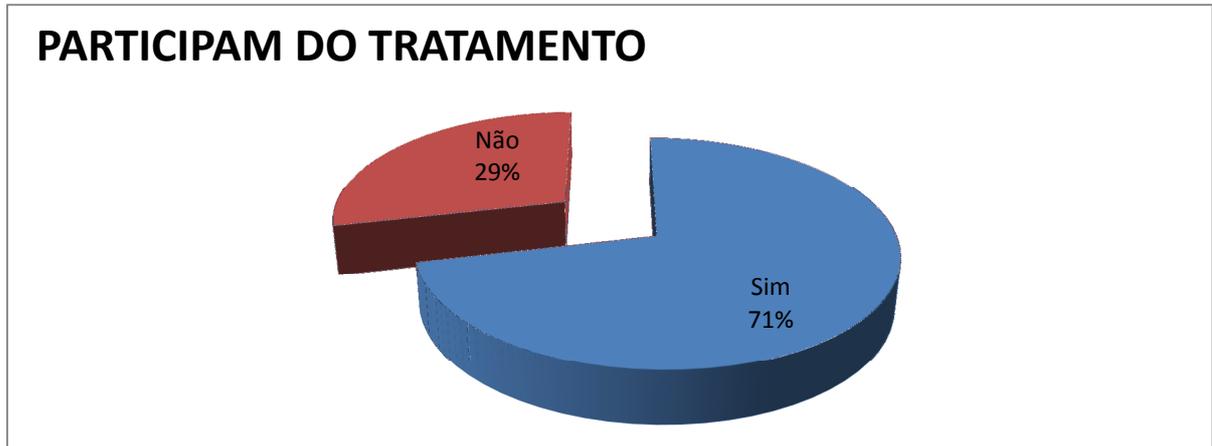


Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

As pessoas com transtorno mental afirmam que seu familiar participa do seu tratamento, e as que não participam apresentaram justificativas para a não participação como, por exemplo: familiar só liga de vez em quando, o familiar não tem tempo, alguns não têm interesse, outros trabalham e acabam não tendo tempo para ir às instituições, mas ligam no hospital de vez em quando, alguns participam às vezes, porque trabalham e outros sempre participam. Conforme informações

obtidas durante a entrevista (2013). A família também afirma participar do tratamento, conforme o gráfico a seguir:

**GRÁFICO 14:** Pontua a quantidade de famílias que afirmam participar do tratamento do seu ente.



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

A participação que a família declara é uma participação de ir aos hospitais, ligar para saber como está seu ente, fazer visita, ou participar das reuniões. Porém, nesse sentido, subentendemos que a família e os seus entes entendem por participação ir até os hospitais ou ligar para os hospitais. Todavia, a participação do familiar no tratamento é muito maior, muito mais ampla que estar presentes nas reuniões com famílias das instituições. Evidencia-se, assim, um equívoco, quando a família acha que a participação se resume em somente participar das reuniões. Da mesma forma, também é equívoco por parte das instituições pensarem que a família não participa do tratamento quando esta não frequenta as reuniões institucionais.

Vejam como um responsável familiar (2013) descreve sua participação no tratamento:

Quando ele ficou internado agora no HR eu só participei da festa junina porque foi a única coisa que teve. Não teve reunião, mas também ele só ficou internado uns 20 dias mais ou menos. La no hospital X eu participava, mas eles não explicavam o que era pra explicar, eles falavam sobre micose, que não podia andar descalço, só essas coisas, coisas que não tinha nada a ver com o hospital psiquiátrico. Ai foi onde eu peguei e falei, se é pra mim escutar sobre isso é melhor eu nem assistir. Porque coisas que eu quero ouvir é coisas que ajude meu esposo. Coisas relacionadas ao surgimento da doença, que ensine a lidar com a doença dentro de casa. [...] Igual as

reuniões que tinha relacionadas a festas eu não deixava de ir porque a Profissional X dizia Olha Familiar X é importante você estar com ele aqui. Então eu sempre estava presente nessas reuniões. Igual quando eu fui assistir a primeira reunião dele foi sobre distúrbios mentais, ai depois a segunda a terceira e as outras já não foram mais sobre distúrbios mentais foi sobre outras coisas, ai já não era interessante. Então eu pensei eu vou assistir pra que, se eu sei que não pode andar descalço. Não é isso que eu queria o que eu quero é saber como lidar com ele. É isso que eu quero.

Essa é a ideia de participação que uma das famílias tem em relação ao envolvimento família no tratamento psiquiátrico: “vou as instituições para aprender a lidar com meu familiar doente para que eu possa ajuda-lo, a superar a melhorar.” (2013) Porém nem todos têm essa visão de participação. Percebemos que quando um familiar sabe sua importância no tratamento, ele se desdobra para alcançar a melhora de seu ente. Até mesmo colocar sua saúde em segundo plano, como vimos no item anterior.

Podemos dizer que ninguém faz aquilo que não sabe fazer. Portanto, se a família não vai até a instituição para participar do tratamento como coloca a legislação 10.216/01, em seu art. 2º, cujo inciso II afirma que a pessoa com transtorno mental deve “II - 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”. É dever da instituição ir até a família e prepará-la para receber e tratar de seu ente, isso pode acontecer através da busca ativa (que não se resume em somente em uma visita domiciliar para interrogar o familiar, porque ele não compareceu à reunião de famílias).

Mediante a esse contexto, a família que não participa do tratamento psiquiátrico não deve ser culpabilizada, como falha em seu dever de cuidadora; o entendimento correto deve ser de que esta família também se encontra fragilizada, adoecida, necessita de atendimentos, atenção, e não de culpabilização – como já destacamos. O fator determinante da não participação familiar no processo de tratamento e da exclusão intrafamiliar é, sem dúvidas, a falta de um trabalho específico e contínuo com essas famílias, para que adquiram conhecimento sobre as patologias, entendam as potencialidades de seu ente com transtorno mental, e o dever de cuidar, dar atenção e respaldo.

Portanto, o processo de atendimento à pessoa com transtorno mental, nas instituições que compõem a rede de atenção psicossocial de saúde mental, deve oferecer o empoderamento familiar na construção da efetividade dos direitos

das pessoas com transtorno. Para que isso aconteça, faz-se necessário acionar um trabalho em rede para com as famílias, na perspectiva de construir respostas em rede para essa problemática que é enfrentada por todas essas instituições. Ou seja, articular um trabalho de referência e contrarreferência com os pacientes, articulando um trabalho com famílias no território, porque quando essa pessoa recebe alta do hospital é encaminhada ao tratamento em nível ambulatorial, no qual o tratamento diário se restringe somente em medicação, e faltam acompanhamentos cotidianos necessários.

Portanto, o acompanhamento após a alta hospitalar é indispensável, porque alta hospitalar não pressupõe a cura, mas sim a estabilização da patologia, que também pode ser de curto prazo, pois uma decepção (por exemplo) pode ocasionar um novo “surto”. O que significa que essa pessoa sempre necessitará do acompanhamento dos profissionais da rede de atenção psicossocial, do entendimento e do apoio da família no tratamento. Porém, há inúmeras falhas no trabalho em rede, porque quando o paciente recebe alta médica, o tratamento diário automaticamente é interrompido, porque não há ligação entre as redes de serviços.

Desse modo, é um grande desafio articular um trabalho em rede e inserir as famílias nesse contexto intersetorial, para que o tratamento da pessoa com transtorno mental seja contínuo em qualquer instituição de atenção da rede de saúde mental. Para iniciar um trabalho com famílias, faz-se necessário compreendê-las. A família também forma cidadãos com valores morais que interferem diretamente na sociedade, transformando-a gradativamente, é um lugar onde as pessoas se conhecem, se cuidam, depositam suas fraquezas, estabelecem vínculos, produzem bem estar, desenvolvem responsabilidades e se reestruturam através das crises. Como explica Pereira e (2003, p. 94),

[...] a família consiste a primeira rede social da pessoa; é fundamental, quer para a manutenção do doente mental fora do hospital psiquiátrico, ou em uma visão mais ampla de assistência à saúde mental, que considera essenciais os recursos e a atuação da comunidade.

Com base na descrição do autor, a família é a primeira instituição na vida dos indivíduos, é dinâmica, porque se altera no contexto social e na realidade contemporânea; e mutável, porque se auto modifica e modifica o outro, e todos pertencem a uma família, onde reproduzem vidas, estabelecem relacionamentos

com a sociedade e com o outro, e desenvolvem a identidade do sujeito dentro desse núcleo familiar. Como afirma o autor, na família, o indivíduo se desenvolve socialmente e encontra determinadas respostas para a vida em sociedade. Ou seja, é fundamental para o tratamento das patologias, devido às recíprocas relações de afetividade, de cuidado entre a família e a pessoa com transtorno mental.

Contudo, quando a família se encontra fragilizada, ausente, “enfraquecida”, conforme Kaloustian (2011, p. 11), os problemas tendem a agravar-se, devido à sobrecarga e a tensão psicológica que cai sobre a família quando não tem conhecimento sobre as patologias e suas causas. Portanto, entender a realidade familiar é fundamental para fazer uma intervenção profissional, que venha ao encontro da promoção da emancipação e do fortalecimento desse núcleo familiar para o tratamento da pessoa com transtorno mental.

Se a família é a primeira e a principal formadora de valores e se faz presente nos momentos dedicados ao tratamento, entendem as patologias, sabem como agir diante dos surtos e neuroses, conseguem dialogar entre si suas dificuldades, conseguem expor suas limitações em grupos ou no cotidiano familiar. Sem sombra de dúvidas, essa família passa a ter um relacionamento interno fortalecido com seu ente a por meio do diálogo, e as trocas de experiências em reuniões de grupos que são oferecidos nas instituições psiquiátricas tornam-se espaços propícios, que favorecem o tratamento do transtorno e a estabilização da doença. Esse é nosso objetivo: inserir a família no tratamento para que esta possa buscar os meios viáveis para que seu ente com transtorno tenha acesso aos medicamentos, à continuidade no tratamento pós-alta pelas unidades que compõem a Rede de Atenção Psicossocial.

Com base nesses questionamentos referentes à saúde mental e seu pressuposto desenvolvimento na realidade contemporânea, afirmamos a importância da família no tratamento, mas entendemos que essa família também se encontra enfraquecida. Portanto, cabe ressaltar que a família, assim como o paciente, também precisa ser trabalhada, acolhida nos serviços de atenção psicossocial, e necessita de atenção e cuidados especiais.

Os vínculos familiares, afetados pelos fatores externos citados, precisam ser trabalhados no sentido de restabelecê-los. As questões internas precisam ser compreendidas pela equipe de profissionais que fazem parte das

instituições, com um trabalho multiprofissional que atenda essas especificidades, também junto à família, o olhar que a mesma possui sobre o transtorno mental, e a forma de acolher, de cuidar, e de conviver com seu ente.

Pereira e Ornelas (2003, p. 94) afirmam que tal perspectiva

Contribui para o entendimento da família como a unidade básica da saúde, num modelo de intervenção que possibilite resolver os problemas cotidianos, diminuindo o stress e, indiretamente, as recaídas. Na visão da família como a unidade básica podemos pensar que para cumprir o papel de provedora ela necessita, além dos recursos institucionais, do preparo e do apoio de profissionais.

De acordo com os autores, a família contribui na resolução dos problemas cotidianos quando cumpre o seu papel de provedora e vem ao encontro do tratamento, adentrando nestes espaços sócio-profissionais e psiquiátricos, a fim de que as patologias sejam tratadas. Neste caso, Pereira e Ornelas (2003, p. 94) pontuam que a família também precisa de cuidados especiais e apoio profissional, para que se tornem parceiras nesse processo de tratamento.

Enfatizamos, portanto, a extrema importância quando se trabalha em grupos familiares nos tratamentos desenvolvidos por Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais Dia, UBS e Hospitais Psiquiátricos, de modo que esses grupos sejam realizados, pensados e sistematizados pela equipe técnica das instituições. Sob a direção de cada profissional, os familiares expõem suas dificuldades de relacionamento com o familiar com transtorno; as conquistas - que por vezes parecem sem importância, mas a cada evolução no tratamento é significativa. O trabalho em grupo se destaca quando um familiar cita algum problema que outro também está vivenciando, e encontra soluções, orientações, baseado em outras histórias em comum.

Segundo MELMAN (2001, pg. 95):

O estímulo às trocas de experiências tem se revelado uma importante ferramenta para ampliar a capacidade de lidar com os problemas, assim como tem permitido que um familiar possa se abrir para o discurso do seu companheiro. Ouvir o relato de outra pessoa pressupõe uma disponibilidade para acolher o sofrimento e a angústia do outro, assim como perceber pontos de contato e vivências semelhantes às suas próprias narrativas. O processo de identificação facilita aos participantes ver no outro o reflexo de sua própria realidade, aliviando a sensação de isolamento e solidão, muito comum entre eles, além de contribuir para a própria construção do grupo como espaço de referência e de experimentação.

Antes da participação do familiar nesses grupos, é necessário que o este tenha passado por atendimentos individuais para o conhecimento particular de sua dinâmica e individualidade. Assim, o familiar pode se sentir mais a vontade para contar suas dificuldades, experiências e debater seus problemas com o profissional individualmente, porém aos poucos, deve ser inserido nesses grupos, para enriquecimento do trabalho com esse familiar, desenvolvendo estratégias de intervenção.

