



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCEG  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO - UAD  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

OS SENTIDOS E VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DE SAÚDE  
MENTAL

BELIZA BASILIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

SOUSA-PB  
2015

BELIZA BASILIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

OS SENTIDOS E VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA SAÚDE  
MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Ms. Luan Gomes dos Santos de Oliveira

SOUSA-PB

2015

BELIZA BASILIO RODRIGUES DE OLIVEIRA

OS SENTIDOS E VIVÊNCIAS DA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA SAÚDE  
MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Serviço Social da Universidade Federal de  
Campina Grande, como requisito a obtenção do  
título de Bacharel em Serviço Social.

Sousa-PB, 2015.

DATA DE APROVAÇÃO: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_.

---

Prof. Ms. Luan Gomes dos Santos de Oliveira (Orientador)

---

Prof. Ms. Maria da Conceição Silva Felix (Membro)

---

Assistente Social – Tercina Queiroga de Oliveira (Membro)

---

(Suplente)

*“Dedico este trabalho a meu esposo e ao meu filho por terem caminhado junto a mim, e a minha mãe pelo incentivo e contribuições. Grata!”*

*Agradeço primeiramente ao Deus todo poderoso, que em toda sua grandeza me fez renascer diante das dificuldades, tornando-me cada vez mais forte e determinada para lutar por todos os meus ideais.*

*Agradeço de forma excessiva ao meu pai, a quem atribuo todos os meus valores morais e a minha integridade. Mesmo não estando presente fisicamente és, sem nenhuma dúvida, meu refugio e minha inspiração para querer sempre mais da vida. Aonde cheguei e para onde estou indo, hoje e sempre, será em prol dos seus ensinamentos!*

*Agradeço de forma grandiosa a minha mãe, a mulher que dedica todos os seus dias a mim e ao meu filho, contribuindo efetivamente para que eu chegasse até essa reta final. Sou grata pela sua presença constante em meus dias, orientando-me, dando-me segurança, conforto e carinho. Todo caminho percorrido se torna mais fácil com ela ao meu lado.*

*Agradeço aos meus irmãos, que sempre me apoiaram e apóiam em todas as minhas decisões, incentivando-me a traçar o caminho do sucesso, e da realização. Eles são meu alento!*

*Agradeço ao meu filho, que me possibilitou conhecer a dádiva de amar uma pessoa além de nós mesmos, e com todo este amor me tornou uma pessoa mais humana, serena, e certamente mais feliz.*

*Agradeço ao meu esposo e grande amor pela paciência, cumplicidade e confiança. Sem seus carinhos e conselhos a caminhada seria árdua, e por que não dizer interminável?*

*Agradeço aos meus tios, primos, sobrinhos, avós, cunhadas, sogros, vizinhos e a toda minha família que acreditaram no meu sonho e torceram para que eu conseguisse alcançá-lo*

*Agradeço as minhas amigas de universidade, Fabiana Gomes, Maria Djanete, Maria Rayssa, Camila Tavares, Daniely Oliveira e todas as outras pelo convívio diário, pelos estudos e trabalhos realizados em conjunto, pelas dificuldades enfrentadas, e pelas atribuições ofertadas. Vocês são inesquecíveis!*

*Agradeço a todos os mestres que passaram na minha vida acadêmica, dividindo ensinamentos e experiências, norteando para o caminho da ética e da sabedoria, sem eles jamais chegaria até aqui. Muito obrigada!*

*Agradeço aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial João Paulo II que me receberam de braços abertos durante meu estágio supervisionado I e II, em especial à minha orientadora de campo, a assistente social Tercina Queiroga que me acolheu e de forma paciente me inseriu em seu cotidiano profissional.*

*Agradeço ao meu orientador Luan Gomes, pela atenção e ensinamentos, pela ética em que conduz o seu trabalho, sempre refletidos na humildade e calma. Obrigada por acreditar no meu esforço!*

*Agradeço a Universidade Federal de Campina Grande, campus de Sousa pela oportunidade, em especial à Maria da Conceição Felix, atual coordenadora do curso de Serviço Social dessa instituição, a qual se dedicou de forma incansável ao*

*andamento do curso, sempre nos direcionando de maneira amigável e compreensível.*

*Agradeço a todos que contribuíram com minha formação! Serei eternamente grata á vocês!*

**OBRIGADA!!!**

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.*

*(Marthin Luther King)*

## RESUMO

A pesquisa aborda uma análise acerca da doença mental, sua trajetória, desafios e anseios. Desta forma, sinalizaremos a importância da família neste contexto, identificando a percepção da mesma sobre o cuidado com a pessoa em sofrimento psíquico, o processo de aceitação da família com o usuário, analisando os sentidos e vivências do sofrimento psíquico intrafamiliar. Tendo em vista as dificuldades que estas pessoas encontram para se sociabilizar em meio a um contexto histórico fundado e percorrido até os dias atuais de forma estigmatizada, buscaremos compreender as circunstâncias em que isso se fundou, e as causas que as fazem perpetuar até os dias atuais, após tantos avanços sobre o assunto. A metodologia utilizada foi pesquisas bibliográficas de autores que direcionaram seus estudos sobre esta temática, como também pelas abordagens logoterapêuticas de Viktor Frankl.

**Palavras-chave:** Cuidado. Doença Mental. Família.



## **ABSTRACT**

The research addresses an analysis about the mental illness, its history, challenges and concerns. Thus, sinalizaremos the importance of family in this context, identifying the perception of the same on the care of the person living with mental disorders, family acceptance process with the user, analyzing the meanings and experiences of intra-family psychological distress. In view of the difficulties that these people meet to socialize amidst a historical context established and followed to the present day in a stigmatized way, seek to understand the circumstances in which it was founded, and the causes which do perpetuate to this day after so many advances on the subject. The methodology used was bibliographic research of authors who directed his studies on this subject, but also by logoterapêuticas approaches of Viktor Frankl.

**Keywords:** Watch. Mental Illness. Stigmatized. Family.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial para Infância e Adolescência

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e drogas

CECOS – Centros de Convivência

CERSAMs - Centros de Referência em Saúde Mental

EST – Estratégia Saúde da Família

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PTM – Portador de Transtorno Mental

RAPS – Redes de Atenção Psicossocial

SRT – Serviços Residência Terapêuticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPITULO I –O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: O RECONHECIMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL ENQUANTO SUJEITO.....</b>	<b>16</b>
1.1 Sobre a História da Loucura.....	16
1.2 Conceitos sobre Inclusão e Exclusão Social do Sujeito.....	19
1.3 O Sujeito enquanto Usuário .....	23
1.4 Os Sentidos do Cuidado na Saúde Mental.....	26
<b>CAPITULO II - A FAMÍLIA ENQUANTO AGENTE CUIDADOR NO PROCESSO DE SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>30</b>
2.1 A Convivência com o Sujeito Louco: Desafios da Aceitação.....	30
2.2 Cuidado e Família: O Reconhecimento da Cidadania do Louco.....	34
2.3 Os Aspectos Psicossociais do Cuidado na Saúde Mental.....	38
2.4 A Estratégia Saúde da Família.....	43
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>

## INTRODUÇÃO

Historicamente o discurso sobre saúde mental foi cenário de grandes questionamentos tanto no âmbito institucional, social, como também familiar. No que diz respeito às instituições, a Reforma Psiquiátrica veio constituir segundo Amarante (apud Cananéia, 2013) enquanto um processo histórico, de formulação crítica e prática, com o objetivo de definir estratégias, discutir e elaborar propostas de transformação do modelo tradicional de assistência psiquiátrica.

Yasui (2006, p. 22) explica a Reforma Psiquiátrica da seguinte forma:

A Reforma Psiquiátrica brasileira é um amplo campo heterogêneo composto por distintas dimensões. É, sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo. Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens, como movimento social, como uma articulação de atores da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades, assumindo seu lugar de interlocutor, exigindo do Estado a concretização de seus direitos. São ações que pressupõem verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais.

Romper com todo julgamento pré-destinado pela sociedade é de caráter ímpar para configurar um novo conceito sobre o assunto, modificando desta forma o saber social sobre a loucura, que antes era vista apenas como uma falha divina.

As interfaces da história da loucura são mudadas repentinamente conforme o cenário onde a mesma esta inserida. Nas sociedades pré-capitalistas, o enfermo era visto como responsabilidade apenas da família já que a doença era uma espécie condenação e injustiça divina, uma espécie de “castigo”.

Contudo, uma nova sociedade é construída, fundada pela economia e pela razão. “Com o novo ordenamento sócio-histórico que construiu a sociedade moderna burguesa, o louco e a loucura vão figurar como uma questão social, ao instigar os próprios princípios fundantes desta sociedade, sobretudo a razão e a autonomia humana.” (ROSA, 2011 p.28). Serão nestas condições que o “louco” passará a ganhar uma nova nomenclatura, e sua relação com a família também ganhará novos ares.

De acordo com Rosa (2011, p.52) “A psiquiatria estabelece as bases para intervenção pedagógica na família, tendo por suporte a moral ou argüindo em nome

da saúde humana e com a intenção de regular moralmente não só a família, mas a sociedade em geral”.

Objetivando a inclusão social do louco no meio social e também familiar, a reforma psiquiátrica é compreendida como grande avanço nestas discussões, tendo o Estado como seu regulador. Entretanto, em tempos de neoliberalismo, muitas vezes as atividades competentes à esfera estatal é transferida para a família, a qual por muitas vezes se sente desprotegida e desinformada.

