

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

POLLIANA MARTINS PINTO

**OS IMPACTOS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO  
CONVÍVIO FAMILIAR**

SOUSA

2014

POLLIANA MARTINS PINTO

## **OS IMPACTOS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONVÍVIO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande.

Orientação: Prof. Me. Luan Gomes dos Santos de Oliveira

SOUSA

2014

POLLIANA MARTINS PINTO

OS IMPACTOS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONVÍVIO FAMILIAR  
DS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO INFANTO-JUVENIL JOÃO  
PAULO II

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para a  
obtenção do grau de bacharel em Serviço  
Social pela Universidade Federal de  
Campina Grande.

Orientação: Prof. Me. Luan Gomes dos  
Santos de Oliveira

Data da Defesa:        de abril de 2014.

Resultado: \_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Me. Luan Gomes dos Santos de Oliveira

---

Prof. Ma. Juliana e Silva de Oliveira

---

Prof. Ma. Ane Cristine Hermínio Cunha

“(...) eu sei que vou sofrer a eterna  
desventura de viver a espera de viver ao  
lado seu, por toda minha vida (...)”

Tom Jobim

À Gustavo Fontes, sempre será por  
você, meu filho.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter me concebido o dom da vida e mais que isso, a oportunidade de vivê-la intensamente com saúde, otimismo e esperança. Por esse momento que, por tantas vezes, pensei que nunca me aconteceria.

Aos meus pais pelo amor, dedicação, paciência e apoio incondicional em todos os momentos. Quem me dera ser o exemplo de filha que vocês sempre sonharam. Quem sabe um dia eu chego lá?

A minha irmã, Paloma, pela companhia, apoio e torcida em todas as horas.

As minhas amigas Williane, Michelle (minha digitadora oficial), Alessandra e Elizabeth pelas parcerias que formamos para além da universidade. Desejo que a nossa amizade continue mesmo sem a convivência diária que as aulas nos propiciaram.

Ao meu orientador Luan, sempre tão atencioso e paciente, por me apresentar ao mundo da Logoterapia.

A toda equipe do CAPS i João Paulo II, a qual foi muito receptiva, em especial, Conceição, que me transmitiu ensinamentos valiosos, os quais não se aprendem em universidades.

À todos vocês, minha eterna gratidão.

“(...) Mas pra quem tem pensamento forte  
O impossível é só questão de opinião

E disso os loucos sabem

Só os loucos sabem (...)

Charlie Brown Jr

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso procurou investigar os impactos do sofrimento psíquico no convívio familiar dos usuários do Centro de atenção Psicossocial Infanto-juvenil João Paulo II, analisou os impactos vivenciados por familiares de pessoas com sofrimento psíquico fazendo um recorte da realidade dos usuários do CAPS i em Sousa, realizar um levantamento das transformações ocorridas no convívio familiar e social das pessoas com sofrimento psíquico nos contextos históricos, investigar de que forma a participação ou a ausência a mesma afeta a qualidade de vida dessas pessoas e atestar sobre os serviços de saúde mental oferecidos pelas unidades. Fez um resgate histórico dos movimentos reformistas pelo mundo e no Brasil, discorreu sobre a Reforma Psiquiátrica, a implantação do SUS, dos serviços substitutivos e sobre as famílias que convivem com sofrimento psíquico e as dificuldades que as mesmas encontram no lidar cotidiano com o mesmo.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde mental. Família. Sofrimento psíquico. Impactos.

## **ABSTRACT**

This work of completion sought to investigate the impact of psychological distress on the family life of the users of the Centre for Psychosocial Attention Children and Youth John Paul II , analyzed the impacts experienced by family members of people with psychological distress making a piece of reality from users of CAPS i in Sousa , to survey the changes occurring in family and social life of people with psychological distress in historical contexts , to investigate how the participation or lack the same affects the quality of life of these people and testifying about the mental health services offered by the units . Made a historical reform movements around the world and in Brazil , spoke about the psychiatric reform , the implementation of the SUS , the substitute services and on families living with mental suffering and difficulties that they encounter in everyday life dealing with it.