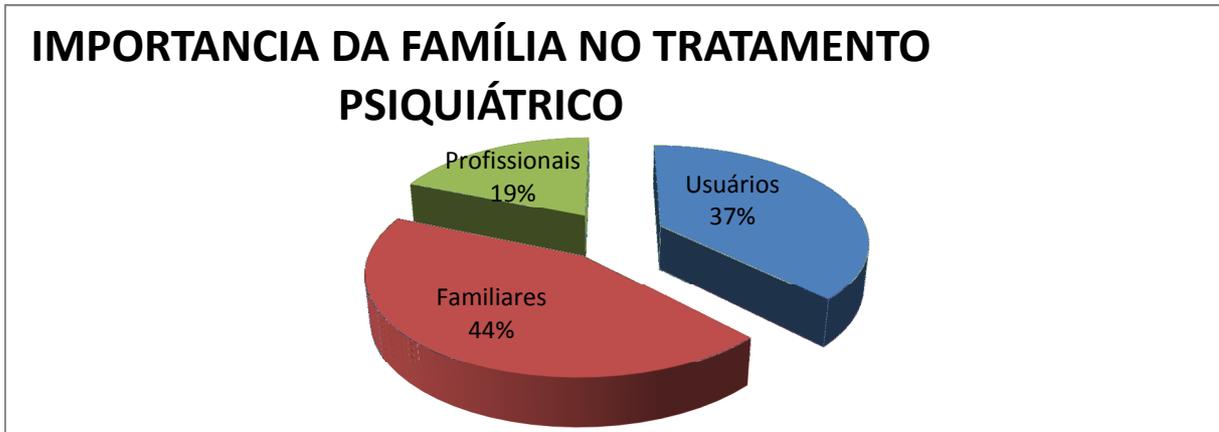
Diante desse contexto, podemos concordar com Pereira e Ornelas (2003, p. 93) quando afirmam que é preciso ter

[...] novas estratégias, favorecendo um nível mais coletivo de participação, reconhecendo o valor da família na atenção à saúde mental e inserindo-a no projeto terapêutico, em busca de uma melhor qualidade de vida tanto para quem é cuidado quanto para quem cuida.

Constatamos, em nossa pesquisa, que a família é importante no tratamento da pessoa com transtorno mental em função do afeto, do carinho, do respeito, do cuidado que os convivas e/ou membros, e/ou algum membro isoladamente, tem para com a pessoa com transtorno mental. Sem falar no poder de articulação que a família tem, junto às instituições, quando está embasada em seus direitos e conhece os direitos de seu ente.

A partir desses conhecimentos, a família assume a responsabilidade, buscará sempre a melhora e a estabilização da doença, sabe como agir e sabe a quem recorrer quando o ente não está bem, evitando colocá-lo em situação vexatória ou que venha ferir a dignidade do familiar. Nesse sentido, todos os entrevistados, sem exceções, reconheceram a importância da família para o tratamento. Como mostrado no gráfico a seguir:

**GRÁFICO 15:** Mostra e reafirma a importância da família no tratamento psiquiátrico por todos os envolvidos:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Não podemos negar as dificuldades que a família encontra para cuidar da pessoa com transtorno, como falta de conhecimento acerca da patologia, cansaço físico e psíquico, a precarização das políticas públicas, que n

Vale ressaltar que a família é corresponsável no tratamento, porém ela precisa conhecer e saber até onde vai sua responsabilidade. Se esta se encontra enfraquecida, é dever da saúde fortalecê-la; se está fragilizada, é dever da PNAS reforçá-la; se está desorientada, ambas as políticas têm o dever de orientá-la. Se a família se encontra adoecida é dever da saúde tratá-la, porque se ficou doente, é porque não teve prevenção, e prevenção também é dever da saúde primária. Como descreve a carta de Alma Ata (1979). Portanto, é muito fácil dizer que a culpa é do outro, ou seja, da família, ao invés de repensar atitudes de prevenção, que são de responsabilidade da política de saúde. Se esse paciente entra em crise, onde a saúde estava que não identificou o problema antes que ele viesse a se agravar?

Se existe um culpado, esse não é a família, que também se encontra em situação de precariedade e vulnerabilidade diante de sua corresponsabilidade para com seus entes com transtorno mental, mas sim o sistema neoliberalista, que precariza e focaliza as políticas públicas, deixando de investir no que realmente é importante e que contribui para com a qualidade de vida das pessoas, que é a saúde mental das dos cidadãos.

## 4- A ARTICULAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O TRABALHO COM FAMÍLIAS

Subentendemos por saúde mental um conjunto de ações articuladas entre os fatores econômicos, sociais, culturais e psicológicos. De acordo com a pesquisa realizada nos textos de Ballone (2008, s. p) e a definição de saúde pela carta de Alma Ata (1978, p.1), saúde mental é uma articulação da rede social exterior que se infunde no interior do sujeito, provocando uma série de fatores que interferem na vida das pessoas, provocando o sujeito para a superação de problemas, ou para a não superação dos problemas. Isso vai depender da resiliência de cada sujeito, podendo desencadear o adoecimento interior, o chamado transtorno mental.

Nesses moldes, a Secretaria da Saúde do Paraná (2013, s. p) afirma que a:

Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros. Aceitar as exigências da vida. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis: alegria/tristeza; coragem/medo; amor/ódio; serenidade/raiva; ciúmes; culpa; frustrações. Reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

Isso nos remeteu à ideia de que a saúde mental está relacionada aos fatores sociais, aos fatores internos e à questão subjetiva, que são as emoções que estão no interior de cada sujeito, e variam de pessoa para pessoa. E para tratarmos dessas questões internas, que são particulares, cuja incidência encontra-se vinculada a contextos pessoais e subjetivos, de cada sujeito, é extremamente necessária a existência de instituições especializadas nesse determinado problema.

O modelo de tratamento desses espaços é um modelo de trabalho coletivo, com uma equipe multiprofissional capacitada dentro de cada instituição para atender a essas demandas. Essas instituições possuem dependência entre si, pois cada uma delas atende uma especificidade. Nessa perspectiva, nenhuma instituição por si só poderá tratar essas patologias de forma isolada. É preciso que se implante e se articule um trabalho em Rede que atenda tais especificidades de acordo com as patologias de cada sujeito.

Para entendermos melhor o trabalho em rede, vamos definir o conceito de rede. O Minidicionário Aurélio (2001, 558-559), define rede como “Fios, cordas, arames, etc., entrelaçados, fixados por malhas que formam como que um tecido. [...] Conjunto interconectado de vias e meios de equipamentos de comunicação, ou locais e agentes de prestação de serviços.” Transcrevendo esse conceito de rede para a rede de serviços públicos específicos de saúde mental, subentendemos que rede são pontos estratégicos, ou seja, as instituições que estabelecem relações com outras por meio de encaminhamentos, para manter a conexão existente entre si a fim de chegarem a uma determinada finalidade, isto é, à materialização do direito da pessoa com transtorno mental de receber um tratamento efetivo pela SUS.

Nesse contexto, faz-se presente a rede de atenção psicossocial, que é composta por sete instituições especializadas na área de Saúde Mental em níveis básico, médio e pleno. Conforme a Portaria do ministério da saúde GM, Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, em seu Artigo 5º (2011):

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:  
I - Atenção Básica em Saúde;  
II - Atenção Psicossocial Especializada;  
III - Atenção de Urgência e Emergência;  
IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;  
V - Atenção Hospitalar;  
VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e  
VI - Reabilitação Psicossocial.

Nesse artigo são definidas as instituições que farão a composição da rede de serviços psicossociais e que deverão atender as pessoas com transtornos em cada especificidade. Cada uma dessas instituições possui legislações, recursos, serviços, equipes mínima, e atende suas especificidades próprias, que estão definidas no art. 6º, da portaria, que dispõe das funções, especificidades e finalidades de cada um desses serviços.

A atenção básica, conforme o I do artigo 6º da portaria 3.088 de (2011), tem a função de promover, proteger e prevenir os agravos, diagnosticar, tratar, reabilitar os usuários com o intuito de reduzir os impactos, expandir a saúde e a autonomia dos usuários. Porém, vejam o que dizem os usuários dos serviços com transtorno mental em relação a atenção básica no gráfico que segue:

**GRÁFICO 16:** Revela como é o acompanhamento das pessoas com transtorno mental nos territórios:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Segue o que o profissional C (2013) da saúde na atenção básica tem a dizer sobre a dificuldade de materializar o trabalho em equipe na atenção básica.

Existem dificuldades parcialmente. Estas sempre vão existir, mas, não é por inteiro e parcialmente. Pra mim hoje o maior problema da nossa equipe é o tempo. Que a demanda é muito grande. E muito grande para o Médico do ESF que atende como Clínico Geral. É muito grande para a psicóloga. E por mais que agente tenta se reunir às vezes agente não consegue. Porque a demanda da psicóloga é muito grande, só ela de profissional de psicologia para atender todo o município aqui. Então minha maior dificuldade em equipe aqui hoje seria essa questão do tempo mesmo. Agente não tem muito tempo. Então só quando surgem alguns casos gritantes, que agente diz, “não tem jeito, agora tem que se reunir mesmo”. Mesmo tendo o Doutor e os outros médicos, mas, mesmo assim a demanda ainda é muito grande pra ele. Então acho que o tempo é o maior problema assim pra se reunir.

O atendimento e o acompanhamento se tornam precários, falhos, na atenção básica em duas instâncias: a primeira é devido à falta de profissionais para atender a complexidade das demandas em sua totalidade. Portando, torna-se um problema de caráter público, que precariza e fragmenta o atendimento das pessoas com transtorno mental, como vimos na fala da profissional. A segunda instância é o grau de importância que os profissionais dão à saúde mental, na atenção básica. Verifica-se que esses profissionais reúnem-se somente quando os casos são gritantes, isto é, o direito a proteção, promoção, prevenção, que é colocado na atenção básica, está sendo violado pelos profissionais da área.

Vale ressaltar que não podemos generalizar e transferir esse problema para todas as atenções básicas, mas queremos ressaltar que cada instituição tem suas dificuldades, seus limites, em todas existem potencialidades a serem exploradas. Todavia, quando há falhas no trabalho inicial da atenção básica, este compromete os demais serviços, como pontua o profissional B (2013) acerca das dificuldades encontradas em outros setores.

A gente enfrenta problemas desafios sim, Martinópolis tem muito serviços, tem quase todos os serviços, por ser um município de porte pequeno agente tem CREAS a gente tem CRAS, tem assistência, na área da saúde, nós temos CAPS I, CAPS AD, ambulatório de saúde mental, nos temos o posto, e temos seis ESF, então assim agente já tem os serviços, só que assim, tem muita rotatividade. E a coordenadora que sai, é os próprios funcionários da base que sai, e medico que sai, e vem outros. Eu mesmo estou aqui faz pouco tempo, três anos, então a gente encontra essas dificuldades, acho também que tem muito preconceito assim em relação ao transtorno mental pelos próprios profissionais da área da saúde das outras unidades tem medo, não sabem lidar com aquele paciente. Então o que agente faz uma das incumbências do CAPS é fazer esse matricialmente, e poder fazer, articular e fortalecer a rede. Então uma vez por mês agente faz os encontros com a rede básica, que são os profissionais, enfermeiros e médicos, da UBS, ESF, vai CAPS AD, vai CRAS, e vai CREAS. E ai agente discute Transtorno, é temático, acontece toda ultima segunda-feira do mês.

Queremos dizer que a atenção básica é vista como uma unidade somente para encaminhamentos e atendimentos primários, porém ela é a base de toda a estrutura da saúde, a atenção básica é o alicerce, porque trabalha a prevenção de doença através da promoção da saúde e protege das doenças, por isso os profissionais se prendem nos atendimentos primários pontuais e fragmentados. Isso é observado na fala do profissional C, (2013) quando afirma que a “demanda da UBS é muito grande, e para diminuir essa demanda é preciso fazer algo, porém ainda não conseguimos estruturar nenhum trabalho que diminuísse a demanda, para fazer os trabalhos paralelos que são necessários.” Portanto, a prevenção e a promoção da saúde, nos territórios, conforme a portaria 3.088 (2011), na alínea a, do inciso I do artigo. 6º ficam em segundo plano.

Unidade Básica de Saúde - serviço de saúde constituído por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

O nível de Atenção Básica atende as famílias em sua comunidade e se apresenta de forma estratégica para o enfrentamento dos problemas de saúde pública, como problemas vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e os Transtornos mentais. Esses serviços são de competência das equipes de Estratégias da Saúde da Família, cujos objetivos são trabalhar a prevenção de doenças, visando à promoção da saúde por uma vida mais saudável. Isso inclui também a qualidade em viver bem, sem graves preocupações ou níveis elevados de estresse, evitando as possibilidades das pessoas desencadearem transtornos mentais.

O trabalho preventivo, de acordo com o Ministério da Saúde (2005, p. 34), é realizado pela equipe técnica de Estratégias de Saúde da Família, que possui a árdua missão de promover a expansão da saúde pública, reformular e avaliar as diretrizes da dimensão subjetiva dos usuários, identificarem os problemas de saúde, os transtornos mentais graves e frequentes dentro do território de abrangência de atendimentos das Unidades Básicas de Saúde. Essa equipe deve assumir a responsabilidade de promover a saúde, buscando a eficácia e a promoção da equidade, da integralidade e da cidadania, obedecendo a modelos de cuidado de base territoriais, buscando estabelecer vínculos de atendimento articulado junto aos Centros de Atenção Psicossocial na co-responsabilidade do apoio matricial em desenvolver as ações básicas de Saúde Mental.

O Ministério da Saúde (2005, p. 34) afirma que a “responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.” Portanto, a articulação da Rede de Atenção Psicossocial é fundamental na execução dos serviços prestados pelo CAPS e pela Atenção Básica nas UBS, pois tende a aumentar a capacidade resolutiva, uma vez que os problemas de saúde mental são discutidos coletivamente, quando estas ações são pensadas em conjunto. Sendo assim, os serviços são supervisionados, os atendimentos são repensados, há capacitação específica para os profissionais em sua área, há uma relação recíproca entre as instituições frente aos encaminhamentos, para que os profissionais não percam de vista esses atendimentos.

As demandas que surgem na rede Psicossocial devem ser discutidas e problematizadas coletivamente pelas equipes multiprofissionais de cada organização, na construção coletiva de estratégias, para ampliar os serviços da

saúde mental e melhorar a qualidade no atendimento. As instituições que compõem a rede de atenção psicossocial, estando atreladas a um trabalho articulado, em equipe, tendem a aumentar a capacidade para criar estratégias na redução de danos causados às pessoas com transtornos mentais, que estão segregadas pelo estigma e o preconceito.