A convivência com o sujeito louco passa a ser um fator permanente, em virtude da desinstitucionalização oferecida pelo novo modelo de assistência aos enfermos, exigindo um conhecimento mais explícito sobre a demanda que a doença oferece, e as atribuições que o cuidador deve conhecer. Em virtude destes quesitos, a família desempenha papel fundamental na condução do sujeito à sociedade.

Segundo Valle (2009) a família representa o espaço de socialização, de busca coletiva de estratégias de sobrevivência, local para o exercício da cidadania, possibilidade para o desenvolvimento individual e grupal de seus membros, independentemente dos arranjos apresentados ou das novas estruturas que vêm se formando.

As dificuldades inerentes ao assunto perpassam a contemporaneidade e sinalizam pontos cruciais para uma melhor percepção e entendimento do assunto, como forma de enfrentamento a uma sociedade estigmatizada. Como afirma Rosa (2011, p. 242): “A subjetividade é socialmente construída. Os ingredientes dessa construção são cimentadas pela cultura compartilhada pelos sujeitos inseridos em determinado lugar da estrutura social, em dada sociedade e tempo histórico.”

Segundo o conceito defendido pela reforma, a desinstitucionalização não se restringe à substituição do hospital por um aparato de cuidados externos envolvendo prioritariamente questões de caráter técnico-administrativo-assistencial como a aplicação de recursos na criação de serviços substitutivos. Envolve questões do campo jurídico-político e sociocultural. Exige que, de fato haja um deslocamento das práticas psiquiátricas para práticas de cuidado realizadas na comunidade. (GONÇALVES;SENA, 20011). Nesta análise, acentua-se à necessidade de que a Reforma Psiquiátrica não mude somente o modelo de medicalização e asilamento dos enfermos, mas mude consideravelmente também a prática, transformando positivamente os preceitos sobre o assunto.

Essa pesquisa se fundou a partir de inquietações vivenciadas em campo de estágio, no Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil da cidade Sousa-PB, ofertada pela disciplina de Estágio Supervisionado I e II. As leituras e experiências realizadas neste período criaram dúvidas sobre o assunto e despertaram a curiosidade de entender melhor a temática bem como compreender a participação da família neste cenário.

Estruturemos este trabalho monográfico em dois capítulos, os quais serão baseados em estudos bibliográficos. No primeiro capítulo realizaremos um breve percurso histórico sobre a história da loucura e seus avanços, bem como da Reforma Psiquiátrica. Ainda analisaremos como se dá o processo de inclusão e exclusão social do sujeito em sofrimento psíquico, o mesmo enquanto usuário e os sentidos no cuidado na saúde mental. O segundo capítulo é dado ênfase a família, os desafios da aceitação e da convivência com o sujeito louco, a busca pela cidadania, e por fim, os aspectos psicossociais do cuidado na saúde mental.

Sem dúvidas, a pesquisa é de ampla importância para o entendimento de um assunto tão amplo e atual, afinal, o transtorno mental se faz presente nas famílias e nas instituições, e com isso almejaremos uma ruptura com o estigma presente na sociedade.

## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O trabalho monográfico foi construído a partir de uma revisão de literatura em saúde mental, analisando as opiniões e discussões de muitos autores, dentre eles Lúcia Cristina dos Santos Rosa, Paulo Amarante, Ana Lúcia Machado, Juliana Reale Caçapava Rodolpho, Luciana de Almeida Colvero, entre outros. Também foram utilizados artigos científicos e revistas. Optou-se pela pesquisa bibliográfica para então compreender as dimensões e entraves da saúde mental, adquirindo, portanto conhecimentos teóricos sobre o assunto. Segundo Gil (2008) este tipo de pesquisa é desenvolvida com materiais já elaborados e de fontes seguras.

Para melhor compreender o assunto foi utilizado a abordagem da logoterapia, criada pelo psicólogo e psiquiatra Viktor Emil Frankl, onde o mesmo é ancorado na fenomenologia.

Segundo o próprio Frankl (1987), na obra "Em busca de Sentido", o termo "logos" é uma palavra grega, e significa "sentido"! A logoterapia, ou, como tem sido chamada por alguns autores, a "Terceira Escola Vienense de Psicoterapia", concentra-se no sentido da existência humana, bem como na busca da pessoa por este sentido. Para a logoterapia, a busca de sentido na vida da pessoa é a principal força motivadora no ser humano.

A logoterapia é uma análise existencial centrada no sentido da vida. É na busca por este sentido que se encontram dominantes para compreender a existência humana, e a partir daí encontrar formas positivas de enfrentar as dificuldades e romper com as neuroses.

A busca por este sentido muitas vezes pode causar frustrações, tensões, vazios existenciais, tédio. Não é fácil, afinal, também como existem os sentidos para a vida, existem os sentidos para sofrimento caracterizados por momentos difíceis, como perda, doenças incuráveis. Entretanto, a logoterapia procura ampliar a visão sobre a responsabilidade que cada indivíduo tem de si, sem conceitos prévios ou imposição de valores. Frankl (1987) declara essa responsabilização como fonte de sentido potencial na vida do sujeito, na medida em que quanto mais ele adentra no universo do outro, mais humano ele se torna em virtude dos sentimentos construtivos como amor, bondade, experimentando outro ser humano.

De acordo com a logoterapia, podemos descobrir este sentido na vida de três diferentes formas: "1 - criando um trabalho ou praticando um ato; 2 - experimentando

algo ou encontrando alguém; 3 - pela atitude que tomamos em relação ao sofrimento inevitável". (FRANKL, 1987, p.64)

Conclui-se que este estudo prioriza o enfrentamento das mais diversas problemáticas, em prol de um conhecimento amplo sobre os sentidos. Para tudo que acontece sempre existe uma razão, um fator contribuinte. Por isso, faz-se necessário uma análise de todos os agentes envolventes para uma possível superação, não pela "aceitação" minimamente falando, mais pela resiliência.



## **CAPITULO I – O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: O RECONHECIMENTO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL ENQUANTO SUJEITO.**

Neste capítulo teremos como fontes algumas pesquisas bibliográficas que desnudarão a história da loucura e como esta se estabeleceu na sociedade e na família. Mais à frente mostraremos em que contexto foi inserido a Reforma Psiquiátrica e os avanços e retrocessos que a mesma sinalizou para a doença mental. Seguimos abordando a Política de Saúde Mental e a inserção do sujeito enquanto usuário. Por fim, destacaremos o sentido do cuidado ao portador de sofrimento psíquico, enquadrando a sociedade e a família nestas circunstâncias.

### **1.1 Sobre a História da Loucura**

Na antiguidade, a doença mental era vista como resultante de causas naturais e possessões demoníacas. Pessoas alucinógenas eram domadas por outros seres e representava perigo á sociedade. Desta forma, as ideias delirantes e alucinações configuravam um ser irracional, e, portanto, louco. Todo esse contexto perpassa a Idade Media e a doença mental continuava a estar longe de ser um processo orgânico ou quem sabe até hereditário. O louco era tratado de forma brutal e desumana, muitas vezes mal tratados e eliminados do convívio social por meio dos manicômios. Ainda sobre a Idade Média onde o seu marco cultural era a Igreja Católica, a doença mental era sinalizada como algo predestinada, uma característica defeituosa imposta por uma “falha” divina, que rompia com toda normalidade imposta pela sociedade. Desta forma, as pessoas acometidas pelo transtorno mental eram conhecidas como “leprosários” e impossibilitados de se relacionarem com outras pessoas. A exclusão social dessas pessoas já era grande marca nestes cenários. (ROSA, 2011)

Foi necessário quase dois séculos para um novo fenômeno suceder a lepra: A loucura. Segundo Foucault (1972) loucura e o louco tornam-se personagens maiores em sua ambigüidade: ameaça e irrisão, vertiginoso desatino do mundo e medíocre ridículo dos homens.

Ainda sobre Loucura, Foucault (apud Camargo, 2004, p. 23):

Antes de mais nada, toda uma literatura de contos e moralidades. Sua origem, sem dúvida, é bem remota. Mas ao final da Idade Média, ela assume uma superfície considerável: longa série de "loucuras" que, estigmatizando como no passado vícios e defeitos, aproximam-nos todos não mais do orgulho, não mais da falta de caridade, não mais do esquecimento das virtudes cristãs, mas de uma espécie de grande desatino pelo qual, ao certo, ninguém é exatamente culpável mas que arrasta a todos numa complacência secreta. A denúncia da loucura torna-se a forma geral da crítica.

Para Foucault em sua obra "*A História da Loucura na Era Clássica*", o internamento no século XVII não estava ligado ao tratamento ou à cura, mas sim a um imperativo de trabalho com a finalidade de impedir a mendicância, a ociosidade e as desordens sociais nos períodos de crise econômica e social. Fora da crise, em momentos de pleno emprego e altos salários, a opção não é mais prender os sem trabalho, mas sim ocupá-los - enquanto presos (dentre eles, os loucos) - como mão-de-obra barata para garantir a prosperidade da sociedade liberal da época. (ANDRADE; ROSA, 2014)

A Revolução Industrial (século XVIII) veio sinalizar os pontos cruciais para a obtenção da força de trabalho, como a estrutura física e psicológica da pessoa. Contudo, os acomodados pelo sofrimento psíquico sinalizavam sua improdutividade e seriam incapazes de realizar trabalho por meio de suas forças.