Keywords: Psychiatric Reform . Mental health. Family. Psychological distress . Impacts



# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>1 A SAÚDE MENTAL E O SOFRIMENTO</b> .....	12
<b>PSICOSSOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE.</b>	
1.1 AS CONDIÇÕES HISTÓRICAS QUE DELINEARAM .....	12
A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NA ATUALIDADE.	
1.2 E NO BRASIL? .....	22
<b>2 A FAMÍLIA NO CAMPO “PSI”</b> .....	35
2.1 OS IMPACTOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS .....	35
NAS FAMÍLIAS COM SOFRIMENTO PSÍQUICO.	
2.2 A CRISE DE 1970 E SEUS REBATIMENTOS NA .....	37
FAMÍLIA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO.	
2.3 A REAÇÃO DAS FAMÍLIAS DIANTE DA DESCOBERTA .....	40
DO SOFRIMENTO PSÍQUICO	
<b>METODOLOGIA</b> .....	44
<b>CONCLUSÃO</b> .....	46
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	48
<b>APÊNDICE</b> .....	49
<b>ANEXO</b> .....	50

## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho de conclusão de curso trata dos impactos (negativos e/ou positivos) vivenciados por familiares de pessoas em sofrimento psíquico, mas antes faz um resgate histórico dos movimentos reformista no mundo e, posteriormente, no Brasil para uma melhor compreensão da política de saúde mental atualmente. Na sequência, procura identificar as transformações ocorridas no convívio familiar e social dos usuários com a implantação do CAPS i, através do levantamento de informações sobre o atendimento dos membros familiares atendidos atualmente na unidade, assim como, investigar de que forma a participação efetiva dos familiares vem contribuindo para melhoria da qualidade de vida dos usuários acompanhados pelo CAPS i, e por fim, atestar sobre a contribuição deste serviço na dinâmica e melhoria do convívio familiar e comunitário.

Este estudo apresenta a história da política de saúde no Brasil até se tornar direito do indivíduo e dever do Estado, a Reforma Sanitária e dentro desse movimento a Reforma Psiquiátrica cujo objetivo é um tratamento inclusivo da pessoa com sofrimento psíquico à sociedade o que implica a retirada dos manicômios de cena para dar lugar aos CAPS e NAPS pela implantação do SUS.

Este trabalho de conclusão de curso atende ao pré-requisito de avaliação da disciplina Monografia e trata da saúde mental considerando a realidade do CAPS i de Sousa – PB. A importância de realizar este estudo é poder propiciar uma compreensão do tratamento em saúde mental, seus impactos nas famílias dos usuários do serviço. Tem como objetivos identificar as transformações ocorridas no convívio familiar e social dos usuários com a implantação dos CAPS e NAPS; Investigar de que forma a participação efetiva dos familiares vem contribuindo para melhoria da qualidade de vida de seus membros acompanhados pelo CAPS i e, por último, atestar sobre a contribuição deste serviço na dinâmica e melhoria do convívio familiar e comunitário.

Concomitante aos movimentos sociais pela redemocratização do Brasil na década de 1980 surgiu e ganhou notoriedade a Reforma Sanitária, um movimento pela reestruturação e democratização da saúde apoiada pelos profissionais de saúde, usuários do serviço de saúde, autoridades políticas e representações da sociedade civil.

Com a Constituição Federal de 1988 e tendo como um de seus desdobramentos a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, a saúde passa a ser um direito social do cidadão e dever do Estado na recuperação e promoção da saúde. No decorrer do processo de Reforma Sanitária foi criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família inserido na política inclusiva onde verificou o acesso à saúde visando à melhoria no atendimento e qualidade de vida da população.