Como afirma o Ministério da Saúde (2005, p. 34), referente ao trabalho multiprofissional das equipes do CAPS, quando:

[...] juntamente com membros das equipes dos outros equipamentos, apóiam as diferentes equipes de Atenção Básica através de ações de supervisão, atendimento conjunto e específico e capacitação. Em todos os cenários, as equipes matriciais de saúde mental e da Atenção Básica compartilham os casos e constroem coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial.

Conforme descrito anteriormente, existe essa cumplicidade entre CAPS e a atenção Básica. Vejam nas palavras do profissional C: (2013) “o pessoal já conhece já nosso trabalho, então toda vez que tem uma intercorrência territorial, o ESF liga pra gente, ir fazer a visita, [...] então a gente tem essa referência, eles já tem essa confiança, mas ainda falta.” Esse relacionamento também acontece entre CAPS com os municípios de pequeno porte que não tem equipe mínima de atendimento a pessoa com transtorno mental. Vejam nas palavras do profissional C (2013):

Isso é um problema não só em termos de saúde mental, Mas ainda é muito difícil a relação de referencia e contra referência. Na rede de atenção psicossocial é parcialmente porque o CAPS I e o CAPS AD sempre estão em contato com agente então eles dão esse retorno. Agente tem esse contato. Agora com os Hospitais de Saúde Mental, esses, agente não tem nenhum contato. Tem alguns pacientes que agente nem fica sabendo das internações”.

O profissional A (2013) também confirma a falha que a profissional C (2013) apresenta em relação aos encaminhamentos de referência e contrarreferência. Vejam nas palavras da profissional.

Pode-se dizer que o trabalho de contra referencia é falho devido ao grande numero de atendimentos. É realizado sim um trabalho de referencia, pois o

trabalho do assistente social na instituição é sustentado com o apoio das UBS e CAPS. Algumas unidades do CAPS tornam possíveis à contra referência de ambas as partes, pois mantém contato constante com a instituição, porém isso nem sempre é possível, pois o grande fluxo de atendimento torna a contra referência falha, a não ser em casos de pacientes que possuem diversas internações anteriores, o que faz com que o profissional já possua um histórico do indivíduo e contato constante com o mesmo.

Vimos às dificuldades que as instituições encontram na materialização dos direitos de manter um tratamento efetivo da pessoa com transtorno mental. O grande fluxo de atendimentos nas instituições, com a falta de profissionais especialistas para trabalhar nessa política de saúde mental, dificulta o trabalho dos profissionais e precariza a qualidade do atendimento aos usuários no que tange a continuidade do tratamento após a alta hospitalar.

Devido à falta de diálogo entre as instituições, à falta de monitoramento no atendimento desse usuário em seu território pelas USF, esses pacientes acabam voltando para o confinamento dos hospitais em crises, porque não foram monitorados em seu território, não foram acompanhados após a alta médica dos hospitais.

Nesses moldes, a profissional A (2013) também compartilha as dificuldades enfrentadas pela instituição em relação ao trabalho de referência e contrarreferência entre as instituições que trabalham com a saúde mental.

Os desafios são muitos devido à fragmentação do serviço. Algumas instituições deixam de cumprir seu papel, e acabam deixando o trabalho na responsabilidade de outros setores, ou seja, ninguém assume de fato o trabalho, e ficam jogando nas mãos de outros. A dificuldade da instituição aumenta nesse sentido, porque ela depende muita da atenção básica, para que se previnam surtos e recaídas do paciente, e esse trabalho da rede básica é muito frágil, pois não tem condições da presença de um psiquiatra ou uma equipe de saúde mental em todo os municípios, e os que possuem essa equipe, contam também com uma lista de espera muito grande dos pacientes, devido ao grande numero de pacientes para pouco numero de profissionais.

A partir das respostas dos profissionais, percebemos a dificuldade de diálogo e cumplicidade entre as instituições, além da dificuldade de materializar o trabalho com os recursos mínimos<sup>15</sup> que estão disponíveis para a efetivação da qualidade dos serviços prestados. Outra questão presente, perceptível nos

---

<sup>15</sup> Conforme proposta do Estado Neoliberal, em minimizar os gastos públicos, e prestar serviço de qualidade com poucos recursos públicos.

discursos, é a individualidade das instituições, todas fazem seus trabalhos, produzem resultados, porém resultados institucionalizados, isto é, individualmente. Quando chega a hora de produzir respostas coletivas, em rede, para efetivar o tratamento da pessoa com transtorno, capacitar e apoiar a família para manter a estabilidade dos pacientes sem precisar de internações as instituições, não conseguem materializar o trabalho.

Isso ocorre porque cada instituição trabalha o paciente isoladamente como se a responsabilidade institucional sobre o paciente fosse somente dentro da instituição e não tivessem o compromisso de ir além dos muros institucionais. O trabalho em rede deve ser construído com bases na defesa dos direitos sociais da pessoa com transtorno mental, inserir a família nesse processo faz parte do trabalho em defesa dos direitos dessas pessoas de conviver no seio familiar e social sem discriminação e preconceito. Porém, deve haver um compromisso entre todas as instituições que têm essa natureza psicossocial com a efetivação desse direito.

Nesses moldes, o Ministério da Saúde (2005, p. 27) afirma que papel de organizar a rede cabe ao CAPS.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território.

O Ministério da Saúde (2005, p. 27) é categórico ao afirmar que “os CAPS possuem um valor estratégico no atendimento à pessoa com transtorno mental, e que estas unidades institucionais são uma possibilidade de substituição dos Hospitais Psiquiátricos.” Essas unidades possuem suas atribuições definidas, como: articular a rede de saúde mental em seu território, prestar serviços de acolhimento a pessoas com transtornos mentais graves, trabalhar o fortalecimento dos laços sociais dos usuários em seu território e promover a responsabilização e o protagonismo das pessoas em seu tratamento.

Segundo o artigo 8º da Lei 3.088, de 23 de Dezembro de 2001, para que se possa montar e articular um trabalho entre a Rede de Atenção Psicossocial, é necessário:

A operacionalização da implantação da Rede de Atenção Psicossocial se dará pela execução de quatro fases:

I - Desenho Regional da Rede de Atenção Psicossocial;

II - Adesão e diagnóstico;

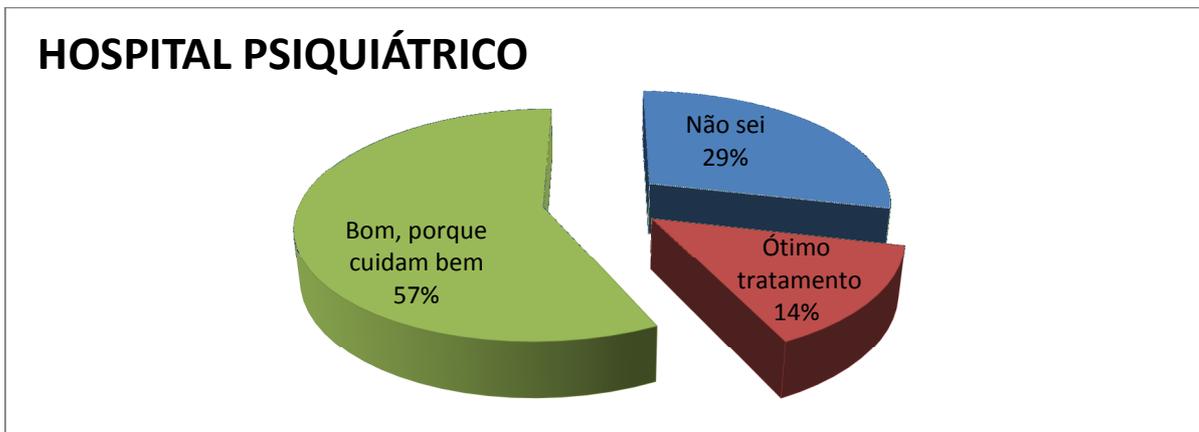
III - Contratualização dos Pontos de Atenção; e

IV - Qualificação dos componentes.

Com base na lei 3.088, que dispõe da Rede de Atenção psicossocial, identificamos um grande projeto de trabalho em Rede, porém um grande desafio, no qual os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais das instituições devem incorporar essa proposta de trabalho para que essa lei se efetive. Trata-se, sem dúvidas, de um trabalho complexo, que, para ser desenvolvido, precisa de um corpo técnico composto por equipes multiprofissionais e a aprovação e do empenho das organizações intersetoriais, na luta pela efetivação do tratamento a pessoa com transtorno mental em rede, rompendo com o individualismo que existe entre as instituições responsáveis por esse tratamento.

#### **4.1 O Trabalho Interdisciplinar com a Família das Pessoas com Transtorno Mental**

Quando falamos em desospitalização, trata-se de desmistificar a ideia muito popular de que *“lugar de louco é no hospício”*, ideia de que hospital psiquiátrico é manicômio e deve ser a casa definitiva de uma pessoa com transtorno mental. Ainda nos dias de hoje essas ideias prevalecem, inclusive no âmbito familiar. Lugar de *“louco”* é em um Hospital Psiquiátrico para a realização do tratamento, quando seu atual estado de surto ameaça sua vida e/ou a de terceiros, necessitando de acompanhamento, internação e atendimento médico rigoroso. Entretanto, após a estabilização da patologia, lugar de *“louco”* é em sua casa, com sua família. Muitas dessas famílias, como já foi abordado, não têm conhecimento sobre a legislação e as novas roupagens que a saúde mental assumiu após a reforma psiquiátrica. Nessa perspectiva, pesquisamos sobre qual a visão que as pessoas possuem acerca dos hospitais psiquiátricos. Segue o gráfico que traz os resultados dessa visão.

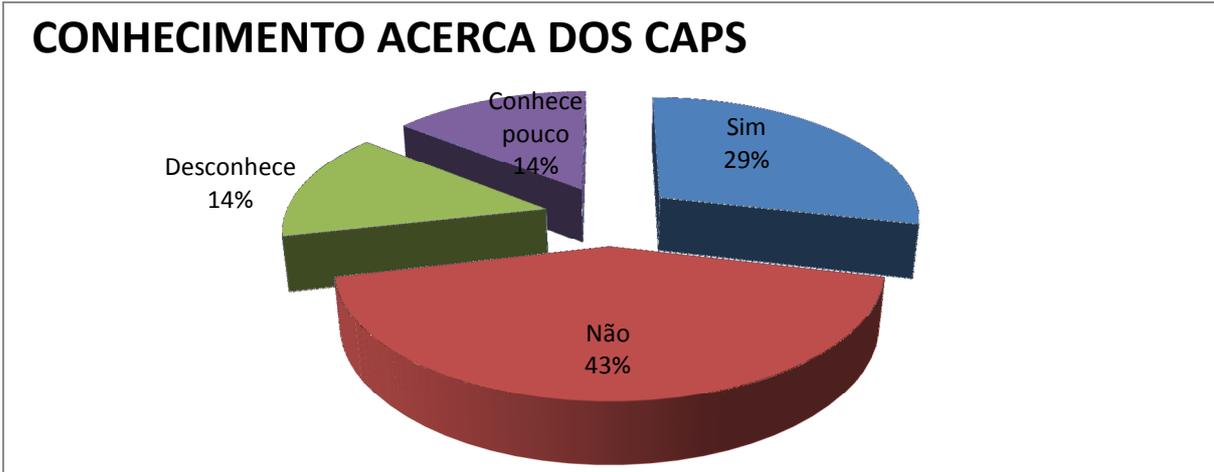
**GRÁFICO 17:** Pontua a visão das Famílias acerca dos Hospitais psiquiátricos:

Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Está mais que clara qual é a visão que a família possui acerca dos hospitais, pensamentos que foram construídos acerca da loucura ao longo da história e que permeiam as famílias contemporâneas, mantendo a ideia de que lugar de louco é no hospício. Portanto, o internamento seria um abrigo para essas pessoas, já que estas, quando se encontram em um estado avançado e/ou severo da doença, precisam ser institucionalizadas para que se recuperem. Mediante esse contexto, essa é a visão que as famílias têm sobre os hospitais psiquiátricos, ou seja, de meros cuidadores dessas pessoas.

Veja também qual é o conhecimento que a Família possui acerca dos CAPS no gráfico a seguir.

**GRÁFICO 18:** Reafirma o a falta de conhecimento das Famílias acerca dos equipamentos de tratamento das pessoas com transtorno mental:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Constatamos como a falta de informação no contexto familiar é predominante em relação ao transtorno mental. As famílias estão totalmente desinformadas, desatualizadas, e ainda são culpabilizadas por não saberem cuidar seus entes, por não darem conta, por se cansarem, e principalmente por querer a internação desse ente. Nesse sentido, voltamos a repetir que é preciso levar informações aos familiares, orientá-los, esclarecer dúvidas, criar um relacionamento de cumplicidade com a família. Ela precisa entender que os hospitais não podem mais cuidar do familiar, como acontecia em outrora, mas estão aptos para apoiá-la nos cuidados, para subsidiá-la no tratamento do membro com transtorno mental.

Essa família precisa entender que o tratamento assumiu outras formas, novas roupagens e que a família faz parte dessa responsabilidade. Não basta somente os profissionais saberem da responsabilidade que a família tem, ela também precisa saber, precisa conhecer sua responsabilidade e, mais do que isso, precisa incorporar essa responsabilidade.