Nessa visão o prestígio e o desprestígio social, a qualificação e a desqualificação dependem de estar no campo de trabalho e da especificidade que as pessoas exercem no trabalho, não considerando a realização pessoal que pode exercer, mas valorizando unicamente a produção. (MACHADO, COLVERO E RODOLPHO, 2013, p. 32)

No século XVIII, o doente mental era rotulado como louco e procedente no quadro de exclusão social, pois este era sinônimo de perigo e ameaça. Os primeiros hospitais psiquiátricos que surgiram foram no intuito de retirarem estas pessoas da rua, pois elas não poderiam contribuir socialmente e economicamente com nada. Como afirma Bastide (1965 apud ROSA, 2011, p. 45) "a loucura é, antes de tudo, uma forma de improdutividade".

Nas sociedades pré-capitalistas, o louco e a loucura eram questões remetidas à competência familiar. Na sua inexistência ou na sua impossibilidade de controlar o louco, tornando-se uma questão pública ou de deliberação do rei.(ROSA, 2003 apud SANTIN, KLAFKE, 2011, p. 149)

A loucura então passou a ser entendida como doença a mandato da psiquiatria e ganhou novos status na sociedade, desta forma eram os médicos que detinham de técnicas e meios para administrá-la. Desse modo, a pessoa com transtorno mental é restituída em sua integralidade e o foco da atenção dos profissionais de saúde mental se amplia para além dos sintomas e dos medicamentos, para outras dimensões sociais da vida, que engloba sua existência sofrimento (ROTELLI, 1990, apud ROSA; CAMPOS, 2012).

Para Amarante (1999) o manicômio psiquiátrico surge, mesmo antes de a Psiquiatria firmar-se enquanto especialidade médica, com o desenvolvimento do modelo capitalista. Com o capitalismo a doença se fortalece, torna-se fonte de lucros se consolida através do uso irrestrito de psicotrópicos, a partir das multinacionais farmacêuticas.

Segundo Alverga & Dimentein (2005) no registro histórico, legitimado por forças da sociedade, a psiquiatria enfatizou a doença em vez da pessoa que vivencia o sofrimento psíquico, criando uma imagem estigmatizada. De fato, o processo de inclusão-exclusão destas pessoas recebeu críticas desde a sua origem quando nem se sabia ao certo sobre o assunto, suas causas, diagnósticos, etc.

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica ocorreu em 1970, e que conforme análise de Borges "A história da reforma psiquiátrica esta sendo construída em longo prazo" (2003, p. 08). De fato, os caminhos a serem percorridos são extensos, pois as formas no modelo institucional e hospitaleiro obtiveram avanços quanto à forma de atender pessoas acometidas por transtorno mental, mistificando os termos exclusão/inclusão social, e alternando á pratica manicomial á pratica assistencialista, trazendo consigo um tratamento mais humanizado.

Em 1978, uma organização de trabalhadores inseridos no movimento sanitário, entre familiares e pessoas que feridas pelas violências asilares caracterizaram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

É, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005, p.7)

Conforme Amarante(2009) a Reforma Psiquiátrica não tem como objetivo a transformação no modelo assistencial, mas a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência.

## **1.2 Conceitos sobre Inclusão e Exclusão Social do Sujeito**

Para Scambler (2009), estigma é o desvio do “normal”, um processo social experienciado ou antecipado pela rejeição, culpa ou desvalorização, que resulta da experiência, percepção ou antecipação razoável de um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou um grupo.

Se pararmos para analisar o significado de cada uma dessas palavras, teremos: Inclusão - ação ou efeito de incluir; Exclusão - ação ou resultado de excluir ou excluir-se. Neste caso, poderíamos atribuir vários sinônimos a estas suas palavras para conceituar a vivência das pessoas em sofrimento psíquico. Inserir-los no meio social, não necessariamente seria ignorar as dificuldades que os mesmos carregam, mas sem dúvida era uma forma de compreender que eles possuem sentimentos, medos, desejos, enfim, possuem sensibilidades dignas de todo ser humano. Contudo, ignorá-los certamente prejudica o seu desenvolvimento e sua inserção seja no mercado de trabalho, seja na sua maneira de relacionar.

Essa forma de excluí-los pode ser formulada por um conceito prévio originado a partir de formulações ultrapassadas acerca do sofrimento mental. Desta forma, as pessoas por meio da sua cultura e das informações passadas de geração por geração tendem a automaticamente ignorar o sujeito. Desta forma, Rosa (2011) entende que “a subjetividade é socialmente construída. Os ingredientes dessa construção são cimentadas pela cultura compartilhada pelos sujeitos inseridos em determinado lugar na estrutura social, em dada sociedade e tempo histórico” (p.242)

Em Faleiros (apud Fonseca, 2004, p.95) “a pessoa doente tem uma concepção negativa de si mesmo, uma auto-estima muito diminuída, não se sente

boa o suficiente para amar e ser amada, desistindo, com o passar dos anos, de lutar”

São notáveis as dificuldades encontradas pelas pessoas acometidas por transtorno mental para se inserirem no convívio social. O pré-conceito expandiu na sociedade de tal maneira que impossibilitou estas pessoas a se relacionarem e poderem adquirir seu espaço. O estigma vivenciado pelas pessoas acometidas pelo transtorno mental é parte predominante no processo de exclusão e faz parte deste cenário desde a sua origem marcada pela loucura, quando o sujeito que vivencia o transtorno mental era impossibilitado de estar presente com outras pessoas, sendo maltratados, acorrentados e presos.

Para Goffman (1998) o estigma é um atributo profundamente depreciativo, diferencia o indivíduo, o qual passa a ser considerado uma pessoa diminuída. O autor justifica bem a complexidade da palavra e o quão ela pode afetar o sujeito, o tornando inferior às demais pessoas.

As pessoas em sofrimento mental possuem o estigma da incapacidade, da periculosidade social e da violência, levando à discriminação que, historicamente, resultou na segregação e na marginalização dos manicômios. (MACHADO; COLVERO; RODOLPHO, 2013, p. 52)

Excluí-los dos arredores das ruas e os tornando cada vez mais distantes do que entendemos como “normalidade” por não fazerem parte dos preceitos morais vigentes, sem dúvida é uma forma de contribuir negativamente com o problema, humilhando e ignorando cada vez mais o sujeito em todas as suas dimensões e afetando sua qualidade de vida.

Quando falo em dimensões, sinalizo aspectos que foram aprimorados por Machado; Colvero; Rodolpho (2013), quando as autoras direcionam pontos cruciais no que se referem ao conceito de inclusão e exclusão do sujeito com transtorno mental.

Como aspecto político, as autoras acima citadas acreditam que a sistematização nas políticas de saúde no Brasil contribuiu para a exclusão humana, econômica e social. Na atualidade, com a Reforma Psiquiátrica em curso, há redução de internações em manicômios e a criação e expansão de uma rede assistencial substitutiva. No entanto, em grande parte dos serviços dessa rede ainda

persiste a cultura manicomial, que prioriza a patologia, o estigma da incapacidade e da periculosidade. (MACHADO; COLVERO; RODOLPHO, 2013)

Tratando-se de aspectos relacionais:

O estigma é um dos fatores que podem dificultar as trocas sociais e a vinculação das pessoas em sofrimento psíquico na sociedade, pois ênfase na doença e na incapacidade leva a descrença do que é falado por pelas pessoas em sofrimento psíquico, excluindo-as do direito de expor sua opinião e de serem ouvidas (MACHADO, COLVERO, RODOLPHO, 2013, p.54)

Quando falamos em sentimentos, estamos falando na subjetividade do sujeito. Este é outro aspecto formulado pelas autoras quando discutem o processo de inclusão e exclusão das pessoas em sofrimento psíquico. No que diz respeito a exclusão, Machado; Colvero e Rodolpho (2013) apontam a desvalorização que essas pessoas ouvem durante sua vida, gerando baixo auto-estima e descrença no aprimoramento e na descoberta de capacidades. Já os sentimentos como felicidade, pertencimento, autonomia, auto-realização, cidadania, auto-estima e potencia são considerados os aspectos subjetivos na inclusão social.

A inclusão pode ocorrer por meio da arte, do trabalho, do esporte, e de várias formas, desde que estas funcionem como uma possibilidade de fortalecimento, de encontro entre pessoas, de pertencimento, de trocas de afeto e de construção de vínculos. (MACHADO; COLVERO; RODOLPHO, 2013, p.57)

As referidas autoras terminam seus apontamentos citando o aspecto materiais que contribui neste processo de inclusão e exclusão. Para elas é o trabalho. “Ele pode atuar como requisito básico para medir a produção de um povo, caracterizando como doente a pessoa não produtiva” (2013, p.58). Ainda sobre o trabalho, Machado, Colvero e Rodolpho (2013) acreditam que a competitividade quem seria uma fonte de exclusão na medida em que só havia espaço para os mais “fortes” dificultou as pessoas em sofrimento psíquico a se inserirem no processo de trabalho.

Na perspectiva dos conceitos da Reabilitação Psicossocial, a inclusão social pelo trabalho deve visar à produção de vida, e não apenas á acumulação de capital, ou seja, visa o trabalho como um processo complexo, levando a produção de sociabilidade, de

ampliação das possibilidades de escolhas, de combate ao estigma, de exercício da autonomia e da cidadania, respeitando as singularidades e os sofrimentos dos usuários. (KINKER, 1997, p. 25)

A Reforma Psiquiátrica veio propor uma nova rede de serviços mais solidária que garanta cidadania e respeito ao doente mental, sendo parte predominante no processo de inclusão social. Novas formas de pensar, saber e agir neste cenário é fonte imprescindível para sua fundação e formulação, desmistificando os conceitos prévios sobre o assunto.