A Política Nacional de Saúde faz parte do Sistema de Seguridade Social Brasileiro, formando junto às políticas de Previdência e de Assistência Social o tripé da proteção social, nos moldes atuais. Sua organização se fundamenta nos princípios da universalidade e é a única de acesso universal do tripé assistência, previdência e saúde. Sua construção, execução, avaliação e fiscalização se dão na forma descentralizada nos âmbitos federal, estadual e municipal e conta com a participação da sociedade civil através de conselhos e conferências onde os sujeitos sociais podem participar da elaboração de políticas, inclusive de saúde evitando políticas discriminatórias e preconceituosas no intuito de atender de forma adequada pregando a igualdade, a universalidade e integralidade das ações, além da inclusão e justiça sociais.

A política de saúde, assim como a de assistência e da previdência social buscam abranger a diversidade cultural, religiosa, sexual, do formato de família na atualidade, englobando os novos arranjos e as diferentes condições. No momento da elaboração da política, programa e/ou de um projeto é importante estar sensível aos sujeitos e como eles se percebem dentro da sociedade, ao se pensar a política de saúde deve-se ter em mente que é um processo motivado por valores e pelas relações sociais que podem instigar e redefinir significados sociais pode legitimar direitos sociais ou até mesmo restringi-los, podem representar referências culturais, influenciar relações de gênero, na sexualidade, na organização da vida pessoal e política das famílias, entre outros. Em outras palavras a política de saúde como qualquer outra política deve ser pensada, elaborada e executada conforme as particularidades e perfil do público alvo e se tratando de políticas de saúde mental deve-se levar em conta tanto os usuários dos serviços de saúde mental e os condicionantes que os cercam, bem como a condição econômica de suas famílias.

Para compreender a atual configuração da política de saúde mental, é preciso fazer um resgate histórico e conhecer o caminho percorrido por ela até hoje.

A Reforma Psiquiátrica nasce no âmbito dos serviços asilares, pensada pelos profissionais da área de saúde psiquiátrica que iam, desde as precárias e insalubres condições trabalhista à marginalidade, tensões e conflitos relacionados a condições precárias de atendimento manicomial.

Como processo histórico, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental denunciava as precárias condições dos hospitais psiquiátricos. O movimento ganhou a adesão popular e deixou de ser um movimento de uma categoria específica para ser um movimento democrático, de todos por um tratamento em saúde mental inclusivo. Assim, o MTSM ergueu a bandeira pela *desinstitucionalização* do tratamento psiquiátrico, em favor da luta antimanicomial.

O movimento pela reforma psiquiátrica ganhou novos contornos na década de 1990 com a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, realizada em Brasília a qual expressou a intenção de um projeto que garantisse os direitos assegurados pela CF/88 e definia a necessidade de uma equipe interdisciplinar formada por profissionais de outras áreas do saber na atenção à saúde mental pelo SUS.

O objetivo era desinstitucionalizar e a integralizar as ações no âmbito da saúde com as demais outras políticas sociais.

Com o fechamento progressivo e generalizado dos manicômios surgem os Centros de Atenção Psicossocial substituindo o modelo asilar pelos Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades Infanto – Juvenil, Álcool e outras drogas e para adultos com sofrimento psíquico. Em 2001, aconteceu a III Conferência de Saúde Mental onde se discutiu a necessidade de novas mudanças para uma maior abrangência na assistência a saúde mental objetivando a inclusão social das pessoas com algum sofrimento psíquico a fim de que os mesmos possam exercer sua cidadania plena e para a concretização dessa cidadania se fez necessária a capacitação dos profissionais envolvidos nessa área.

O que se observa hoje em termos de assistência psiquiátrica e integralidade é o atendimento integral em rede oferecido por uma equipe multidisciplinar que visa a (re)inserção do usuário na sociedade, para tanto é necessário que a família passe a integrar esse atendimento em rede, criando vínculos, estabelecendo diálogos entre profissionais, usuários e família.