Portanto, o trabalho com família precisa ser preciso e mais consistente, isso quer dizer que precisa ir além dos muros institucionais, o que se resume em razões instrumentais de reunir esses familiares. Como pontua a profissional B (2013), “Tem as reuniões de família. Agente faz as comemorações com festas juninas, festa do natal que a família pode vir participar, mas, basicamente e a reunião de família.” Esse trabalho institucionalizado e instrumentalizado é importante, porém não são todos os familiares que conseguem estarem presentes nessas reuniões institucionais. Nesse sentido, o trabalho torna-se fragmentado, debilitado, tomando-se a família como ausente do tratamento, complicando o acesso

aos outros serviços territoriais após a alta, ficando o tratamento resumido à questão do medicamento. Nesse sentido, a profissional “A” (2013) também afirma que existe um trabalho com famílias e que esse trabalho realizado pela instituição que:

[...] atende essas famílias através de duas formas de trabalho. A primeira é através do acompanhamento diário da família através das visitas, onde a equipe multiprofissional tem espaço para atendê-los. A segunda maneira é através do fortalecimento e orientação familiar realizada por meio de grupos que são chamados de GOF (Grupo de Orientação Familiar) realizado semanalmente pelo assistente social. Existe ainda um trabalho realizado pela equipe de humanização chamado Dia da Família, que é trimestral, realizado no pátio do hospital. São utilizados meios de interação, como dinâmicas, mensagens, café da manhã coletivo, buscando o fortalecimento dos vínculos e a interação social.

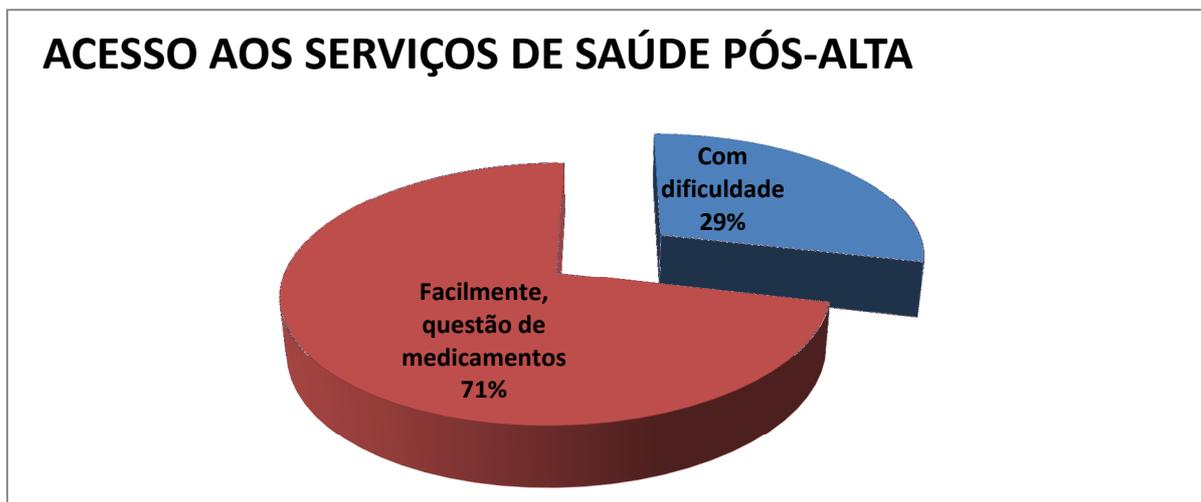
Esse trabalho é maior e mais elaborado, porém também se torna institucionalizado. A família precisa de um trabalho que vá além das instituições. O acompanhamento institucional é muito importante, mas esse trabalho precisa ser efetivado nos territórios para facilitar o acesso dessas pessoas aos serviços públicos de saúde após a alta médica, como mencionado anteriormente. Infelizmente, esse trabalho mais elaborado não acontece com muita facilidade após a alta, ele precisa ser contínuo e deve ser destinado à pessoa com transtorno mental e à suas famílias. Segundo a profissional A:

A família é fundamental para o tratamento. O processo terapêutico possui três pilares essenciais. O primeiro desses pilares é o tratamento medicamentoso, que envolve toda a avaliação e acompanhamento médico. O segundo pilar é a família, que servira de apoio e respaldo, pois de nada adiantaria o trabalho médico sem o sustento causado pelo envolvimento familiar, e o terceiro pilar é, o pilar terapêutico, que é formado pelas oficinas que trabalharão a autonomia desse paciente, não somente através de grupos de orientação e atendimento com psicólogos, mas também com oficinas terapêuticas para realizar o desenvolvimento de habilidades. Nenhum desses pilares é melhor do que o outro, eles simplesmente se complementam para sustentar a qualidade do serviço prestado.

Observem, se esse familiar recebe a alta médica, e não continua o processo terapêutico, a família não está apta para recebê-lo. Esse paciente, após a alta, convivendo em seu território sem o apoio da família, sem um trabalho terapêutico que o sustente, tende a recair, pois duas partes do tratamento estão comprometidas. Dessa forma, o trabalho com a saúde mental precisa ser estendido, e uma instituição precisa da outra. Assim, torna-se extremamente importante, primordial e indispensável um trabalho efetivo com as famílias nos territórios e a

continuidade do trabalho terapêutico com esses pacientes. Não só na questão do medicamento. Como nos mostra o gráfico a seguir:

**GRÁFICO 19:** Dispõe como é o acesso das pessoas com transtorno mental após a alta nos serviços públicos:



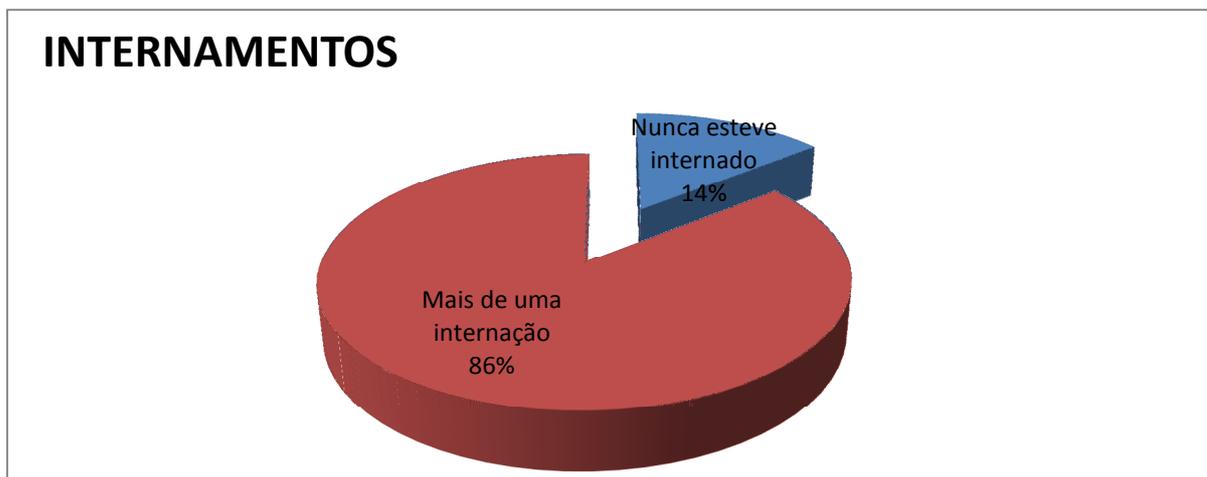
Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Torna-se complexo para a saúde mental inserir a família no tratamento psiquiátrico devido à amplitude do tema, porque este envolve três fatores: as relações familiares, a falta de conhecimento da família sobre o tema e como as instituições lidam com esse fenômeno. São três grandes dimensões totalmente complexas que se entrelaçam, se completam e se asseguram. Por trás de cada dimensão, existe um histórico, com crenças, valores, e atitudes. Portanto, se uma dessas dimensões encontra-se desconectada das demais, o tratamento da pessoa com transtorno mental tende a falhar.

A falha torna-se frequente na saúde mental, pois essas dimensões estão desconectadas. Por um lado, as instituições culpabilizam a família por não saber cuidar do membro, por outro a família busca a internação por estar cansada, adoecida de enfrentar sozinha a responsabilidade do membro, e não conseguem chegar a lugar algum. A família pensa que a responsabilidade de cuidar, quando esta não aguenta mais, é das instituições; por outro lado, as instituições pontuam que a família abandona seus membros nos hospitais. E, no meio dessa problemática, a pessoa com transtorno continua distante de um tratamento digno e

efetivo, passando por várias internações, sofrendo preconceitos e discriminações perante a sociedade. Como verifica-se no gráfico a seguir:

**GRÁFICO 20:** Mostra o percentual dos pacientes internados e reincidentes de internações em hospitais psiquiátricos.



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Isso quer dizer que essa estrutura que sustenta o tratamento psiquiátrico está comprometida porque o paciente sempre passa por recaídas. Para que esse tratamento venha a ser efetivado, é preciso pensar algumas propostas, como, por exemplo, pensar na continuidade desse tratamento em nível territorial, isto é, encaminhar formalmente esse paciente para as UBS e manter um relacionamento contínuo com esta instituição, a fim de monitorar o acompanhamento territorial desse paciente.

Não basta orientar o paciente e a família, é preciso encaminhá-los e monitorar esses encaminhamentos, realizados para as demais instituições e pedir retorno das ações desenvolvidas com ambos. Isto é, esse trabalho precisa ser constante e incorporado pelas organizações comprometidas com a saúde e com reabilitação dessas pessoas na comunidade por meio de sua família. Constatamos em nossa pesquisa, por responsáveis familiares, que nem todas as instituições não fazem encaminhamentos formais, como nos mostra o gráfico a seguir.

**GRÁFICO 21:** Pontua o percentual de instituições que encaminham o paciente para que este efetive seu tratamento:

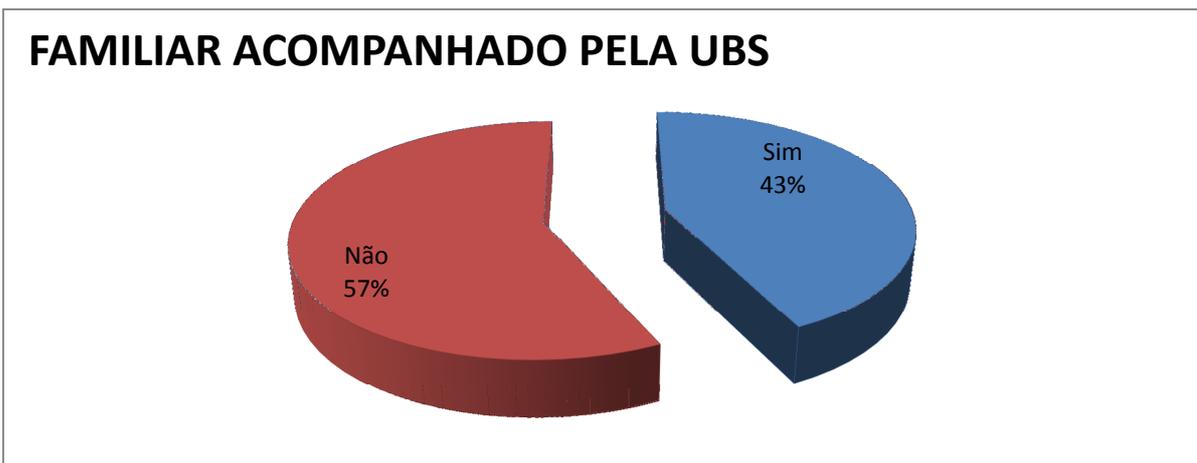


Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Os encaminhamentos entre as instituições que compõem a rede de atenção psicossocial não acontecem com frequência, nem com todos os pacientes, como vimos gráfico. Isso representa uma violação dos direitos do paciente em manter seu tratamento continuado, ou seja, “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;” conforme o inciso I da lei 10.216 de 04 de junho de 2001. Portanto, cabe ressaltar que, obrigatoriamente, as instituições têm de fornecer o melhor atendimento a essa demanda e não deixá-la para atender somente quando os casos forem gritantes. Essas pessoas têm esse direito garantido em lei e este precisa ser acionado.

Inicialmente, para efetivar esse direito, é preciso começar pelo acompanhamento nas unidades de Atenção Básica. Se não existe profissional para realizar tal trabalho, é necessário que se contrate. Porém não deve acontecer a violação dos direitos dessas pessoas em ter um tratamento adequado. Como vem acontecendo em alguns nos territórios e pode ser verificado no gráfico que segue.

**GRÁFICO 22:** Pontua que o número de pessoas que não é atendido pela atenção básica ainda é maior que o número de atendimentos:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Sabe-se que a responsabilidade maior em cuidar para que o tratamento desse paciente seja efetivo é do estado. E cabe a este garantir que esses direitos básicos sejam materializados em forma de tratamento, para isso é preciso que se tenham investimentos nessa área para que haja profissionais capacitados para atender essa demanda.

Esse é o cenário contemporâneo da loucura no Brasil. É importante observar que a família precisa ser informada sobre os direitos e capacitada para cuidar do seu membro. Ademais, essa visão construída historicamente precisa ser desmistificada para que a pessoa com transtorno possa conviver em sociedade, como qualquer outro cidadão de bem. Para que a família cumpra com seu papel de zelar, ser companheira, dedicada, dar apoio, cuidar de seu ente; ela deve estar preparada para essa finalidade e trabalhar juntamente com os profissionais da saúde em busca do tratamento eficaz para seu ente com transtorno mental.

Para aprofundar nossas discussões acerca do trabalho com famílias, utilizamos Melman (2001), que fala no trabalho em conjunto de pessoas no tratamento como a “interação dos autores envolvidos: usuários, familiares, técnicos e o restante da sociedade”. O autor relata a importância das terapias, e da interação com a família:

A terapia psicodramática aplicada à família e suas questões podem ser consideradas uma metodologia de cuidado na qual todos os integrantes de um determinado grupo familiar podem explorar suas dificuldades em um ambiente mais acolhedor e protegido. A ação terapêutica é centrada no próprio grupo. Cada membro do grupo é um agente terapêutico em potencial para os demais. Nesse contexto os terapeutas passam a

compartilhar com todo o grupo a responsabilidade pela superação dos conflitos.

Podemos constatar a importância existente nas terapias familiares, pois, desse modo, os familiares estão sendo preparados, ensinados a “mais do que cuidar”, entender as potencialidades e as possibilidades da pessoa com transtorno mental, ouvir histórias semelhantes de outros familiares no que se refere às dificuldades no convívio e possibilita, ainda, o conhecimento das patologias.