Romper com a internação que sinaliza o processo de exclusão social, e oferecer uma atenção psicossocial capaz de promover a interação dos usuários com o meio social são critérios que gestam este novo cenário. Alguns avanços no combate ao estigma foram alcançados, especialmente naquelas situações onde programas promovem concretamente a inclusão social dos pacientes, como no caso das residências terapêuticas, projetos de geração de renda e as atividades culturais promovidas pela rede de serviços. (BRASIL, 2005)

De caráter social, político e econômico, a Reforma Psiquiátrica foi um marco neste contexto tendo em vista a desinstitucionalização como centralidade, buscando uma ruptura com a lógica manicomial, e buscando a interação com profissionais de saúde que viabilizem sua práxis neste âmbito.

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tomando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (GONÇALVES; SENA; 2001 p. 50)

Mais em até que ponto a reforma psiquiátrica pode ser considerada um modelo de inserção social do sujeito acometido por transtorno mental? Será que este processo que sinaliza reformas nos modelos institucionais, também visa reformular a prática com que o assunto é atribuído?

De acordo com Gonçalves, Sena (2001), as fragilidades nos sistemas de saúde impossibilitam a oferta de outro atendimento senão aquele centrado no leito hospitalar. Evidencia-se, também, a tendência dos órgãos formadores em manter a

doença mental como um fenômeno biológico ou um “desvio” sobre os quais o profissional sabe e pode intervir a despeito da singularidade e subjetividade do sujeito/doente mental, do sujeito/ família e do sujeito/comunidade. Também não são valorizadas as múltiplas determinações sociais, econômicas, políticas, culturais e religiosas, individuais e coletivas.

É nessas circunstâncias que podemos sinalizar as contradições decorrentes de todo processo em que a loucura foi desafiada a ser desmistificada. O que pode ou poderia ser mais adequado a este processo seria mudar a forma com que as pessoas pudessem ver a doença mental, ao invés de diminuir, estigmatizar ou excluir os loucos. Amarante (2009) afirma que a dimensão cultural do processo de Reforma Psiquiátrica, pode ser resumida da seguinte forma: o objetivo maior deste processo não é a transformação do modelo assistencial (que, como vimos, é um elemento apenas de uma de suas dimensões), mas a transformação do lugar social da loucura, da diferença e da divergência.

### **1.3 O Sujeito enquanto Usuário**

A Política de Saúde Mental formulada pela lei 10.216/02 em 6 de abril de 2001 que propõe os direitos e a proteção das pessoas acometidas por transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Sem dúvida alguma, a ratificação desta lei é uma grande vitória para todos aqueles profissionais da saúde, familiares, síndicos, que se mobilizaram desde a década de 1980 para romper definitivamente com as violências cometidas nos manicômios. Certamente, a reforma psiquiátrica contribuiu fortemente para essa premência.

Uma legislação em saúde mental de um país ou região, que defenda direitos dos portadores de transtorno mental, como o direito ao tratamento e à proteção contra a discriminação e marginalização econômica, pode ser considerada tanto como produto de uma política de saúde mental, como parte da estratégia para consolidação dessa política. Além da defesa dos direitos, a legislação pode dar conta da regulação do sistema de atendimento em saúde mental: seu



financiamento, credenciamento dos técnicos e serviços, padrões mínimos de qualidade etc.(MATEUS, 2013 p. 20)

O atendimento aos pacientes com transtornos mentais foi alvo de muitas críticas contra as instituições psiquiátricas durante muitos anos, sendo mediados pela isolamento física do usuário com o meio social e até mesmo da família. A forma com que os mesmos eram tratados eram desumanas, cruéis, violentas. Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações (AMARANTE, 2009).

Segundo Brasil (2005) 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.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. (BRASIL, 2005, p.9)

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

A Constituição Federal brasileira de 1988 em seu Art. 196 decreta aborda a política de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. Essa efetivação vem sendo direcionada pelo SUS.

A rede de atenção à saúde mental brasileira é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e

serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. São princípios do SUS o acesso universal público e gratuito às ações e serviços de saúde; a integralidade das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade da oferta de serviços, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; a descentralização político-administrativa, com direção única do sistema em cada esfera de governo; e o controle social das ações, exercido por Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, organizações da sociedade civil e instituições formadoras. (BRASIL, 2005, p.24 e 25)

Para dá outros rumos às práticas psiquiátricas fizeram-se necessário estimular o acesso do usuário ao meio social, de maneira a inseri-lo neste convívio. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial e que conseqüentemente concretizam as vertentes postas pela Reforma Psiquiátrica podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros (BRASIL, 2013).

Para Amarante (2006) o CAPS é o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental. Assim descreve “[...] que o cotidiano de um CAPS é o de pensar para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade, a sua complexidade”. (p. 107)

Os CAPS devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. De fato, o CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2005 p. 27)

Como fonte Brasil (2005) podemos destacar algumas atribuições destinadas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre elas:

- I - Prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos;
- II - Promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais;

III - 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;

IV - Organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.

Grandes desafios ainda transitam sobre estes avanços. Romper com a identidade de louco herdada desde a sua gênese sem dúvida é uma delas. A ausência de recursos, e a falta de capacitação de alguns profissionais também agravam a solidificação de uma reforma mais íntegra. O processo da Reforma Psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho. (BRASIL, 2005)

#### **1.4 Os Sentidos do Cuidado na Saúde Mental**

O transtorno mental surge como algo imprevisto no seio familiar. Nenhuma família cogita a possibilidade de ter que arcar com todas as responsabilidades e desafios que essa verdade resulta. Todo o casal tem a expectativa que seu filho esteja saudável, com plenas condições de crescer e tornar-se independente. Quando a família depara-se com o diagnóstico de deficiência mental acaba tendo que revisar antigos desejos, expectativas, planos e sonhos, para que novas prioridades sejam estabelecidas. (COLMAGO; BIASOLI; ALVES, 2003, apud SILVA, 2007, p. 13)

Certamente, assumir uma enfermidade estigmatiza socialmente não é uma missão acessível, “o que não significa que a família deva ocupar o lugar de culpada ou vítima. Nesta abordagem desinstitucionalizante, a família deverá ser incluída na condição de protagonista do cuidado reabilitador.” (COLVERO, et al, 2004, p. 21).

A mudança de cultura e de atitude perante a doença mental responsabiliza a família na prestação de cuidados ao doente psíquico, tal fato provoca muitas dificuldades, convocando a família a procurar apoios técnicos como educação, (in)formações, treino e suporte emocional. (SILVA, 2007)

A palavra cuidar relativamente nos proporciona compreender uma dualidade de sentimentos que existem por trás dela, geralmente pessoas que se dispõem a cuidar de algo ou alguém carregam consigo a dedicação, amor, e plenitude para

com o referido. “O cuidado antecede toda atitude e situação humana, caracterizando-se, portanto, enquanto um fenômeno ontológico-existencial, ou seja, o cuidado está na essência da existência humana, sendo inerente ao homem”. (BALLARIM, et al, 2010, p.446)

No que diz respeito ao cuidado na saúde mental, necessariamente o cuidar requer muito mais conhecimento, disponibilidade e acolhimento

[...] é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 2002 apud YASUI, 2006, p.110).

Evidentemente nos primórdios da saúde mental o cuidado não foi concretizado como deveria, e “a racionalidade que sustentou e legitimou o cuidar na psiquiatria criou instituições e práticas que são mais bem definidas como produtoras de práticas da violência.” (YASUI, 2006, p.109)

A Reforma Psiquiátrica veio romper com essa lógica e buscar a dignidade e direitos dos doentes, possibilitando novos saberes sobre o assunto, e contribuindo para a socialização do usuário. É neste sentido que se verifica a necessidade de um convívio afetivo para melhoria na qualidade de vida do sujeito. De acordo com Yasui (2006, p. 114) “Produzir cuidado por meio do encontro de subjetividades, na perspectiva de uma ruptura epistemológica com as práticas hegemônicas, significa coragem para correr riscos, abrir-se para a potencialidade produtiva do encontro”.

Obter a família como protagonista neste contexto nos determina apontar as atribuições que lhes são cabíveis para dar continuidade neste percurso em busca de contribuições para com os acomodados por sofrimento psíquico. Szymanski (2001apud SILVA, 2007), afirma que a família é uma associação de pessoas que escolhe conviver por razões afetivas e assumem um compromisso de cuidado mútuo.

Primeiramente, entender que a participação da mesma no tratamento é algo fundamental é de extrema importância. Desta forma não há cargas de responsabilidades apenas para instituições psiquiátricas no intuito que as mesmas obtenham a cura.

Com as diversas mudanças de paradigmas na saúde mental, muda também a relação da família com o portador de transtorno mental,

pois com a desinstitucionalização desses portadores de transtorno mental, a família começa a ser considerada no cuidado. Mais do que nunca, a família passa a ser objeto de estudo, surgindo diferentes visões sobre ela, conforme sua relação com o portador de transtorno mental (SANTIN; KLAFKE, 2011, p.150)

Amarante (2009) considera um dos aspectos mais importantes na transformação do modelo manicomial superar o conceito de doença. Não se trata, obviamente, de negar a diversidade da experiência do delírio ou da alucinação, mas de não utilizar o conceito de doença (igual a erro) na relação com o sujeito.