# **1 A SAÚDE MENTAL E O SOFRIMENTO PSICOSSOCIAL NA CONTEMPORANEIDADE**

## **1.1 As condições históricas que delinearão a política de saúde mental na atualidade**

Para entendermos como se configurou a política de assistência à saúde mental hoje bem como se deu a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, este capítulo vem apresentar o movimento de reforma psiquiátrica no Brasil a partir dos anos 1970 e 1980 e as influências que sofreu dos principais modelos de reforma psiquiátrica dos países que passaram por mudanças como a França com a psiquiatria de setor, a psicoterapia institucional e o modelo de comunidade terapêutica Inglês e a antipsiquiatria e o movimento de psiquiatria democrática seguindo a tradição basagliana na Itália a fim de estabelecer suas relações com o modelo brasileiro. Para tal foi necessário fazer um resgate sócio – histórico das correntes psiquiátricas acima citadas, as condições históricas estimuladoras de suas emergências bem como seus rebatimentos no campo do saber/prática psiquiátricos e nas relações entre o portador de transtorno mental e sua família e com a sociedade.

Começaremos falar sobre as circunstâncias históricas pós-guerra que colocaram a psiquiatria clássica, no panorama internacional, em questão desencadeando uma crise profunda em sua estrutura. Vasconcelos (1992) citado por Lúcia Cristina dos Santos Rosa identifica como sendo:

- Contextos históricos de escassez de mão-de-obra! E de necessidade de revalorização do trabalho humano para torná-lo disponível para o processo produtivo.
- Situações históricas de guerra, momento em que se reforça a solidariedade nacional e há exigência de recuperação das pessoas, especialmente os soldados, lesados no conflito bélico.
- Processos de democratização, revolucionários ou reformistas, pois tendem a consolidar direitos civis, sociais e políticos.
- Implementação de várias formas de Welfare State, que dinamizam direitos e políticas sociais.

- Alterações no processo de financiamento e produção de serviços sociais, incluindo políticas neoliberais, que incitam programas de desospitalização.
- Modificações demográficas, envelhecimento populacional, alterações na estrutura e organização familiar, fatores que dificultam ou mesmo possibilitam o cuidado doméstico com as pessoas dependentes.
- Novas teorias e práticas terapêuticas: Vasconcelos destaca as abordagens psicológicas e o desenvolvimento de serviços comunitários que permitam certo deslocamento dos paradigmas, princípios e práticas psiquiátricas tradicionais.
- Estratégia de modernização da corporação médica, visando “tornar a psiquiatria mais integrada com o resto da medicina e de aumentar as possibilidades de trabalho com a clientela de maior renda” (Ibid.:46)
- Desenvolvimento da psicofarmacologia, particularmente na década de 1950, que possibilitou outras formas de controle dos sintomas psiquiátricos.

Segundo Rosa (2008) o surgimento da psiquiatria social, que mudou a assistência e o discurso psiquiátricos, fez com que a psiquiatria clássica entrasse em crise profunda caracterizada pela passagem da psiquiatria de uma profissão liberal para a condição assalariada o que implica em subalternidade à instituição a qual está vinculada, o conflito entre doença e saúde mental que coloca em cheque sua estrutura científica e, por último, a invasão de saberes externos aos psiquiátricos devido à mudança no seu objeto para saúde mental.

Quando as novas questões, anteriormente citadas, são postas pelo contexto pós-guerra, mudanças teóricas acontecem no campo psiquiátrico que podemos dividir em dois momentos: o primeiro momento se dá pela crítica ao espaço asilar como local de patologização, propiciadora e cronificadora da doença mental. Contudo o objetivo é reformar, humanizar e democratizar esse espaço regatando seus objetivos e funções entendendo que a estrutura asilar é ainda espaço de cura e tratamento terapêutico. Desse questionamento surge como proposta a comunidade terapêutica Inglesa e a psicoterapia institucional francesa quem não têm a pretensão de ir além dos muros asilares, visando apenas uma reforma em seu interior com fim de tornar apto o indivíduo para o processo produtivo.

O segundo momento ultrapassa o interior do espaço asilar e se destina a comunidade, a psiquiatria deve penetrar a coletividade assumindo o caráter preventivo ou, como queiram Birman & Costa apud Rosa, uma medicalização social.