Melman (2001) relata acerca das dificuldades familiares e fala sobre a “sobrecarga familiar”, descrevendo que, quando se descobre o transtorno mental presente em algum membro, toda a família se abala, o impacto é muito grande e, no decorrer do processo de aceitação da doença, que pode ser longo, os familiares se veem sobrecarregadas de tarefas, e cuidar da pessoa com transtorno mental torna-se um trabalho exaustivo – um fardo. Certamente que o familiar, muitas vezes, deve abrir mão de algumas prioridades em sua vida, para se dedicar ao tratamento, porém trata-se de cumprir com sua responsabilidade, desde que estejam preparados. É o Estado que deve se encarregar disso, oferecendo meios para a realização de trabalhos terapêuticos familiares no Sistema Único de Saúde – SUS, como o aumento de repasse dos recursos.

Melman (2001) descreve, ainda, como fatores de exaustão familiar: a dependência financeira, cansaço emocional e físico, o cotidiano, os conflitos, os surtos, as relações sociais, enfatizando a vergonha, o preconceito e o afastamento de atividades sociais, por não frequentarem confraternizações, casamentos e aniversários, por exemplo.

O autor relata estudos que comprovam que a sobrecarga familiar tende a diminuir ao passar do tempo. Os profissionais de saúde em intervenção terapêutica devem entender esse processo de cansaço familiar e trabalharem para ajudar os familiares no convívio com seu ente, sem culpabilizá-los. E o Estado tem o dever de garantir atendimento qualitativo, efetivar os direitos garantidos por lei. Contudo, há uma luta em garantir e manter a qualidade de vida, liberdade e autonomia à pessoa com transtorno mental após a alta hospitalar, é necessário um atendimento referência nos serviços extra-hospitalares, como em nível ambulatorial.

Os Hospitais Psiquiátricos, mesmo referência, não devem ser “um lar” para a pessoa com transtorno mental, seu processo no tratamento inicia-se após a alta, recebendo um atendimento na perspectiva de estabilização da patologia.

Como citamos anteriormente, há uma exclusão familiar e social da pessoa com transtorno mental. Essas pessoas são afastadas de atividades sociais, mantidas em casa, muitas vezes pela família, que têm vergonha e preconceito da situação de doença manifesta. Uma vez que a pessoa com transtorno mental é afastado de relações sociais, alimenta-se a exclusão e o preconceito, como se a pessoa com transtorno mental fosse um “perigo” para a sociedade.

Melman (2001) nos explica acerca da rede de relações sociais:

Os limites da rede de relações sociais que sustentam uma pessoa na sociedade não se restringem à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais significativos do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, vínculos na comunidade, vínculos coletivos, sociais e políticos (2001, pg. 86).

Durante o tratamento, em caso de estabilização da doença, é muito importante que o paciente seja estimulado em participar de atividades sociais, estar em meio às pessoas, estudar, praticar esportes, enfim ser e sentir-se útil para viver e enfrentar seus medos e dificuldades. Notamos, acerca do nosso estudo, que esse processo de tratamento é extenso e envolve fatores determinantes para seu sucesso. É obrigação do Estado, garantir recursos financeiros; bons profissionais trabalhando na área de saúde mental comprometidos com a profissão e a efetivação de direitos; parceria significativa com os familiares da pessoa com transtorno mental. É um ciclo de atendimento, que, quando seguido, proporciona qualidade de vida, ânimo e autonomia à pessoa com transtorno mental.

Nos Hospitais Psiquiátricos, Centros de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde, a equipe multiprofissional pode realizar, com os pacientes e suas respectivas famílias, um trabalho inicial de acolhida, escutas qualificadas, orientações, visitas domiciliares, para, enfim, propor um trabalho de efetivação dos direitos ao paciente. Desse modo, mantém-se um atendimento de forma contínua, através da Rede de Atenção Psicossocial, sob a perspectiva da melhoria da qualidade de vida e preservação de vínculos familiares e sociais. Isso pode acontecer por meio de projetos em conjunto com a equipe multiprofissional das instituições da Rede de Atenção Psicossocial, que é composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos psiquiatras, para que possam trabalhar as especificidades de cada situação vivenciada pelo paciente e seu familiar.

Como exposto na lei 10.216, em seu art. 2º, são direitos da pessoa com transtorno mental:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - 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;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Nessa perspectiva de efetivação de direitos, os profissionais e, principalmente, os profissionais de Serviço Social devem trabalhar com os familiares e pacientes, atendendo às principais demandas apresentadas pelo paciente em momento de acolhida e escuta qualificada. Deve viabilizar direitos; fortalecer os vínculos familiares, inserindo essas famílias no tratamento. O assistente social tem conhecimento teórico metodológico para o cumprimento desse dever e constrói, então, respostas profissionais sustentáveis, visando à transformação da realidade de cada paciente.

Como afirma Bisneto (pg. 165, 2009),

O compromisso do assistente social com o usuário passa a ser formalmente da instituição com o cliente. O Serviço Social está na organização institucional psiquiátrica, de acordo com a realidade encontrada, para resolver problemas que possam prejudicar o tratamento mental e não para reivindicar os direitos sociais sem relação direta com o transtorno mental. Cabe ao Serviço Social o esforço de mostrar que existem relações entre os problemas sociais e os problemas mentais, explicitando as mediações entre uns e outros.

Desse modo, o autor revela que é preciso um grande esforço da categoria profissional para garantir que os direitos da pessoa com transtorno mental sejam efetivados. É dever do assistente social manter seu compromisso na defesa intransigente dos direitos da pessoa com transtorno mental, como está pautado no

Código de Ética Profissional, no art. 4º dos onze princípios fundamentais da profissão.

#### **4.2 O Trabalho Intersetorial, uma Perspectiva de Aprimorar o Tratamento da Pessoa com Transtorno Mental**

A compreensão de saúde mental e transtorno mental possibilitou um conhecimento ampliado da humanidade e das relações sociais das quais, de alguma maneira, somos dependentes. Somos seres sociais, nos relacionamos, e necessitamos conviver em sociedade, para nos manter saudáveis, porém, em alguns casos, essas relações sociais provocam o adoecimento mental.

Essa compreensão possibilitou outro olhar para o campo de saúde mental e para as políticas públicas que trabalham essa temática. Ainda que sejam políticas focalizadas, com dificuldades em serem efetivadas de fato, têm como objetivo atender uma demanda que outrora ficou a mercê da própria sorte, além de ser submetida a violências, a tratamentos desumanos pelos hospitais psiquiátricos, os quais teriam o papel de cuidar e proteger essas pessoas, ainda que longe de suas famílias.

Existe uma grande necessidade em melhorar os atendimentos em saúde mental, as pessoas precisam de informações sobre seus direitos, precisam ter acesso a esses direitos, as famílias precisam ser preparadas para acolher seus membros, a sociedade também precisa ser preparada para receber essas pessoas, que sofrem por causa da doença, e ainda por serem estigmatizadas pela própria sociedade. Como pontua o gráfico a seguir, muito desses sujeitos ainda não conhecem que seus direitos estão assegurados em legislação. Cabe às equipes especializadas da rede de atenção psicossocial materializar esses direitos.

**GRÁFICO 23:** Pontua a falta de informação existente dentre as pessoas com transtorno mental sobre direitos:



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

A falta de conhecimento sobre essa legislação impossibilitam essas pessoas de usufruir de tais direitos e exercer sua cidadania, lutando por melhorias nas condições de sua saúde mental. Para efetivar tal tratamento, é necessário investir em prevenção da doença mental, fortalecendo as famílias, esses vínculos afetivos familiares, quando fortalecidos, são a forma mais saudável de prevenir doenças e transtornos mentais.

Outro aspecto relevante em relação ao trabalho com as famílias é o compromisso que as instituições de saúde devem ter com a qualidade dos serviços prestados aos seus pacientes, como, por exemplo, o compromisso que os profissionais da atenção primária possuem em promover a saúde pública preventiva, evitando que as pessoas venham a adoecer através da informação e de campanhas incentivando a saúde. Ou seja, de cuidar não somente do paciente, mas também de sua família, visando à prevenção, o diagnóstico precoce, ou problemas que surjam quando estas já se encontram fragilizadas diante de tal situação relacionada às patologias.

Nesse contexto, pontuam Abranches, Santos e Coimbra (1994, p. 17):

As famílias pobres dependem exclusivamente da assistência governamental e da benemerência privada. No caso, por exemplo, dos serviços médicos, diante da escassez de recursos e tempo e das dificuldades de acesso a que estão submetidas, acabam podendo a eles recorrer apenas em situação de doença manifesta. As famílias mais ricas, ao contrário, podem de destinar parte de suas rendas à obtenção, no mercado, de serviços de saúde de melhor qualidade, especialmente de natureza preventiva e, sobretudo, no acompanhamento do desenvolvimento físico e mental de suas crianças. A saúde acaba expressando a lógica global do despojamento: não há possibilidade de prevenção, a não ser nos casos de saúde pública – e

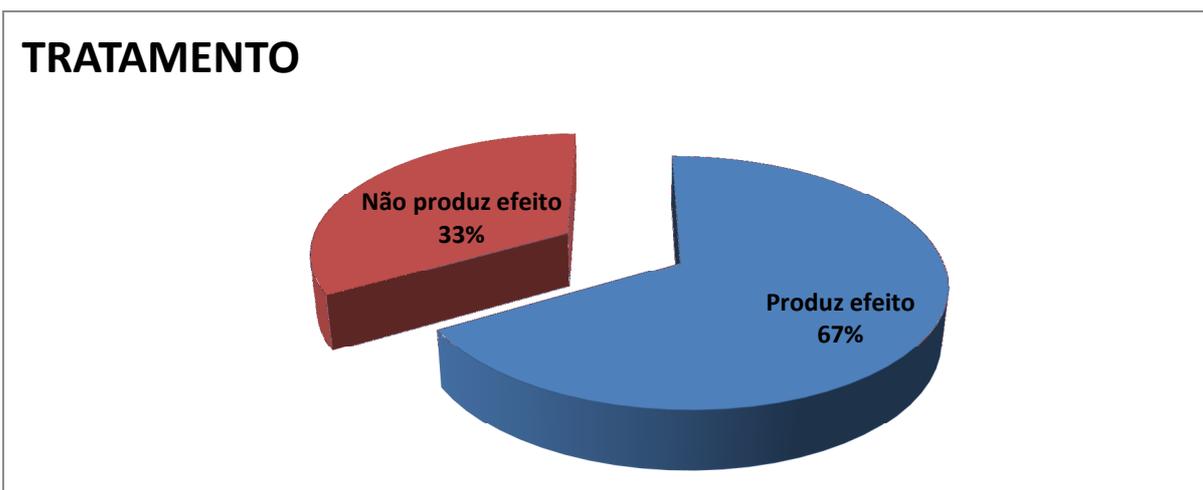
quando são eficientes – e é difícil o acesso aos bens e serviços essenciais à manutenção da vida.

Nessa perspectiva, os autores apresentam a falta de oferta de serviços de prevenção no âmbito da saúde pública, ou seja, somente pessoas mais favorecidas economicamente podem evitar as patologias; para a população sem condições financeiras o acesso à saúde no sentido de prevenção de doenças é precarizado. Trata-se de uma desigualdade advinda do modo de produção capitalista e distribuição desigual de riquezas

Queremos ressaltar o quanto e como essa problemática que precede do sistema neoliberalista que precariza, focaliza, e torna os serviços públicos pontuais e fragmentados, vem afetando o tratamento dessas pessoas com transtorno mental. Alguns desses problemas são: poucos profissionais para grandes demandas, recursos limitados para investir em funcionários, falta de medicação nas unidades de saúde, falta de investimento nos leitos psiquiátricos, falta de investimento nas residências terapêuticas para abrigar os sujeitos que estão sozinhos, falta de instituições para continuar o tratamento fora dos hospitais psiquiátricos, falta de investimento em capacitação para profissionais que trabalham nessa área, entre outros.

Todos esses são agravantes que prejudicam o tratamento das pessoas com transtornos mentais, e não somente a falta de preparo das famílias para cuidar de seus membros com transtorno. Essas, aliás, também são afetadas por esse sistema perverso, que manipula as relações e as ideologias das pessoas, alterando a convivência intrafamiliar, que, conseqüentemente, se manifesta em formas de expressões da questão social, alterando a vida cotidiana com as pessoas que sofrem por transtornos mentais. Como verifica-se no gráfico a seguir:

**GRÁFICO 24:** Demonstra que o tratamento adotado por algumas instituições não tem produzido impactos na vida dessas pessoas.



Fonte: Dados coletados pelas autoras, 2013.

Queremos ressaltar que, para que esse tratamento venha surtir efeito, e provocar grandes impactos na saúde mental dessas pessoas, é necessário investir em profissionais capacitados, podendo ser dentro das unidades básicas de saúde ou em um local separado, localizado em cada território com uma equipe mínima de atendimento básico. Essa equipe poderá atender às pessoas que possuem transtorno mental e deve ser composta por um médico psiquiatra, uma psicóloga, uma enfermeira, uma assistente social, uma agente de saúde, sendo que um desses profissionais deve ser plantonista.

Essa equipe ficaria responsável pela promoção, prevenção cuidados das pessoas com transtorno e seus familiares em seu território, efetivando, então, o direito dessas pessoas garantidos em lei em ter seu tratamento em qualquer momento e em qualquer território. Portanto, prevenir o aumento das demandas que de tratamento mental, como é a grande tendência no século XXI, é a melhor opção, uma vez que esta vem crescendo rapidamente com o advento da globalização e o inchaço populacional urbano.