Colocar entre parênteses a doença mental significa a sua negação, no sentido de negação de que exista algo que produza dor, sofrimento, mal-estar, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao “duplo” da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado (AMARANTE, 2009, p.80)

É necessário que exista uma parceria mutua entre família, instituições de atendimento à portadores de transtorno mental, e também da sociedade para que haja transformações realmente concretas na busca pela ruptura com o estigma e anormalidade com os usuários, e solidificar ainda mais as reformas e princípios ético-político conquistados até aqui. “Na perspectiva da reabilitação, cuidar é considerar a importância da construção de projetos de vida, significativos para cada usuário, como eixo central da ação terapêutica.” (BARROS; et al, 2008, p. 818)

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do doente mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregue à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tomando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 35)

A família possui uma forma de cuidado subjetivo, baseado na dedicação, orientação, incentivo. Os profissionais da saúde carregam à práxis, viabilizando meios para uma reabilitação, sociabilização, orientação. “As objetivas são cuidados

práticos, referente às demandas concretas do paciente, e as subjetivas, resultantes das primeiras, as quais representam as questões emocionais, que são menos perceptíveis, pois expressam-se através de stress ou sofrimento (SANTOS, 2014).

## **CAPITULO II - A FAMÍLIA ENQUANTO AGENTE CUIDADOR NO PROCESSO DE SAÚDE MENTAL**

Neste capítulo iremos centralizar a família nas discussões em saúde mental, apontando suas fragilidades sobre a demanda que se tornou peculiar no seu cotidiano. Desta forma, salientamos o processo em que se dá o período de aceitação do diagnóstico, até a convivência com a enfermidade. Mais à frente vamos expor a luta constante em que a família se dispôs em busca de cidadania para a pessoa em sofrimento psíquico, em meio a tantas falhas no sistema vigente. Concluímos nossas pesquisas analisando os aspectos psicossociais do cuidado na saúde mental. Todos esses contextos abordados foram fundamentados em pesquisas bibliográficas.

### **2.1A Convivência com o Sujeito Louco: Desafios da Aceitação**

Na gênese da discussão sobre a loucura se indagavam as atribuições que a família concebia as pessoas acomodadas pelo sofrimento psíquico. Em princípio era feito o distanciamento do louco no meio social, o qual impossibilitava seu contato com a sociedade, inclusive da família, por meio da internação em clínicas psiquiátricas. Assim, no século XIX a Psiquiatria, de acordo com (FOUCAULT, 1997 apud CAMARGO, 2004) toma as rédeas da loucura e, com as promessas de cura, justificaria as formas de asilamento:

- 1 - Assegurar sua segurança pessoal e de sua família;
- 2 - Libertá-los das influências pessoais;
- 3 - Submetê-los à força a um regime médico;
- 4 - Impor-lhes novos hábitos intelectuais e morais;

O alienismo (A alienação social incapacita o pensamento independente do ser humano, e ele passa a aceitar tudo como algo natural, racional ou divino) segundo Rosa (2011) vai penetrar nos meandros familiares e influenciar sua organização interna a partir da abordagem do louco. Nesse sentido, o alienismo implementa uma abordagem pedagógica para com a família.

Com o asilamento do louco e com a apropriação de sua condição pelo “modelo médico”, que visava obter sua cura, a família fica

restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar seu portador ao asilo para cuidados médicos, visitá-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. Ou seja, a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas de cura, da custódia e da assistência. [...]À família restaria, então, aguardar pacientemente devolução do louco recuperado ou curado, promessa implícita nessa pedagogia. (ROSA 2011, p.52)

A relação da família com o louco aparece não só como um problema social a ser equacionada pela sociedade burguesa, mas também como uma questão teórica, analisada por Esquirol de forma ambígua. A partir do princípio do “isolamento terapêutico”, a família é analisada por esse autor de maneira paradoxal. De um lado, ela é considerada propensa à alienação, por ter um “alienado” em seu meio – este poderia influenciar as relações entre seus membros. De outro lado, “o isolamento deveria ser realizado, porque a família seria propiciadora de alienação mental” (BIRMAN, 1978 apud ROSA, 2005, p.206)

Desta forma, Rosa (2011) vem dizer que o alienismo concebe a loucura como “doença mental”, cuja etiologia localiza-se em afetos e impulsos interiores inadequados ao modelo normativo.

Ao penetrar no universo familiar, identificam na determinação da doença ou das difusões a maneira como os pais conduzem a educação dos seus filhos. A ação psiquiátrica tendia a culpabilizar os pais pelas inadequações do comportamento da criança, orientando sua interpretação de conduta para a má educação ou para doença (ROSA, 2011, p.59)

Só após a Segunda Guerra mundial que a família se insere de forma mais específica no campo da saúde mental. Antes vista como patologista e culpabilizada pela doença mental, agora adentra numa esfera oposta, como responsável pelo tratamento e cuidados. Toda esta reviravolta se deu a partir da crise estatal em 1970, o que segundo Oliveira (2011) deve ser analisada como parte de um processo histórico e conjuntural de crise do capital nos anos 1970, reestruturação produtiva, mundialização do capital e redução do papel Estado. A reforma do Estado é parte de um processo global de reestruturação capitalista iniciado após a crise do capital nos 1970. Com a crise do Estado de Bem-Estar Social, expressão da crise dos anos 1970, emerge com toda força nos anos 1980 o projeto neoliberal. A resposta



neoliberal a crise consistiu na redução do papel do Estado e ampliação da esfera do mercado econômico. (OLIVEIRA, 2011)

Ainda sobre o neoliberalismo, com a crise deste modelo de desenvolvimento econômico ocorre um avanço do ideário neoliberal pelo mundo, baseado no fim do intervencionismo estatal na esfera econômica e social. Para o ideário neoliberal este intervencionismo estimulou a crise fiscal do estado. A proposta agora é a reconstituição do papel do mercado que deveria ser mais No campo das políticas públicas, o Estado deverá estimular a redução dos serviços sociais públicos transferindo os serviços mais rentáveis ao mercado privado. Portanto, o neoliberalismo contribui para o crescimento da desigualdade social e da exclusão em todos os países nos quais se instala, preservando as devidas proporções (QUEIROZ, 2007)

A saúde mental que antes era mantida e tratada no âmbito hospitalar, passa a adentrar nas esferas sociais, o qual a família participa vigorosamente. Muitas funções no campo social, anteriormente assumidas pelo Estado, são devolvidas e, ao mesmo tempo, outras lhe são exigidas em virtude da reestruturação produtiva e do desemprego estrutural que se instala pela eliminação de vários postos de trabalho. (ROSA, 2011)

Notam-se os caminhos percorridos pela família do portador de transtorno mental até assumir integralmente o enfermo dentro do seu lar, o que antes era improvável. A convivência agora passa a ser imposta, e o cuidado primordial. O tratamento e a instituição do cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se do cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, da organização de uma atividade conjunta quando o foco do cuidado se desloca da doença para o sujeito em sofrimento. (AMARANTE, 2009)

A convivência não é simples, como também aceitar um diagnóstico não é consentir com a doença, afinal, os desafios são extensos em meio a uma sociedade regrada pela então “normalidade”.

De concreto, sabemos que não há serviços na comunidade suficientes e disponíveis que consigam dar conta da demanda de portadores de transtorno mental e seus familiares com efetividade. Sabemos, também, que a ocorrência de uma doença grave e de longa duração, como a doença mental, ativa uma série de respostas

nas pessoas de seu grupo social, especialmente, entre aquelas do convívio familiar (COLVERO, et al, 2004, p.198)

Ainda sobre as dificuldades, Colvero, et al, 2004, p.198 aponta:

A assistência prestada aos portadores nos mostra que os familiares que procuram a ajuda e suporte dos serviços de saúde mental e de seus profissionais, apresentam demandas das mais variadas ordens, dentre elas, a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos, algumas dentre tantas outras insatisfações.

Muda-se toda rotina de uma família a partir da constatação da enfermidade. Conforme Severo, et al(2007), a perspectiva que responsabiliza a família por comportamentos patológicos repercute de forma negativa nesses espaços, gerando sentimentos de incapacidade entre seus membros.

A parte econômica fica subordinada, na medida em que alguém tem que se dedicar exclusivamente ao doente deixando assim de trabalhar. (SOUSA, et al, 2009). Outra questão é sobrecarga familiar, que para Cavalheri (2002) citado por NASI,et al (2004), quando a família possui um membro com uma doença mental, toda ela acaba mobilizando-se inteiramente. Independente de ser orgânica ou mental, o desgaste é agravado quando se trata de uma doença de duração prolongada, com frequentes casos de agudização de sintomas e quando é considerada incapacitante e estigmatizadora.

Ainda sobre as considerações de Nasi, et al(2004, s/p):

Famílias que possuem, dentre os seus membros, um sujeito acometido por uma doença mental freqüentemente tendem a se adaptar com a presença da patologia, inclusive, em alguns casos, precisando se restringir da participação em alguns eventos sociais pelo preconceito existente na sociedade. Além disso, podem precisar mudar determinados hábitos acerca do relacionamento familiar, intensificando a atenção ao doente mental psicótico.

Outro ponto crucial é frisado por Rosa(2011, p. 251) quando cita os aspectos sentimentais meramente opostos "(...) Pois ao mesmo tempo em que é 'meu

sangue', tende a torna-se uma ameaça." Ainda sobre sentimentos, a autora fala da superproteção e ao tratamento infantil prestado ao portador de transtorno mental.

O processo de superproteção frequentemente é perpassado por um de desqualificação, cuja exacerbação tende a culminar num processo de invalidação em que o ritmo e o tempo próprio do PTM não é considerado, e nem sua singularidade. O PTM tende, nessas circunstâncias, a ser percebido como diferente, mas é rotulado de forma negativa. (ROSA, 2011)

Conviver com o louco também causa medo, afinal, suas atitudes podem ser inesperadas e de certa forma agressivas. Oliveira & Jorge(apud Nasi, et al, 2004 s/p) afirmam que "o desgaste, tensões e conflitos causados por uma pessoa mentalmente perturbada constituem os maiores problemas que a família enfrenta. A imprevisibilidade do paciente é outra fonte de tensão em casa".