Ainda mantém o hospital como instrumento de tratamento da loucura, mas não se limita ao mesmo, resultam dessa reflexão o preventivismo norte-americano e a psiquiatria de setor francesa.

Posterior a esses dois momentos surgem a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria basagliana, tais correntes criticam a estrutura asilar como espaço de tratamento da loucura e propõe uma ruptura radical com os modelos anteriormente citados propiciando uma desconstrução do aparato psiquiátrico questionando o saber psiquiátrico até então. Denunciam o hospital psiquiátrico como local de violação de direitos humanos, que reproduz as circunstâncias enlouquecedoras no enfermo como também a violência sofrida pelo louco na sociedade e/ou em seu ambiente familiar. Nas palavras de Amarante

Enquanto estes dois últimos momentos limitam-se a meras reformas do modelo psiquiátrico – na medida em que acreditam na instituição psiquiátrica como locus de tratamento e na psiquiatria enquanto saber competente – a fim de fazê-lo retornar ao objetivo do qual se “desviara”, a antipsiquiatria e a psiquiatria na tradição basagliana operam uma ruptura. Ruptura esta referente a um olhar crítico voltado para os meandros constitutivos do saber/prática psiquiátricos: o capo da epistemologia e da fenomenologia. Desta maneira, buscam realizar uma desconstrução do aparato psiquiátrico, aqui entendido como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores das complexidades dos fenômenos. (Amarante, 1992)

Na conjuntura pós-guerra a sociedade ansiava por justiça social, na saúde mental passou-se a ter uma intolerância com as precárias condições em que se encontravam os hospícios e toda a violência sofrida pelos internos o que agravava o estado patológico dos mesmos não cumprindo a função que lhe foi atribuída em sua criação. Nesse contexto também se tornou fundamental a revitalização da mão-de-obra prejudicada pela guerra onde um número significativo de homens jovens sofreu danos psicológicos, físicos e sociais, o fator econômico, ou melhor, a reconstrução da economia exigia a reforma dos espaços asilares visando aproveitar a mão-de-obra daqueles que tivessem condições de serem devolvidos ao sistema produtivo. É nessas circunstâncias que se cria no imaginário das pessoas que o trabalho seria uma via de transformação e ressocialização do doente mental, ou seja, a recuperação do louco pelo trabalho. A exemplo disso temos a experiência de Hermann Simon na década de 20 na Inglaterra que, para a construção de um

hospital dispôs de alguns de seus pacientes com transtornos mentais considerados crônicos para trabalharem na sua construção, Simon pode notar contribuições positivas ao estado mental do paciente. Segundo ele: “o trabalho do enfermo mental não apenas se revelou proveitoso, como também o ambiente do estabelecimento foi transformado, podendo respirar-se ali uma atmosfera de ordem e tranqüilidade, que até então não era habitual” (apud Amarante, 1992)

Esta experiência de recuperação do louco pelo trabalho, Simon chamou de terapia ativa ou terapia ocupacional, a qual impulsionou o aparecimento da comunidade terapêutica e a psiquiatria institucional. Amarante cita Birman (1992:84) quando diz que:

a praxiterapia dos anos vinte, estabelecida por Simon, retomou o mito de que o trabalho seria a forma básica para a transformação dos doentes mentais, pois mediante o trabalho se estabelecia um sujeito marcado pela ‘sociabilidade da produção’

Outra experiência que também impulsionou as terapias de grupo foi a de Sullivan nos anos 1929/1930 quando

“transforma o seu enfoque terapêutico, voltando-o não mais para o tratamento individual, mas para a integração dos pacientes sistemas grupais, sendo mantido o seu serviço segundo a perspectiva do inter-relacionamento entre grupos” (Birman & Costa, 1994:48 apud Amarante)