Esses fatores sociais estão diretamente ligados à saúde mental, como a falta de recursos financeiros para manter a qualidade de vida e o bem-estar social, o crescimento da violência urbana, juntamente com a falta de segurança pública, o congestionamento, a redução do apoio social, a aceleração da vida cotidiana, tudo isso contribui para o crescimento do nível de stress. Esses fatores contaminam a vivência saudável do ser humano, comprometendo o equilíbrio social e emocional, podendo manifestar determinadas patologias decorrentes de transtorno mental.

Não podemos desconsiderar a existência de outros fatores que também podem ser relevantes para a manifestação das patologias, mas ainda estão ocultos ao olhar dos profissionais que trabalham na área de saúde mental. Porém, em um trabalho preventivo, que exige a intervenção profissional do Assistente Social, essas demandas podem se tornar claras devido à luz do Projeto Ético Político da Profissão, da leitura crítica da realidade, visto que esse profissional é formado acerca de uma postura ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, tornando-se dotado de conhecimento e com capacidade teleológica para transformar determinada realidade na qual é chamado a intervir.

## **5- O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE MENTAL**

A profissão de serviço social na contemporaneidade deve ser vista como trabalho. Temos heranças históricas do significado da profissão, porém esta vem se alterando. Antes, o serviço social era caritativo, hoje a profissão é técnica, tem uma formação teórica metodológica, técnica operativa e ética política, ou seja, o assistente social é formado com perfil crítico de realidade, conhecimento técnico e posicionamento político em favor dos usuários.

O assistente social, inserido em um campo profissional na saúde mental, é primordial no que tange a prevenção de doenças da mente, estabilização de patologias, fortalecimento de vínculos sociais e familiares, visando à melhoria da qualidade de vida, segundo a subjetividade e o modo de vivência de cada pessoa.

Quando falamos em serviço social como trabalho, devemos considerar que o profissional na saúde mental, assim como em todas as áreas de atuação, deve estabelecer um processo de trabalho. Isso é possível pelo conhecimento e as potencialidades que o assistente social adquire em sua formação na graduação e constantemente.

O processo de trabalho é realizado em longo prazo. Ao ser inserido em um Hospital Psiquiátrico, por exemplo, o assistente social deve conhecer qual a natureza da instituição. Desse modo, sua atuação é “recortada” à natureza institucional, ou seja, o profissional atuará acerca das demandas institucionais. Porém, há um compromisso ético com a profissão, que o remete a atuar além da

imediatividade, por isso o profissional reconhece, perfeitamente, as demandas sócio profissionais, utilizando da Rede Social (outros serviços, outras instituições) para dar respostas profissionais.

Para melhor entendimento, suponhamos o seguinte: um usuário com transtorno mental, em situação de internação em hospital psiquiátrico, após um trabalho do assistente social composto por aproximações sucessivas – atendimentos individuais, coletivos, visitas domiciliares; o profissional detecta uma demanda sócio profissional - que vai além da internação, precisando articular seu trabalho com a Rede Social, como um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), por exemplo, quando pensamos em uma demanda de péssimas condições de moradia e renda do paciente e familiar.

Após conhecer a natureza institucional, o assistente social faz uma leitura crítica de realidade, que deve ser permanente e constante no processo de trabalho, para conhecer a própria organização em sua natureza, a correlação de forças nela estabelecida, os limites institucionais. Em seguida, o assistente social estabelece na mente as respostas profissionais sustentáveis que quer construir acerca das demandas, ou seja, sua finalidade, a transformação de uma determinada realidade na vida do usuário. Além dessas atitudes, o profissional também utiliza de meios de trabalho no processo, para chegar a sua finalidade. Mais adiante, entenderemos melhor o processo de trabalho, os meios, e as transformações.

### **5.1- Trajetória Histórica do Serviço Social na Saúde Mental**

O serviço social possui um histórico na saúde mental, a profissão vem conquistando seu espaço nessa área ao longo desses anos. Segundo Vasconcelos (2000, pg. 142), na década de 30, surgem as primeiras escolas de serviço social brasileiras, que tinham a seguinte formação:

Disciplinas fortemente marcadas pelas abordagens e pela ação política do movimento de higiene mental, em relação ao qual o serviço social católico de aliou, numa relação de complementaridade, de tensão acerca de temas específicos, e de demarcação de áreas de competência.

A ideia de atuação profissional era voltada para resolução de problemas da infância, ou seja, adequar crianças desajustadas, que iam mal nos

estudos, que desobedeciam ou que eram malcriadas. Uma postura totalmente conservadora da qual o assistente social se utilizava no início da profissão. É notável, mediante essa descrição do autor, a referência aos saberes profissionais estarem ligados ao catolicismo, exercendo sua função higienista e conservadora.

O assistente social atuava acerca de atividades rotineiras, inferior ao saber médico, reduzindo-se a trabalhos burocráticos, de orientação em caráter de estruturar os desajustados, sem atuar sob a perspectiva de transformar realidades dos usuários e seus familiares. A intervenção dos profissionais de Serviço Social nesse período foi marcada com movimento de higiene mental, buscando melhorias nas condições dos hospitais, com trabalhos de profilaxia defensiva, como prevenção a doença mental. Esse movimento contribuiu para alteração da postura psiquiátrica da época, que canalizava seus estudos para sinais das doenças mentais.

A loucura nesse período era vista pela sociedade, no exterior dos hospitais psiquiátricos, como metáfora de desordem social. Nessa perspectiva, o Serviço Social sofre influências da teoria psiquiátrica norte-americana, preparando o paciente para a alta hospitalar, trabalhando os casos de forma individual. Ação tão diferente dos dias atuais, em que o profissional tem o compromisso de defender os direitos e empenha-se nas lutas contra o preconceito e a discriminação. Essa intervenção também está pautada na realidade desses sujeitos coletivos na atualidade, portanto o assistente social trabalha no intuito de preparar a família para receber esse ente após a alta médica.

As primeiras intervenções do Serviço Social na Saúde Mental segundo Vasconcelos (2001, p. 130) aconteceram em Centros de Orientação Infantil, identificando as “crianças problemáticas” em serviços Clínicos, através de diagnóstico, cortes psicanalíticos e trabalho com as famílias das crianças, sob a perspectiva de combater a neurose, sob concepção de higienizar a alma.

De acordo com Vasconcelos (2000, pg. 39), foi a partir de 1970 que o Serviço Social ganha êxito juntamente com a reforma psiquiátrica, cujo modelo de tratamento e internação sofre alterações em modelos nos hospitais psiquiátricos, com a proposta da desinstitucionalização.

Nesse mesmo período, o Serviço Social toma novos rumos revendo suas práticas profissionais, aproximando-se da teoria crítica de Marx e passa a ser introduzido como equipe mínima de saúde, conquistando seu espaço sócio ocupacional em comunidades terapêuticas, visando a um trabalho sob a perspectiva

do direito, da cidadania, da autonomia, do empoderamento da subjetividade, da interdisciplinaridade e transdisciplinariedade.

## **5.2- Desafios e Possibilidades na Execução do Trabalho do Serviço Social na Saúde Mental**

Com base no Código de Ética Profissional de Serviço Social, o assistente social deve defender a liberdade, os direitos humanos, a justiça social, combater os preconceitos e estigmas, promover a emancipação humana, dentre outros princípios descritos.

Acredita-se que a intervenção profissional no processo de desospitalização deve ser realizada, primeiramente, acerca da compreensão profissional do contexto e a dinâmica familiar, e, a partir desse conhecimento, pensar estratégias e propor ações para promoção e a emancipação da família e do paciente. Assim, serão fortalecidos os vínculos familiares fragilizados ou rompidos, esclarecendo a família de seus direitos e deveres sociais assegurados em lei, da importância do acolhimento e convívio familiar para o tratamento do usuário, como deve ser o posicionamento familiar frente às supostas crises, treinar a família para aceitar e compreender a doença mental, possibilitar à família uma capacitação para inserir seu membro na sociedade e propor a esse grupo uma nova forma de encarar os problemas de forma saudável.

Um dos desafios postos na atuação profissional do assistente social na saúde mental é a questão da dificuldade do trabalho em família. Isso nos remete a uma ideia de que, para romper com o estigma e o preconceito em relação à pessoa com transtorno mental, é preciso superar a falta de conhecimento das patologias, que, na maioria das vezes, resulta na exclusão e no preconceito intrafamiliar.

Nesse sentido, é preciso mobilizar e divulgar o conhecimento do que seria transtorno mental à sociedade contemporânea. Isso, sem sombra de dúvidas, traria bons resultados, porque as potencialidades da pessoa com transtorno mental seriam conhecidas. Se não há esse trabalho, as ações continuam como estão – pausadas e fragmentadas, por falta de conhecimento da sociedade com relação às patologias.

O outro desafio posto na atuação do assistente social na saúde mental é promover entre os profissionais da saúde – equipe técnica, uma visão fora do

“senso comum”, para que toda a equipe possa atender a família e o paciente na perspectiva de viabilização de direitos. Quando um profissional de outra área vê uma família simplesmente como “desinteressada” e o paciente como “culpado” por sua patologia, automaticamente os culpabilizam, realizando atendimentos que podem ir contra todo o processo de trabalho do assistente social, como nos afirma a assistente social A (2013) quando questionada acerca das dificuldades no trabalho em equipe:

Uma das maiores dificuldades é o enfrentamento do senso comum. Por ser uma equipe com a presença de diversos profissionais, com diversos olhares e saberes diferentes, a visão do senso comum é muito presente, portanto, é muito difícil quebrar essa visão do senso comum de culpabilização do indivíduo, e o serviço social é responsável por essa visão de desculpabilização, o que as outras profissões não possuem. O grande desafio é contribuir para que os outros membros da equipe não culpabilize a família. O assistente social tenta quebrar todos os paradigmas com a própria família para que fique claro que o indivíduo não adocece por que ele quer, e que ele não tem culpa dos fatos, ou ainda mostrar que muitas vezes a família não se envolve mais no tratamento, não por falta de interesse somente, mas pelo fato de que ela também é vítima de vulnerabilidade. Porém, nem sempre o restante da equipe, possui esse mesmo olhar das situações, e esse trabalho de quebra do senso comum, torna-se ainda mais complexo.

A profissional, em sua entrevista, demonstra as reais dificuldades em atuação multiprofissional, como o trabalho coletivo em grupo, com famílias, pela equipe multiprofissional, afirmando a dificuldade devido ao olhar de cada profissional, e coloca como um desafio desmistificar ideias do senso comum na equipe técnica multiprofissional. Para afirmar essa dificuldade do trabalho em equipe, a profissional B nos relata que:

O trabalho com famílias é desgastante, e às vezes os profissionais pegam “birra” porque a família não cuida da medicação, então a família é enxergada como culpada, eu tento amenizar, fazer com que os profissionais vejam que a família não seja culpada, nem vítima. Então a família é responsável e corresponsável no tratamento psiquiátrico.

Essas afirmações reais dadas por profissionais da área nos remete à confirmação do grande desafio do assistente social em trabalhar com a equipe, em construir respostas que venham a transformar a realidade da pessoa com transtorno mental, da sua família e seu entorno social.

Pontuamos, também, acerca dos limites institucionais, limites do trabalho em rede, múltiplas determinações que podem tornam a atuação do

assistente social um desafio. Muitas vezes, as instituições são providas de ideias conservadoras, mas o assistente social deve atuar nos limites, nas dificuldades, buscando, inclusive, transformar situações reais de dificuldade nas instituições, como a própria natureza institucional.

O assistente social consegue atuar, viabilizando diretos, por meio de conhecimento, ética, valores da profissão e visão crítica de realidade. Esse profissional é dotado de potencialidades para construir respostas profissionais visando transformação. O trabalho é possível, não há limites que não se quebrem no processo de trabalho do assistente social, quando esse profissional é embasado por conhecimento.

### **5.3- O Trabalho do Assistente Social sobre a Perspectiva de Inserir a Família no Tratamento Psiquiátrico**

A compreensão de saúde mental e transtorno mental possibilitou um conhecimento ampliado das relações sociais das, de alguma maneira, somos dependentes. Somos seres sociais, estabelecemos relações e necessitamos conviver em sociedade, para nos manter saudáveis. Entretanto, em alguns casos, essas relações sociais provocam o adoecimento mental.

Essa compreensão possibilitou outro olhar para o campo de saúde mental, para as políticas públicas que trabalham essa temática, para as estratégias de intervenção, todo trabalho voltado para o bem-estar da pessoa com transtorno mental. Ainda que sejam políticas focalizadas, com dificuldades em serem efetivadas de fato, têm como objetivo atender a uma demanda que outrora ficou a mercê da própria sorte, além de serem submetidos a violências, a tratamentos desumanos pelos hospitais psiquiátricos.

Ainda existe uma grande necessidade em melhorar os atendimentos em saúde mental, as pessoas precisam de informações sobre seus direitos, precisam ter acesso a esses direitos, as famílias precisam ser preparadas para acolher seus membros, a sociedade também precisa ser preparada para receber essas pessoas, que sofrem por causa da doença, e ainda sofrem por serem estigmatizadas pela própria sociedade. Acredita-se que é necessário investir em prevenção da doença mental, fortalecendo as famílias, esses vínculos afetivos

familiares quando fortalecidos, pois é a forma mais saudável de se prevenir doenças e transtornos mentais.

As organizações psiquiátricas, como campo sócio ocupacional do assistente social, remetem a uma intervenção profissional processual, visando transformação nas demandas apresentadas. O fortalecimento de vínculos é um trabalho constante, gradativo, demorado, não tem como falar em vínculos fortalecidos sem um contato mais próximo com famílias e pacientes. Trata-se de sucessivas aproximações, atendimentos, inserção em projetos familiares, dentre outras intervenções.

O trabalho do assistente Social em instituições psiquiátricas vai além da aparente realidade em fazer um elo entre a instituição e o paciente. O trabalho do assistente social passa a ser um trabalho árduo em lidar com situações universais. Ou seja, fatores econômicos, sociais, culturais e subjetivos que interferem no tratamento da pessoa com transtorno mental. Essa atuação profissional do Assistente Social ultrapassa a viabilização dos direitos dessas pessoas em manter de forma contínua seu tratamento.