A relação entre o PTM e sua família se constrói no interior de relações dadas, dentro das quais a família influi e é influenciada. A família se apropria das condições dadas e as ressignificam conforme suas necessidades e leitura da realidade social. (ROSA, 2011)

## **2.2 Cuidado e Família: O Reconhecimento da Cidadania do Louco**

O conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico. (BRASIL, 2004)

A cidadania é construída no plano social e político. É luta e processo de incorporação de novas categorias aos direitos já existentes. A cidadania, então, é mutável, apropriável, e sofre transformações. Neste sentido, a luta pela cidadania do PTM se inscreve na luta pelo direito das minorias, mas não só isso, pois, além dos clássicos direitos civis, políticos e sociais, postula-se a invenção de uma cidadania especial, que abarque a dimensão da subjetividade e da desrazão. (VASCONCELOS, 1997 apud ROSA, 2011, p.332)

Como mostra Vieira (apud Fernandes;et al, 2003, p. 36):

O conceito de cidadania, enquanto direito a ter direitos, tem se prestado a diversas interpretações. Acerca dessas interpretações, verifica-se que a cidadania seria composta pelos direitos civis e políticos (direitos de primeira geração) e direitos sociais (direitos de

segunda geração). Os direitos civis correspondem aos direitos individuais de liberdade, propriedade, de ir e vir, direito à vida, segurança, dentre outros. Já os direitos políticos dizem respeito à liberdade de associação e reunião, de organização política e sindical, à participação política e eleitoral, ao sufrágio universal. São também chamados de direitos individuais exercidos coletivamente e válidos para o ser humano abstrato.

Contudo, para Bobbio (1992), citado por Rosa, (2011, p.332), “A relação entre direitos civis e sociais tem se mostrado antinômica, no sentido de que o desenvolvimento deles não pode proceder paralelamente: a realização integral de uns impede a realização integral dos outros”. Isso se justifica na medida em que o Estado passa a intervir em todas as esferas, não somente no âmbito civil. Como na sociedade as contradições existem piamente, o Estado também passa a contracenar mediando conflitos e conseqüentemente minimizando a autonomia do sujeito.

Considerando que a cidadania tem como pressuposto a participação e a garantia e a efetividade de direitos, isso implica a real prestação de serviços pelo poder público e existência de condições (ou meios) de vida, com desenvolvimento pessoal na diversidade explícita de culturas, gênero, raça, etnia e opções religiosas, sexuais, e de modos de existência. A negação da cidadania, por sua vez, pressupõe o impedimento e ausência desses direitos e dessas condições. (FALEIROS, 2006)

Reconhece-se a especificidade do louco que passa a ter o direito de ser cuidado medicamente e ser protegido pelo Estado. Priva-se o louco da sua liberdade, mas, por outro lado, procura-se transformá-lo num indivíduo que “poderá” ser transformado num sujeito instituído de razão e vontade. (FERNANDES, et al, 2003).

Nestas condições a autora entende que:

Essa realidade revela uma contradição estrutural entre o doente mental e a cidadania. A Psiquiatria, ao tempo em que possibilita ao louco o direito à assistência médica e de cuidados terapêuticos, retira dele as demais condições de cidadania. Se por um lado, confere-se ao louco o estatuto social de doente com direito à assistência e a tratamento, sob a proteção do Estado, por outro lado autoriza-se a exclusão social desse indivíduo, destituindo-o de seus direitos sociais, isto é, sua condição política de cidadania plena. Essa é, portanto, uma contradição estrutural que se inscreve na constituição histórica da doença mental. (FERNANDES; et al, 2003, p. 08)

Em termos, acentuam-se um paradoxo: Os conceitos de loucura são justificados como alguém desprovido de razão, então desta forma ele está automaticamente excluído da cidadania. Este pensamento é fundado a partir dos apontamentos de Foucault (1987) citado por Gabbay (2012).

Ainda sobre esta oposição, o mesmo autor comenta:

E esse paradoxo não é conjuntural ou um simples desvio de uma rota de progresso no reconhecimento de direitos líquidos e certos, mas, ao contrário, trata-se de algo estrutural e instituído na constituição histórica da figura da doença mental. A transformação da loucura em doença mental implicou, como assinalai, na exclusão social do doente da condição de cidadania. Se, por um lado, o estatuto de doente permitiu ao louco a concessão do direito de assistência e tratamento, por outro, sob a proteção do Estado, autorizou também a subtração de sua condição de cidadania plena. (GABBAY, 2012, p. 45)

A cidadania demonstra uma relação entre indivíduo e Estado, mas quando se trata de transtorno mental esta relação passa a ser mediatizada por um terceiro. A família implementa vias indiretas para resolver falhas que detecta na assistência psiquiátrica prestada, sobretudo no campo da violação de direitos (ROSA, 2011). Interpreta dessa forma a necessidade da presença da família para consolidar o direito à cidadania do portador de transtorno mental.

No entanto, em função do contexto neoliberal descrito, cabe às forças sociais envolvidas (usuários dos serviços alternativos, familiares e técnicos) se organizarem para que esta temática possa ser incorporada na agenda governamental. É somente nesta perspectiva de cidadania que se conseguirá romper com os liames aos quais os portadores de transtorno mental foram submetidos durante anos, em nossa sociedade, sendo tutelados e julgados como incapazes de decidir sobre o seu próprio destino. (QUEIROZ, 2007, p. 8)

O direito de cidadania do doente mental deve ser o direito de receber assistência adequada, a garantia de participar da sociedade e de não ser pura e simplesmente jogado em depósitos, como ainda é uma realidade brasileira, na sua forma mais brutal, nos grandes hospícios públicos ou, nas formas mais sutis, em clínicas privadas e conveniadas. (MEDEIROS, GUIMARÃES, 2002). Presentemente ainda nos deparamos com a insuficiência dos serviços de saúde para atender as

demandas das pessoas acometidas pelo transtorno mental, bem como uma incapacidade dos profissionais de saúde em contribuir parcialmente com a inserção do indivíduo na sociedade, tudo isso fruto de má qualificação e especificidade do assunto. Faz-se necessário uma mudança na consciência de um todo para por rumo de fato as primícias da Reforma Psiquiátrica.

Estamos falando em desinstitucionalização, que não significa apenas desospitalização, mas desconstrução. Isto é, superação de um modelo arcaico centrado no conceito de doença como falta e erro, centrado no tratamento da doença como entidade abstrata. Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é, acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento de uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos. De uma prática que reconhece, inclusive, o direito das pessoas mentalmente enfermas em terem um tratamento efetivo, em receberem um cuidado verdadeiro, uma terapêutica cidadã, não um cativo. (AMARANTE, 1995, p.494)

Ainda sobre as ideias de Amarante (2009), a cidadania não é solidificada a partir de leis decretadas, a estruturação da mesma se dá a partir de um processo social, que interfira mentalmente. É um processo complexo. Devem-se construir estratégias de cidadania e participação social que rompam definitivamente com o imaginário da loucura.

Sendo o PTM um sujeito de direito atribui-se a ele sua inclusão social e conseqüentemente sua garantia de cidadania. Faz-se necessário uma participação coletiva para luta destes ideários, por meio da família, como também de equipes multiprofissionais para reformular sua práxis em saúde mental. A lei 10.216/2011 considera a cidadania do portador de transtorno mental, e em seu Art. 3º considera responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Para um cuidado integral em saúde mental, a abordagem familiar é fundamental. Ela deve estar comprometida com o rompimento, com a lógica do isolamento e da exclusão, fortalecimento da cidadania, protagonismo e corresponsabilidade. Mas, estruturar uma abordagem a partir da família exige dos profissionais de Saúde abertura e visão ampliada, isto é, uma visão que acolha as diferentes constituições familiares e os diferentes sentimentos que os cuidados no campo da Saúde Mental mobilizam. (BRASIL, 2013, p.71)

Assim, a luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais, ou assim consideradas, não deve estar desvinculada do conjunto de esforços desenvolvidos pelo povo brasileiro na luta por sua cidadania, envolvendo todas as instituições sociais, unindo os profissionais, usuários e familiares. (BRASIL, 2005)

### **2.3 Os Aspectos Psicossociais do Cuidado na Saúde Mental**

Prestar cuidados a uma pessoa acometida pelo sofrimento psíquico requer comprometimentos. Nos novos paradigmas propostos pela Reforma Psiquiátrica acentua-se a necessidade de olhar o sujeito em toda sua totalidade, respaldado numa política de saúde mais ampla que priorize a integridade e o respeito ao usuário. Desta forma a atenção psicossocial é fundamentalmente parte deste cenário.

A assistência em saúde mental procura construir um novo modelo terapêutico, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. O acolhimento no território emerge na formação do vínculo e pela co-responsabilização na busca da resolubilidade das necessidades de saúde. A escuta proporciona a evidência dos problemas reais e a criação de possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações sócio-culturais, na perspectiva de construção do cuidado integral. (PINTO, 2008, p.22)

A interpretação feita por Yasui(2006)sobre o ato de cuidar foi bastante propícia ao assunto, entendendo que para evitar o desencontro, o ato do cuidado também possui uma medida justa. O excesso de cuidado pode sufocar, produzir dependência. O cuidado não pode exceder certo limite, correndo o risco de tornar-se assistencialismo, gesto de caridade que transforma o sujeito em um ser incapaz de

suprir suas necessidades mais básicas, em um objeto de exercício de ações benfeitoras de seres pretensamente superiores.