Mediante essa necessidade de tornar a família cúmplice no tratamento psiquiátrico, podemos dizer que a primeira resposta a ser construída com essas famílias seria estabelecer relação de confiança entre instituição e familiar. Esse familiar precisa entender que esses profissionais estão na instituição para auxiliar a família no cuidado de seu ente e que podem ser solicitados sempre que houver dúvidas quanto aos procedimentos tomados.

Se houver essa relação entre famílias e profissionais, pode-se pensar em avançar um segundo grau na escala de respostas. Construir junto aos familiares um nível ampliado de entendimento acerca do transtorno mental. Isso pode ser possível por meio da aplicação de conteúdos explicativos sobre a doença, em linguagem simples, em que os familiares possam entender os transtornos como patologia, isto é, entender as reações, os efeitos, e como afetam a vida dessas pessoas, como estes se sentem, ainda que sejam afirmações abstratas.

Isso permitirá a ampliação e a introdução de novos valores intrafamiliares acerca dos transtornos mentais. Nesse contexto, encontra-se a desmistificação dos conceitos anteriores preconceituosos, que estavam enraizados no interior da família. Pode-se, assim, transformar esse pouco conhecimento conflituoso e surreal em novos olhares, novos saberes, aprofundando o

conhecimento dessas famílias sobre as situações corriqueiras que os envolvem cotidianamente. Essa segunda proposta produzirá maiores conhecimento para família perante essas dificuldades para que estas possam conviver e lidar com essas situações cotidianas que os tornam exaustivos.

A partir de então, trabalhar-se á com a reeducação conceitual intrafamiliar, para que esta entenda sua importância no tratamento psiquiátrico, seu novo papel, sua responsabilidade conforme a legislação, sua função perante a sociedade para com seus membros com transtorno mental, e, principalmente, que o aceite como membro que se encontra doente, não incapacitado de exercer seu papel de cidadão, nessa ou em qualquer outra sociedade.

Assim, consitui-se a responsabilidade do Assistente social na saúde mental: combater estigmas e quaisquer formas de preconceitos, compreender o contexto e a dinâmica familiar e, a partir do próprio contexto familiar, pensar estratégias, propor ações para promoção e a emancipação da família, inserir a Família no tratamento da pessoa com transtorno mental, fortalecer vínculos familiares fragilizados ou rompidos, esclarecer a família de seus direitos sociais assegurados em leis, esclarecer a importância do acolhimento e do convívio familiar para o tratamento da pessoa com transtorno, orientar a família de como deve ser seu posicionamento frente às supostas crises, trabalhá-la para aceitar e compreender a doença mental, possibilitar a ela orientações para conviver com seu membro na sociedade e propor a esse grupo familiar uma nova forma de encarar as patologias.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Consideramos que a família, órgão responsável por formar pessoas e valores, ainda não compreendeu sua real função e vem exercendo tal formação baseada em conhecimentos próprios, adquiridos com as experiências pessoais que variam de acordo com o que vem sendo imposto pelas conjunturas macroestruturais.

Desse modo, estas se encontram vulneráveis e desprovidas do conhecimento científico em como formar cidadãos.

Nesses aspectos, a família acolhe, mas também exclui o “diferente”, a família forma pessoas nos valores éticos positivos, mas também forma pessoas com valores éticos negativos; a família defende, mas também julga; a família ama, mas também odeia. Essas são as diversas contradições existentes no seio familiar e todas essas acontecem em um contexto histórico que precisa ser compreendido, para que estas relações, que interferem de forma negativamente na vida dos sujeitos, possam ser transformadas.

Mediante esse contexto familiar, detectamos, ao logo de nossas pesquisas, que a família, mesmo não entendendo os transtornos enquanto patologia de fato, ama seus membros com transtorno mental. Entretanto, o que torna difícil a convivência e o pré-conceito, que ainda é predominante no interior da família. Por esse motivo, a família exclui o diferente, aquela pessoa que a sociedade julga ser improdutiva ao trabalho ou incapaz de exercer suas funções pessoais e normativas por si própria.

Nesses moldes, queremos pontuar que a família sofre influências dentro dessa sociedade capitalista a ponto de querer internar seus membros com transtorno mental em um hospital psiquiátrico, por este não conseguir elaborar seu papel social com tanta facilidade como os demais. Porém, essa mesma família pode vir a ser influenciada, isto é, formada, capacitada para receber seu ente. Ainda mais, pode vir a se tornar especialista em cuidar dos seus entes. Para isso, basta que os níveis de informações cheguem com frequência no contexto familiar, para que possam repensar práticas e valores internos acerca dos transtornos mentais.

Portanto, ousamos dizer que a família não participa do tratamento psiquiátrico porque foi orientada durante toda a história social, desde a idade média, a colocar seu ente com transtorno, o “louco”, “insano”, “profano”, “errante” em hospitais porque este representava perigo para a sociedade, e, se a família se recusasse a interná-los, era cúmplice e se corrompia também. Portanto, a família tinha que colocá-los nessas instituições, se não quisessem ser excluídas pela sociedade por terem se misturado com os “loucos”.

A Reforma Psiquiátrica só aconteceu aproximadamente no final da década de 70 para o início da década de 80, e, para sermos mais exatas, a pessoa com transtorno mental só passou a ser reconhecida como pessoa de direitos a partir

de 2001, com a aprovação da lei 10.216, que dispõe dos direitos da pessoa com transtorno mental. Nessa lei, a família foi inserida como cúmplice no tratamento, devido à perspectiva de desinstitucionalização dessas pessoas, para que estas tenham direito em conviver em meio a sua família e socialmente, como qualquer outro cidadão, longe dos preconceitos e dos estigmas.

Nesse contexto, a família só foi chamada a ser corresponsável do tratamento após a Reforma Psiquiátrica. Portanto, estas não têm conhecimento que seu papel perante a saúde de seu ente mudou e que os hospitais não funcionam mais como instituição de acolhimento para pessoas com transtornos. Assim, as orientações precisam partir da atenção básica, por orientações e prevenções, para que a família entenda que o hospital psiquiátrico só deve ser recorrido em última instância, quando já estiver passado por todo o processo.

Outro fator que deve ser analisado é que existem outros meios, além da internação, como o tratamento nos CAPS e são estes que devem encaminhar para as internações. Em nossas entrevistas, não detectamos nenhum usuário que procura diretamente o CAPS, mas sim diretamente os hospitais psiquiátricos, como se a internação fosse o único meio de tratamento.

Pontuamos novamente que a Saúde mental na atenção básica, média ou de alta complexidade, tem o dever de promover saúde. Todavia, esse trabalho de promoção da saúde mental não vem sendo executado, porque o trabalho de referência e contrarreferência não estão sendo materializados de fato, devido ao fluxo de atendimentos e demandas que a saúde mental vem atendendo nos últimos anos. Portanto, o trabalho não tem uma continuidade e os impactos que o tratamento precisa realizar na vida dos usuários dos serviços de saúde mental se restringe a um atendimento pontual e institucionalizado.

Outro ponto a ser considerado é a materialidade do trabalho em rede. Não foi possível identificar nas entrevistas a proposta de trabalho que a rede de atenção psicossocial tem na área da saúde mental e para inserir a família no tratamento psiquiátrico. Para que essas pessoas, de fato, possam ter um tratamento adequado em seus territórios diminuindo o índice de internações, aumentando o convívio comunitário e familiar dessas pessoas.

Neste sentido, a rede de atenção psicossocial, por não ter uma proposta clara e objetiva para materializar o tratamento das pessoas com transtorno mental, torna-se fragilizada, incapaz de produzir repostas efetivas e concretas que

materializem o tratamento dessas pessoas. Desse modo, a rede não encontra respostas para aprimorar esse tratamento, porque falta um objetivo claro, dos fatores que precisam melhorar urgentemente para a efetivação do direito das pessoas com transtorno mental. Também é papel do assistente social fortalecer essa rede, trazê-la para perto e torná-la aliada na efetivação do projeto ético político do Serviço Social, porque inserir a família no tratamento psiquiátrico é uma resposta profissional que precisa ser construída coletivamente por todas as instituições.

Por meio do presente estudo, devido à sobrecarga e o grande fluxo de demandas que a atenção básica possui, identificamos a necessidade de inserir uma equipe especializada nos territórios para atender a essas demandas específicas de saúde mental e trabalhar o entorno familiar, visando à materialização do direito que estas possuem em manter um tratamento contínuo e efetivo em seu território após a alta médica. Assim, efetiva-se mais que um dos direitos da pessoa com transtorno mental, que é a prevenção, evitando sucessivas internações, com o direito de manter um tratamento contínuo e introdutório dessa pessoa com transtorno mental em meio à sociedade.

Mediante todo esse cenário psicossocial contemporâneo, a pessoa com transtorno mental continua vivenciando discriminações e preconceitos, agora com novas formas, novas roupagens, quando os órgãos responsáveis por essas pessoas negam o tratamento adequado nos hospitais, quando não oferecem um tratamento terapêutico e preventivo em seu território e/ou por não terem acesso ao seu tratamento em seu próprio território. Nesses caos, além de sofrer discriminações no meio familiar, devido à falta de instrução familiar para lidar com a patologia, ainda sofrem preconceito da sociedade, quando querem retirá-los de seu exercício de cidadãos, institucionalizando-os.

Dessa forma, as demandas do assistente social na saúde mental são complexas, pois elas se baseiam na efetivação do tratamento das pessoas com transtornos mentais. Conforme descreve o código de ética profissional (2011), o Assistente social precisa defender de forma intransigente os direitos humanos.

Portanto, inserir a família no tratamento psiquiátrico efetiva direito em manter a continuidade do tratamento. O assistente social fica incumbido de trabalhar para inserir essa família no tratamento, portanto torna-se demanda para o assistente social, no intuito de defender esses direitos, emancipar esses indivíduos e seus

familiares, para que estes também possam lutar por seus direitos, eliminar as formas de discriminação e preconceito intrafamiliar e extrafamiliar.

Mesmo sendo um profissional que também enfrenta desafios para materializar seu trabalho dentro dessas instituições, com a própria equipe de trabalho, encontra dificuldades para materializar o projeto ético político com os usuários do serviço social, e em materializar um trabalho em rede. Porém, o assistente social é formado para trabalhar nos limites. Nesse sentido, esse profissional é capacitado para trabalhar em meio aos desafios e superar limites. Por esse motivo, tem um compromisso na defesa da sociedade. No presente estudo, as pessoas com transtorno mental, por “supostamente” estarem “doente” não podem produzir lucro, então são consideradas improdutivas e acabam sendo excluídas pela própria sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, S.H. ; SANTOS, G. ; COIMBRA, M.A. **Política Social: Combate à Pobreza, 4 ° Ed.** Brasil: Jorge Zahar Editor (I.Z.E.), 1994.

\_\_\_\_\_. ALMA-ATA, Declaração, **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde.** URSS, 6-12 de setembro de 1978.

AMARANTE, Paulo (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil,** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

ANDREOTTI, Cristiane Santos, **O Profissional Perante os Desafios do Sistema,** FAPEPE UNIESP de Presidente Prudente, 2011.

AURÉLIO, Minidicionário da Língua Portuguesa, **Mini Aurélio Século XXI Escolar**. 4ª Edição Revista e Ampliada do Minidicionário Aurélio. Edição especial para FNDE/PNLD, 2001.

BALLONE, Geraldo José - **O que são Transtornos Mentais** - in. PsigWeb, Internet, disponível em [www.psigweb.med.br](http://www.psigweb.med.br), 2008. Em <http://www.psigweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=230>. Último acesso em 02 de maio de 2013.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**, 2 edição. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. CFESS, **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. – 9. Ed. rev. e atual. – [Brasília]: conselho Federal de Serviço Social, [2011].

COBB, Prof. Henry V. / MITTLER, Prof. Peter. **Diferenças Significativas Entre Deficiência e Doença Mental**. Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa, 2005. Disponível em <  
[COHEN, Claudio / SEGRE, Marco / FERRAZ, Flávio Carvalho. \*\*Saúde Mental, Crime e Justiça\*\*. \(Organizadores\). – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, - 2. ed. rev. e atual., 2006.](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDQQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.inr.pt%2Fdownload.php%3Ffilename%3D54%2B%2BDiferen%25E7as%2Bsignificativas%2Bentre%2Bdefici%25EAncia%2Bmental%2Be%2Bdoen%25E7a%2Bmental%26file%3D%252Fuploads%252Fdocs%252FEdicoes%252FFolhetos%252FFolheto054.pdf&ei=gsNfUqD3loXQ8wSv9IHw&usq=A FQjCNE098sguJ82uUBBR94VJjDJUHGcw&sig2=f95h5WjwCdUIFK1uprzMSQ></a><br/>Último acesso em 17 de outubro de 2013.</p>
</div>
<div data-bbox=)

COLVERO, Luciana de Almeida<sup>1</sup>; IDE, Cilene Aparecida costardi<sup>2</sup>; ROLIM, Marli Alves<sup>3</sup>. **Família e Doença Mental: a difícil convivência com a diferença**. Revista Esc. Enfrem. USP, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>. Último acesso em 03 de outubro de 2013.

FILHO, Claudio Bertolli. **História da Saúde Pública no Brasil**, 4ª ed. 11ª impressão. São Paulo: Editora Ática, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. São Paulo: 2004. 551 p. (Coleção estudos ; 61), 2004.

FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. **Políticas de saúde mental do Brasil**, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Rev. esc. enferm. USP vol.43 no. 2. São Paulo. Junho 2009. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200001)> Último acesso em 22 de outubro de 2013.

KALOUSTIAN, Silvio Manoug. **Família Brasileira, a Base de Tudo/** Silvio Manoug Kaloustian (organizador). – 10. ed. – São Paulo : Cortez; Brasília, DF : UNICEF, 2011.