As unidades que prestam atenção psicossocial não devem ser meramente instituições medicalizadoras, mas, sobretudo voltadas ao cuidado do usuário. (AMARANTE, 2007). O paradigma da atenção psicossocial procura construir um novo espaço social, possibilitando o resgate da cidadania e o suprimento das necessidades de saúde do sujeito em sofrimento psíquico. (PINTO, 2008)

A ruptura com um modelo retrógrado é fundamental para consolidação de novas visões sobre a doença mental. São importantes que sejam estabelecidos vínculos afetivos e profissionais com essas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para seus problemas dispostos e compromissados a ajudá-las. Em atenção psicossocial se usa a expressão 'responsabilizar-se' pelas pessoas que estão sendo cuidadas.

Desta forma, o modelo assistencial reformista está baseado na superação do isolamento e na vida plena em sociedade e preconiza a concepção de transtorno, disfunção e/ou sofrimento psíquico como um estado ou período de evidenciação de sinais e sintomas específicos da mente, passíveis de intervenção terapêutica e de cooperação mútua (AMARANTE, 2000 apud PINTO, 2008).

Para construção de Rede de Atenção Psicossocial, (RAPS) são necessários recursos que optem pela reabilitação e inclusão social dos portadores de transtorno mental. De acordo com Brasil (2013), na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite, amplia-se fortemente a rede de atenção psicossocial (Raps), que passa a integrar, a partir do Decreto Presidencial nº 7508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os equipamentos substitutivos ao modelo manicomial podemos citar os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços, Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência (Cecos), as Enfermarias de Saúde Mental em hospitais gerais, as oficinas de geração de renda, entre outros.

Os CAPS – assim como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde,



o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p.12)

Os CAPS trabalham com uma equipe multiprofissional e visam: prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidados clínicos eficientes e personalizados; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território; dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde); regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área; coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território; manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004)

Ainda de acordo com Brasil (2004) existem diferentes modalidades de CAPS, cada uma com sua especificidade. CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Desta forma, Brasil(2004) acredita que os CAPS atendem as primícias da Reforma Psiquiátrica, não apenas no sentido de desinstitucionalização, mas no

sentindo de humanizar um tratamento que não leve em consideração à cura, mas todos os aspectos sociais dos usuários.

A Reforma Psiquiátrica consiste no progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, e os CAPS são os dispositivos estratégicos desse movimento. Entretanto, é a rede básica de saúde o lugar privilegiado de construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais. (BRASI, 2004, p.25)

Yasui (2006) defende o CAPS como uma transformação em um modelo assistencial que se concretiza em meio a uma ampla rede de cuidados. Ele não pode ser entendido como finalizador de uma atenção aos que se encontra em sofrimento psíquico, mas uma ponte de ligações entre muitos autores que podem contribuir para a efetividade deste processo de trabalho. O cotidiano de um CAPS é o de pensar para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade, a sua complexidade. Projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado. Um CAPS é a articulação dos diferentes projetos com os diferentes recursos existentes no seu entorno ou no seu território.

Nestas instituições que acolhem as pessoas acometidas por transtorno psíquico, se deve objetivar por novas alternativas de relação mútua que rompa com modelos antigos, dando ênfase ao cuidado. Desta forma, Brasil (2003) almeja que as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

Outro ponto importante pertinente ao cuidado é a inserção da família também no seio da instituição que presta atenção psicossocial. São eles que fazem a ponte entre usuário e unidade, importantes para consolidação de um atendimento. Conforme Schrank, Olschowsky (2008) convocar a família para assumir a responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com a equipe, exige mais do

que um redirecionamento das práticas, exige comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo desses atores em promover e manter a autonomia do usuário, reconquistar sua cidadania e seu espaço na sociedade, construindo uma responsabilização e um cuidado coletivo. O trabalho em equipe para Mattos (2004) citado por Pinto (2008) favorece o fortalecimento da atenção psicossocial, pois todo o processo fertiliza os espaços para o surgimento da ação interdisciplinar. A diversidade proporcionada por cada núcleo específico de saberes, ciências e profissões intersecciona-se na indução de uma busca integral do agir em saúde.

A atenção psicossocial deve sair de uma ordem de serviços e perpassar o cotidiano social para que desta forma permita que ocorra um complemento e amplie os recursos já existentes. As políticas de saúde mental e atenção psicossocial devem organiza-se em 'rede', isto é, formando uma serie de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade de iniciativas e atores sociais envolvidos. (AMARANTE, 2007)

Esta relação aparece claramente enunciada, em diversos documentos, como a portaria n.º 336/02, a qual apresenta como característica do CAPS: "responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território". Esta mesma portaria estabelece, também, no parágrafo 2º do artigo 1º, que os "CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território". (YASUI, 2006, p.117)

Para obtenção de cuidados, Yasui (2006) comenta que o encontro que produz o cuidado, regido pela alegria e pela beleza, na apropriação e produção de sentidos do território, só é possível se o usuário acessar o serviço e os recursos de que dispõe para esta produção da vida. E o primeiro verbo que ele deve encontrar sendo conjugado no serviço é acolher. Território, acesso, responsabilização se articulam agora ao acolhimento.

Cuidar, no contexto do Estado de direito e da democracia, significa assegurar a autonomia, reverter as discriminações, desenvolver a autoestima, incluir sujeitos em serviços e direitos, como propõe, aliás, a visão humanizadora da Política Nacional de Assistência Social. Coloca a prestação da assistência como política de proteção social voltada para a garantia de direitos e de condições dignas de vida. Assim, a proteção deve garantir a segurança de sobrevivência (rendimento e

autonomia), de acolhida e de convívio ou vivência familiar. A acolhida da pessoa é considerada primordial, pois visa a provisão de necessidades humanas referentes aos direitos à alimentação, ao vestuário, ao abrigo, próprios à vida humana em sociedade (BRASIL, 2010, apud FALEIROS, 2013).

O acolhimento não é um local, nem um espaço, mas uma postura ética, não exige hora ou profissional, implica saberes, escutar angústias, procurar solucioná-las, tomando para si a responsabilidade de ‘abraçar’ o usuário ou a comunidade com resolubilidade. Ainda sobre essas ideias e referindo-se a uma unidade de saúde o autor caracteriza as chamadas “triagens” como forma de acolhimento, tendo em vista que isto não pode ser sinalizado como uma práxis do trabalho profissional, mas como forma de atenção e cuidado, interação e escuta. (TRINDADE, 2010)

Em partes, obtém a necessidade que os profissionais da área de atenção psicossocial estejam capacitados a contribuir com a liberdade do usuário, compreendendo a dinamicidade de cada sujeito para efetivação de um cuidado especializado e integral. Faz-se necessária formação e investimentos governamentais que coincidam com os objetivos desta reforma, buscando a descentralidade e participação coletiva.

Portanto, o cuidado integral favorece uma multidirecionalidade nas abordagens empreendidas. As ações convergem na busca de dar ao indivíduo uma plenitude de soluções capaz de torná-lo ativo, digno e livre (GOMES; PINHEIRO, 2005 apud PINTO, 2008).

De acordo com Faleiros (2013) o cuidado como uma relação política de direitos pressupõe sua inserção na relação profissional emancipatória, na combinação complexa da responsabilidade ética com a inclusão social e política, na consideração das dimensões pessoais e subjetivas e na valorização do humano e da humanidade.

## **2.4 A Estratégia Saúde da Família**

O cuidado pressupõe uma relação complexa entre profissionais, família, público e contexto institucionais em condições diversas e mesmo adversas na dinâmica do poder. O exercício do poder é um processo social relacional complexo, devendo ser compreendido na organização da própria sociedade e das relações

interpessoais, institucionais e familiares (MINAYO, 2003; FALEIROS, 2007 apud FALEIROS, 2013).

Considerando a família relevante no tratamento clínico dos usuários, em 1994 surgiu o Programa de Saúde na Família focalizando a mesma como forma de atenção primária à saúde. Com definição de Brasil (2013, p. 65)

A Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo estruturante da Atenção Básica à Saúde, concebe a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e grupal, dinâmico e passível de crises, inseparável de seu contexto de relações sociais no território em que vive. A família é, ao mesmo tempo, objeto e sujeito do processo de cuidado e de promoção da saúde pelas equipes de Saúde da Família.

Sobre a saúde mental, a família sendo protagonista nestas instâncias permite que sejam efetivadas políticas públicas de atenção a saúde da medida em que a mesma passa a contribuir com o acompanhamento e efetividade no tratamento dos usuários, almejando a reinserção do indivíduo no meio social, rompendo com o estado de medicalização, e procurando estimulá-los a lutar pela sua autonomia.

De acordo com Silva (apud Schrank; Olschowsky, 2008) para que a participação familiar no serviço seja efetiva, além da disposição e da vontade de participar, é necessário que haja o vínculo entre profissionais e família, comunidade e usuário, sendo um aspecto relevante no cuidado em saúde mental, pois nas práticas de atenção psicossocial a relação entre os técnicos e familiares se intensifica no compartilhamento e organização de novas formas de viver na sociedade. A ideia de responsabilização dos atores sociais envolvidos na atenção psicossocial remete para a parceria com a comunidade, visando o grau de autonomia e ações norteadas por uma ética de solidariedade.