\_\_\_\_\_. LEI, **10.216 de 04 de Junho de 2001**. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf>>. Último acesso em 04 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. LEI, **3.088 de 23 de Dezembro de 2011**. Disponível em <[http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/infanciahome\\_c/dr\\_drogacao/dr\\_legislacao\\_drogacao/Federal\\_Drogacao/Portaria%20n%C2%BA%203088-2011%20-%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf](http://www.mp.sp.gov.br/portal/page/portal/infanciahome_c/dr_drogacao/dr_legislacao_drogacao/Federal_Drogacao/Portaria%20n%C2%BA%203088-2011%20-%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.pdf)> Último acesso em 04 de maio de 2013.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

OLIVEIRA, Naiara Hakime Dutra. **Recomeçar: Família, Filhos e Desafios [online]**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. Available from SciELO Books. Disponível em <<http://books.scielo.org/id/965tk/pdf/oliveira-9788579830365-03.pdf>> Último acesso em 06 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. OMS, Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a saúde no Mundo 2001, Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**. Organização Mundial da

PEREIRA, João Frayze. **O que é Loucura**. Coleção 73 Primeiros Passos. ed. 3ª Editora Brasiliense, 1984. Disponível em <[http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo\\_2068/0FPCHPYXWS.pdf](http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_2068/0FPCHPYXWS.pdf)> Último acesso em 04 de agosto de 2013.

PETRINI, J. Carlos, Alcântara, MIRIÃ A. Ramos, MOREIRA, Lúcia, V. de Campos. **Família na Contemporaneidade: uma análise Conceitual**. Doutor em Ciências, 2009.

SANTOS, Thais Carvalho. **A Importância da Família na Qualidade de Vida das Pessoas com Doença Mental**. Disponível em <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/%20ETIC/article/viewFile/2195/2343>, Último acesso em 03 de outubro de 2013. Saúde, 2001. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>> Último acesso em 11 de julho de 2013.

\_\_\_\_\_. SAÚDE, Ministério da Saúde, **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. Brasília, novembro de 2005. Disponível em

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf) Último acesso em 03 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. SAÚDE, Secretaria da Saúde. **Definição de Saúde Mental**. Secretaria de Saúde do Paraná Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059> . Último acesso em 14/04/2013.

SCLIAR, Moacyr. 1937 – **Do Mágico ao Social : Trajetória da Saúde Pública / Moacyr Scliar**. – 2ª ed. – São Paulo : Editora Senac São Paulo, 2005.

SILVA, A.P.R.R; PETERSKIH, A.R; BASILE, G.C; CARVALHO, L.B; SANTOS, R.M.A; BONFANTI,T.D. RAHIN, M.A. (orientador) **Os paradigmas do processo socio-histórico do sujeito institucionalizado no movimento anti-manicomial do município de Santos/SP, 2008**. Estudos Orientados, Curso de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas, UNIP - Universidade Paulista. Santos – Rangel, 2008. Disponível em < <http://porummundosemmanicomios.blogspot.com.br/2009/07/o-processo-historico-da-loucura.html>> Último acesso em 16 de julho de 2013.

SILVA, Jessica C. Medeiros, **Famílias: demandas para o Serviço Social**. Aluna discente do Curso de Serviço Social das Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo. – Presidente Prudente/SP  
Sociais, (PUC/SP), Doutora em Saúde Coletiva, (UFBa), Doutora em Psicologia, (USP)

VASCONCELOS, Eduardo Mourão- (org), **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez Editora, 2000.

WIDMAN, Maria A. Pagliarini, JOUCLAS, Vanda Maria Galvão, STEFANELLI, Maguida Costa, **Família e Doença Mental**. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.1, n.1/2, p.27-32, jan./dez.1999.



## ANEXOS

### 1- INSTRUMENTAL PARA PESQUISA DE CAMPO

Usuário

Data Entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DataNasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Mora Com: ( )Pai ( )Mãe ( )Irmãos ( )Filhos ( )Avós ( )Tios ( )Sozinho

( )Outros \_\_\_\_\_

Quantidade de Moradores na casa: \_\_\_\_\_ Tipo de Moradia: \_\_\_\_\_

Q. Pessoas trabalham \_\_\_\_\_ Beneficiário: ( )Sim ( )Não Remuneração: \_\_\_\_\_

1. Qual a visão que tem de si mesmo?

( )Capaz ( )Incapaz ( )Deficiente ( ) Doente ( )Não sabe ( )Outros

Por quê? \_\_\_\_\_

2. O que entende por transtorno mental?

\_\_\_\_\_

Respondeu  Não respondeu  Teve dificuldade para responder

3. Você faz algum tipo de tratamento médico:

Sim

Não

4. Que tipo de tratamento?

Psiquiátrico  Psicológico  Outros \_\_\_\_\_

5. Em qual Instituição você faz tratamento? \_\_\_\_\_

7 Toma Medicamentos:  Sim  Não

8 Quantos tipos de medicamentos? \_\_\_\_\_

9 É fornecido pela Saúde (SUS):  Sim  Não

10 Você classifica seu tratamento como sendo:

Ótimo  Bom  Regular  Ruim

Por quê? \_\_\_\_\_

11 Você encontra dificuldades no tratamento:

Sim  Não

12 Quais são as dificuldades? \_\_\_\_\_

13 Como é desenvolvido seu tratamento dentro das Instituições:

Individual  Grupal  Terapêutico

Outros \_\_\_\_\_

14 Você participa do tratamento (das atividades terapêuticas, por exemplo)?

Sempre  Às vezes  Nunca

Por quê? \_\_\_\_\_

15 Participar desse tipo de tratamento tem produzido resultados em sua vida?

Sim  Não

Por quê? \_\_\_\_\_

16 Você é bem atendido dentro da instituição:

Sempre  às vezes  Nunca foi bem atendido

Justifique sua resposta \_\_\_\_\_

17 Sugestões para melhorar seu tratamento:

\_\_\_\_\_

18 Tem algum conhecimento sobre a Rede de Atenção Psicossocial?

Sim  Não

19 O que você sabe sobre Rede de Atenção Psicossocial?

\_\_\_\_\_

### **Relações Família e Usuário**

20 Sua família apoia você no tratamento psiquiátrico:

Sim  Não

Justifique sua resposta: \_\_\_\_\_

21 Você é dependente de sua família:

Sim  Não

Em que sentido? \_\_\_\_\_

22 Você tem alterações de comportamento com frequência?

Sim  Não

23 Nesses casos sua família sabe a quem recorrer?

( ) Sim ( ) Não

24 A sua família participa das reuniões familiares na instituição?

( ) Sim ( ) Não

Justifique sua resposta \_\_\_\_\_

25 Sua família acompanha você no tratamento psiquiátrico:

( ) Sim ( ) Não

Justifique sua resposta \_\_\_\_\_

26 Você considera sua família importante no seu tratamento?

( ) Sim ( ) Não

Por quê? \_\_\_\_\_

27 Você encontra dificuldades na convivência familiar?

( ) Sim ( ) Não

Quais são as dificuldades? \_\_\_\_\_

28 Você considera a relação com sua família:

( ) Ótima ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim

Descreva essa relação \_\_\_\_\_

29 Você considera os cuidados que sua família tem com você:

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Justifique sua resposta \_\_\_\_\_

30 Existem brigas em sua família relacionadas ao transtorno?

( ) Sim ( ) Não

31 Você sofre preconceito dentro de sua família por causa do transtorno?

( ) Sim ( ) Não

Justifique sua resposta \_\_\_\_\_

32 Como você se sente em relação a sua família?

( )Feliz ( )Envergonhado ( )Com medo ( )Sozinho ( )Triste ( )Reprimido

33 O que espera de sua família em relação ao seu tratamento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

34 Uma palavra que para você define Família \_\_\_\_\_

## 2- INSTRUMENTAL PARA PESQUISA DE CAMPO

### Entrevista com a Família

Data Entrevista \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DataNasc: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

### Entrevista – Relações com o familiar com transtorno mental

1. Há quanto tempo você percebeu que em sua família havia uma pessoa com transtorno mental? \_\_\_\_\_

2. O que entende por transtorno mental? \_\_\_\_\_

( )Respondeu ( )Não respondeu ( )Teve dificuldade para responder ( )Não soube responder.

3. O que você acha sobre seu ente com transtorno?

( )Doente ( )Louco ( )sobrenatural ( )Capaz ( )Incapaz

( )Outras\_\_\_\_\_

4. Possui conhecimento a respeito da origem do transtorno mental?

( )Sim ( )Não

O que sabe sobre o transtorno mental?\_\_\_\_\_

5. Possui dificuldades para lidar com essa patologia?

( )Sim ( )Não

Quais são as dificuldades?\_\_\_\_\_

6. Seu ente tem crises com frequência?

( )Sim ( )Não

7. Em caso de crises a quem vocês recorrem:

( )UBS ( )Hospital Psiquiátrico ( ) CAPs ( )Polícia ( )Ambulância

( )Igreja ( )Outros

Realizam encaminhamentos? ( )Sim ( )Não

8. Como é a relação familiar?

( )Afeto ( )Desafeto ( )Medo ( )Dúvidas ( )Incerteza ( )Insegurança

( )Diálogo ( )Brigas ( )Outros

Relate essa relação?\_\_\_\_\_

9. Seu ente faz tratamento?

( )Sim ( )Não

Há quanto tempo?\_\_\_\_\_

10. Já esteve internado antes?

( )Sim ( )Não

Em qual Instituição\_\_\_\_\_

11. Já pensou em interná-lo definitivamente? Ou essa possibilidade está fora de cogitação?

( ) Sim ( ) Não

Porque? \_\_\_\_\_

12. Qual a visão que você tem sobre Hospital Psiquiátrico?

\_\_\_\_\_

13. Você conhece o trabalho do CAPs?

( ) Sim ( ) Não

14. Seu familiar é acompanhado pela UBS?

( ) Sim ( ) Não

Como é realizado esse trabalho?

\_\_\_\_\_

15. Você possui conhecimento a respeito do tratamento da pessoa com transtorno?

( ) Sim ( ) Não

16. Como você avalia o atendimento Institucional?

( ) Ótimo ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

Justifique sua resposta \_\_\_\_\_

17. Tem dificuldades para que ele receba o devido tratamento em rede?

(Exemplo em nível ambulatorial)

( ) Sim ( ) Não

Explique sua resposta \_\_\_\_\_

18. Você possui conhecimento a respeito dos direitos da pessoa com transtorno mental? (que existe uma lei que protege e assegura os direitos dessa pessoa em manter um tratamento contínuo)

( ) Sim ( ) Não

19. Você participa do tratamento, reuniões familiares, programas e projetos que são oferecidos pela instituição?

( ) Sim ( ) Não

Justifique sua resposta \_\_\_\_\_

20. Em sua opinião, o envolvimento familiar é importante no tratamento psiquiátrico da pessoa com transtorno mental?

( ) Sim ( ) Não

Justifique sua resposta \_\_\_\_\_

21. Você acessa os serviços públicos de saúde com facilidade após a alta do Hospital Psiquiátrico (em casos de internações anteriores, se houver)?

( ) Sim ( ) Não Como? \_\_\_\_\_

22. Como é em relação aos medicamentos, seu familiar toma os remédios nos respectivos horários, ou possuem resistência em tomar os remédios?

23. A instituição tem encaminhado seu ente para outros serviços da rede de saúde mental?

( ) Sim ( ) Não

24. O Serviço Estratégia da Saúde da Família faz acompanhamento com sua família nos cuidados com o membro?

( ) Sim ( ) Não

Como é esse trabalho?

( ) Preventivo ( ) Com orientações ( ) com encaminhamentos

### 3- INSTRUMENTAL PARA PESQUISA DE CAMPO

Entrevista com o Profissional

Data Entrevista \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data/Admissão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

1. Como é o trabalho do Assistente Social na Instituição? Descreva as demandas institucionais e Sócio-profissionais?

---

---

---

---

2. Como é a atuação do Assistente Social como membro de uma equipe multidisciplinar?

---

---

---

3. Existem dificuldades no trabalho em equipe?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Quais? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Em sua opinião, porque existe dificuldade para materializar um trabalho em equipe mesmo sendo interdisciplinar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Como é o trabalho multidisciplinar realizado com as pessoas com transtorno mental na instituição?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Você consegue visualizar os impactos causados pelo trabalho multiprofissional?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Quais são esses impactos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. O Assistente social desenvolve algum tipo de trabalho com as pessoas com transtorno mental?

( ) Sim ( ) Não

Como é esse trabalho?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Quais são os resultados que esse trabalho vem produzindo na vida desses usuários?

---

---

---

9. O Assistente Social enfrenta muitos desafios perante esse trabalho com os usuários?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Quais? \_\_\_\_\_

10. Existe na instituição um trabalho para inserir as famílias dos pacientes no tratamento psiquiátrico?

( ) Sim ( ) Não

Como é realizado?

---

---

---

11. Esse trabalho tem produzido impactos no tratamento?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Quais?

---

---

---

12. A equipe encontra dificuldades para trabalhar com as famílias?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Quais?

---

---

---

13. Existe um trabalho de referência e contra-referência com as instituições que compõem a Rede de Atenção Psicossocial?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Como acontece esse trabalho em rede?

---

---

---

14. A instituição encontra desafios para materializar esse trabalho em rede?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Quais?

---

---

---

15. Já obtiveram resultados?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Quais?

---

---

---

16. Você possui conhecimento do desenho das instituições da Rede de Atenção Psicossocial que existe na região de Presidente Prudente, que podem ser acionadas para o tratamento da pessoa com transtorno mental?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Quais são essas instituições?

---

---

---

17. Existe um relacionamento entre esta instituição com as outras instituições que compõem a Rede de Atenção Psicossocial na efetivação do tratamento à pessoa com transtorno mental?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Como acontece esse relacionamento? Quais são essas instituições?

---

---

---

18. Existem dificuldades que são perceptíveis entre os usuários e a relação com sua família?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Estas afetam o tratamento?

---

---

19. A família é importante no tratamento psiquiátrico?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

Por quê?

---

---