Nestas circunstâncias, um dos objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem da melhor forma possível do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos CAPS. Os familiares podem participar dos CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento (BRASIL,

2004). Certamente, com esta parceria o tratamento passará a ser mais proveitoso e significativo, da medida em que todos os autores se norteiem para alcançar um único objetivo: A inclusão social dos acometidos pelo sofrimento psíquico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar a família no contexto de saúde mental é de caráter relevante para compreender as atribuições que a mesma pode oferecer as pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico. Os debates e reflexões expostos neste trabalho implicam na importância da mesma na luta pela inclusão social do mesmo, bem como a luta pelos seus direitos e cidadania.

Analisando todo o processo histórico em que a saúde mental foi inserida, concluímos os impasses que a relação dos indivíduos com o seio familiar sofreu devido ao seu isolamento em asilo, por meio da então denominada loucura. Com a Reforma Psiquiátrica os laços voltaram a serem feitos por meio da desinstitucionalização e o retorno dos usuários ao meio social. Desta forma, contrapõe a necessidade de uma reforma também na prática social e profissional para que a sociedade vigente também possa romper com a lógica manicomial e contribuir com os objetivos da Reforma Psiquiátrica com prioridade na liberdade e autonomia do sujeito.

Tendo em vista essas circunstâncias, a família que agora assume o compromisso de se inserir como agente cuidador deve buscar aprimorar a qualidade de vida do sujeito acometido pelo sofrimento psíquico, buscando ultrapassar os estigmas existentes, oferecendo atenção, amor e respeito ao referido.

Ainda nestas condições, a família encontra-se como mediatizadora entre usuário e unidade de atenção psicossocial, cúmplices no comprometimento ao tratamento clínico por meio de uma equipe multiprofissional. A família contribui nas atividades, na motivação, na continuidade dos recursos terapêuticos, no suporte emocional, bem como nas discussões e atribuições.

O que podemos concluir com este trabalho é que vários fatores ainda dificultam a socialização do acometido pelo sofrimento psíquico, bem como a efetividade de um novo modelo assistencial. O Estado precarizado impossibilita recursos tanto para a família que em muitos casos encontram-se desprovidas por ter que arcar com uma enfermidade estigmatizada e desprovidas também de orientações, quanto para as instituições onde muitos profissionais ainda encontram-se respaldados em um modelo arcaico acerca da doença mental.

Todos os aspectos teóricos sobre a história da saúde mental foram alcançados neste trabalho, como também as expectativas sobre a família neste

cenário. A partir destas análises, podem-se concluir os longos caminhos que ainda faltam ser percorridos para garantir ao acometido pelo sofrimento psíquico igualdade e equidade.



## REFERENCIAS

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura.** 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832006000200003&script=sci_arttext) Acesso em 10 de janeiro de 2015.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. **Por uma Política de Saúde Mental.** Brasília, Ago., 1999. 215 p.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol1, no1, jan-abr. 2009 (CD-ROM).

ANDRADE, M. C. & ROSA, A. da Costa. O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**,7 (1), jan - jun, 2014, 27-41.

BALLARIM M. L. G. S.; CARVALHO F. B., FERIGATO S.G. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **Cad. O mundo da Saúde.** São Paulo, 2010.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **RevEsc Enfermagem.** USP, 2007. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/). Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

BORGES, Francisca Maria Oliveira. 2003. **O nascer da Reforma Psiquiátrica.** Disponível em: <https://psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/o-nascer-da-reforma-psiquiatica> Acesso em 10 de fevereiro de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no**

**Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

CAMARGO, Junior Luiz. 2004. **Os discursos sobre loucura como instrumento de poder em Michel Foucault.** Arq. Bras. Psicol. v.59 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007 Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/65543526/Os-Discursos-Sobre-a-Loucura-Como-Instrumentos-de-Poder-Em-Michel-Foucault> Acesso em 09 de janeiro de 2015.

CANANÉA, Juliana Nunes Abath. **Identificação dos fatores relacionados com o acompanhamento dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial nas unidades básicas de saúde em João Pessoa-PB / Juliana Nunes Abath Cananéa.**-- João Pessoa, 2013. 108f.

COLVERO, Luciana de Almeida ; COSTARDILDE, Cilene Aparecida ; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **RevEsc Enfermagem.** USP, 2004; 38(2):197-205.

Conferência Nacional de Saúde, 8., Brasília, 1987. I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final/ 8. Conferência Nacional de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988 43 p. – (Série D. Reuniões e conferências, 5)

Conferência Nacional de Saúde Mental (2.: Brasília: 1992) Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental, 1994. 63p. I. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Inclusão social e cidadania.** Palestra proferida na ICSW32, em Brasília, em 17 de julho de 2006.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica.** R. Katál., Florianópolis, v. 16, n. esp., p. 83-91, 2013.

FERNANDES, Josicelia; OLIVEIRA, Dumêta Maria Rita ; FERNANDES, Juliana. Cidadania e qualidade de vida dos portadores de transtornos psiquiátricos: contradições e racionalidade. **RevEsc Enfermagem.** USP, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/05.pdf> Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

FONSÊCA, Ana Lúcia **Nascimento O cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família: uma contribuição para a reinserção social/** Ana Lúcia Nascimento Fonsêca.- Curitiba, 2004.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso.** São Paulo: Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. **História da loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRANKL, Viktor. E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração.** Tradução de Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. Porto Alegre, Sulina, 1987; São Leopoldo, Sinodal, 1987. 174p.

GABBAY, Rochelle. Cidadania e loucura: um paradoxo?. Labore. Laboratório de Estudos Contemporâneos. Polêmica. **Revista Eletrônica. Polêmica**, v. 9, n. 3, p. 43 – 55, julho/setembro 2010 Disponível em [www.polemica.uerj.br](http://www.polemica.uerj.br). Acesso em 10 de janeiro de 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-americana de Enfermagem.** Março, 2001.

KINKER, F, S. Trabalho com produção de vida. **Rev. Ter. Ocup.** , v8, n.1. p.42-47, 1997.

KOGA, Mariko; FUREGATO, Antônia Regina. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar autor **Revista Ciência, Cuidado e Saúde Maringá**. v. 1, n. 1, p. 69-73, 1. sem. 2002.

MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida; RODOLPHO, Juliana Realce Caçapava. **Saúde Mental: cuidado e subjetividade**. vol. 2. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora; Rio de Janeiro: Editora Senac Rio de Janeiro, 2013. -- (Série Hideko)

MATHEUS, Mário Dinis. **Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira** / organizado por Mário Dinis Mateus. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas\\_de\\_saude\\_mental\\_capa\\_e\\_miolo\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf) Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARÃES, J. Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuição ao debate. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 7(3):571-579, 2002.

NASI, Cíntia; STUMM, Lílian Konageski; HILDEBRANDT, Leila Mariza. Convivendo com o doente mental psicótico na ótica do familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>. Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):191-203, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a20v10n1.pdf> Acesso em 10 de janeiro de 2015.

PINTO, Antonio Germane Alves. 2008. **Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em Centro de Atenção Psicossocial**. Disponível em: [http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/antonio\\_germane\\_alves\\_pinto.pdf](http://www.uece.br/cmaccclis/dmdocuments/antonio_germane_alves_pinto.pdf) Acesso em: 10 de fevereiro de 2015.

QUEIROZ, Valéria Debórtoli de Carvalho. Um Jogo em Aberto: Cidadania dos Portadores de Transtorno Mental. 2007. **Rev. do Depto. de Serviço Social**. PUC-Rio. Disponível em <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br>. Acesso em 10 de janeiro de 2015.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005. Disponível em: [http://www.pucmg.br/imagedb/documento/DOC\\_DSC\\_NOME\\_ARQUI20060915161333.pdf](http://www.pucmg.br/imagedb/documento/DOC_DSC_NOME_ARQUI20060915161333.pdf) Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

ROSA, Natália. 2011. **História da loucura**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=y-9BHw3r2K0> Acesso em: 10 de janeiro de 2015.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família** / Lúcia Rosa. – 3. Ed. – São Paulo, Cortez, 2011.

ROSA, L.C.S.; CAMPOS, R.T.O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 648-656, out./dez. 2012

SANTIN, G; KLAFKE, T. E. **Família e o Cuidado em Saúde Mental**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.

SANTOS, Creudenia Freitas. 2014. **O cuidador familiar de paciente psiquiátrico suas dores**. Disponível em: <http://pt.slideshare.net/creudeniaf/o-cuidador-familiar-de-paciente-psiquitrico-suas-dores> Acesso em 05 de fevereiro de 2015.

SEVERO, Ana Kalliny de Souza; DIMENSTEIN, Magda; BRITO, Monique; CABRAL, Clariana; ALVERGA, Alex Reinecke. **A experiência de familiares no cuidado em saúde mental**. Arq. Bras. Psicol. v.59 n.2 Rio de Janeiro dez. 2007.

SCAMBLER, G. Health- Related Stigma. In: **Sociology of Health e Illness**, vol. 31, nº3, 2009. p. 441-445.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **RevEsc Enfermagem**. USP 2008; 42(1):127-34. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/) Acesso em 10 de janeiro de 2015.

SILVA, Adriana Nunes da. **Famílias especiais: resiliência e deficiência mental**. / Adriana Nunes da Silva. –Porto Alegre, 2007. 105 f.

SOUZA, M. D.; et al. A convivência em família com o portador de transtorno psíquico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; '111(1):124-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a16.htm>. Acesso em 10 de fevereiro de 2015.

TRINDADE, Cristiano Santos. **A importância do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde na família.** Belo Horizonte, 2010.

VALLE, T. G. M. **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções.** São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 222 p. ISBN 978-85-98605-99-9.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** 2006. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf> Acesso em 10 de fevereiro de 2015.