A comunidade terapêutica, tendo como seu operador prático Maxwell Jones, tira a responsabilidade integral da terapia das mãos do médico psiquiatra e a transfere a todos aqueles envolvidos com o tratamento. Ao reunir diariamente os pacientes em grupos para propor discussões, atividades, entre outros, além de permitir a troca de experiência entre hospital e comunidade estabelecendo, desse modo, o diálogo entre ambos a fim de promover a colaboração mútua entre comunidade, familiares e equipe uma vez que todos se envolvem em diferentes níveis e funções no tratamento, promove também a interação entre eles bem como com a equipe por um objetivo comum ficando a função terapêutica delegada aos próprios enfermos, a equipe com a qual se estabelece o vínculo e o psiquiatra, otimiza o tempo e a terapia ao tratar o grupo surtindo o mesmo efeito do tratamento individual horizontalizando o poder na instituição, pois o trabalho feito em equipe composta de pessoas de várias disciplinas que assumem papéis de líderes



pareando o poder psiquiátrico de modo a expressar os anseios da coletividade contribuindo para a eficácia do tratamento . Um dos pontos positivos na comunidade terapêutica consiste na

...a oportunidade de analisar o comportamento em situações reais do hospital representa uma das maiores vantagens na comunidade terapêutica, O paciente é colocado em posição onde possa, com o auxílio de outros, aprender novos meios de superar as dificuldades relacionar-se positivamente com pessoas que o podem auxiliar. Neste sentido, uma comunidade terapêutica representa um exercício ao vivo que proporciona oportunidades para as situações de 'aprendizagem ao vivo' (Jones apud Amarante, 1992: p 29)

A comunidade terapêutica é um marco na reforma inglesa, pois traz a idéia de humanização do hospital psiquiátrico e aproximação com a comunidade numa tentativa de acabar com a segregação que o modelo clássico de psiquiatria produz, embora não conseguiu ir além dos muros dos hospitais fracassando na tentativa de por fim a segregação que passa o interno na medida em que não questiona e nem reflete as causas que levaram a reclusão do indivíduo portador de transtorno mental ao ambiente asilar.

Ainda no contexto pós-guerra temos, na França, a experiência da psicoterapia institucional operacionalizada por François Tosquelles no hospital Saint Alban. Este se tornou local de denúncia e espaço de luta contra o estigma e segregação que a instituição promovia. Tosquelles entende que a função do hospital psiquiátrico é oferecer condições de tratamento e cura, mas se afastara de sua função para ser tornar um espaço asilar doentio promotor da violência e cronificação das patologias pela má administração e pelo mau uso das técnicas terapêuticas, posto isso se fazia urgente uma reformulação institucional e essa reformulação não acabaria no primeiro momento, seria um processo contínuo de questionamento enquanto espaço de segregação social, quanto a hierarquia do poder, quanto as decisões centradas nas mãos do médico, entre outros. Ou como apresenta Amarante:

Um caráter de novidade trazida pela psicoterapia institucional está no fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas. A psicoterapia institucional alimenta-se ainda do exercício permanente de questionamento da instituição psiquiátrica enquanto espaço de segregação, da crítica ao poder do médico e da verticalidade das relações intra-institucionais. (1992, p 32)

E ainda,

se o hospital psiquiátrico foi criado para curar e tratar das doenças mentais, tal não deve ser outra a sua destinação. Entende-se desta forma que, em consequência do mau uso das terapêuticas e da administração e ainda do descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua tornando-se lugar de violência e regressão. (Amarante 1992: p 32)

Essa corrente psiquiátrica da reforma francesa sofreu críticas assim como a anterior por se limitar ao âmbito asilar, centralizar suas reflexões sobre a função social do aparato psiquiátrico, logo sem questionar, promover mudanças, redimensionamentos do saber/prática psiquiátricos difundindo a concepção estigmatizadora de que o asilo é o único lugar do louco. Nas palavras de Amarante:

O alcance transformador do projeto da psicoterapia institucional recebe uma crítica às bases excessivamente centradas, senão restritas, ao espaço institucional asilar, resumindo-se a uma reforma asilar que não questiona a função social da psiquiatria, do asilo e dos técnicos, não objetivando transformar o saber psiquiátrico que pretende-se operador de um conhecimento sobre o sofrimento humano, os homens e a sociedade. (1992: p 34)

O segundo momento do movimento de reforma da psiquiatria no cenário internacional se deu com a psiquiatria de setor ainda na França - embora anterior à psicoterapia institucional, e a psiquiatria preventiva norte-americana. Queremos dizer com segundo momento que estas experiências ultrapassam as barreiras do ambiente asilar diferentemente das anteriores, e a primeira propõe que a psiquiatria seja levada até a população, que a doença mental seja tratada *in loco*, ou seja, em seu meio social, pretende-se com isso dar um fim a segregação, o preconceito e o estigma que perpassa as relações do louco com o mundo exterior ao espaço asilar. Fleming é citado por Amarante para definir a psiquiatria de setor como sendo

[...] um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior de uma estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se de uma terapia *in situ*: o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento. (1992: p 34)

Secundariza-se o hospital psiquiátrico e restringe-se a internação para uma etapa do tratamento que tem o seu ápice no trato comunitário. Inspirada nas idéias de Bonnafé, a psiquiatria de setor surge na França precisamente no contexto pós-guerra pelos setores progressistas e nos anos 1960 é incorporado como política. As razões para a adaptação dessa experiência como política se devem ao fato de que o avanço do capitalismo e a conjuntura pós-guerra impuseram novas demandas no campo do saber psiquiátrico que não conseguiu dar respostas de enfrentamento às novas questões com a sua dinâmica asilar bem como a ameaça da ideologia burguesa que delegou às técnicas terapêuticas a função de controle social e por último a manutenção do hospital psiquiátrico que era oneroso ao Estado.

A oficialização desta reforma como política proporcionou uma divisão dos territórios, geograficamente falando, com equipes multiprofissionais intervindo nos mesmos com objetivo de tratar e até mesmo de alta do paciente o que subtende a sua cura. Contudo, apesar da inovação que trouxe a psiquiatria de setor para o doente mental libertando-o do hospital psiquiátrico para a reinserção no seu meio social, essa experiência não obteve o desempenho esperado tanto pelo alto custo com os serviços extra-asilares quanto pela resistência de intelectuais que se opuseram ao projeto e pelos conservadores que temiam um grande número de loucos pelas ruas. Para fazer crítica a esse modelo de reforma, Amarante faz uso das palavras de Rotelli quando este diz que,

A experiência francesa de setor não apenas não pode ir além do hospital psiquiátrico porque ela, de alguma forma, conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria. As práticas psicanalistas tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos "normais" e cada vez mais distantes das situações da loucura. (1992: p 36)

Dando continuidade ao segundo momento de reforma surge a psiquiatria preventiva nos Estados Unidos que passava por um período de grandes conturbações sociais e bélica o que refletiu na demanda por assistência psiquiátrica. Nasce com caráter revolucionário depois de Freud e Pinel, como o próprio nome já diz, tem a pretensão de prevenir a doença mental, ou seja, a promoção da saúde mental Ou nas palavras do autor:

[...] instaura-se a crença de que todas as doenças mentais podem ser prevenidas, senão detectadas precocemente, e que, então, se

doença mental significa distúrbio, desvio, marginalidade, pode-se prevenir e erradicar os males da sociedade. (Amarante 1992: p 37)

A proposta é buscar na população possíveis determinantes das doenças mentais antes de suas manifestações nos indivíduos identificando suas causas tornando passível de intervenção antes mesmo do surgimento e também a sua redução, “é preciso sair às ruas, entrar nas casas e penetrar nos guetos, para conhecer os hábitos, identificar os vícios, mapear aqueles que venham a ser suspeitos” (Amarante 1992: p 37). O objeto da psiquiatria, nesse momento, não é mais a doença mental e sim a saúde mental. A mudança do objeto caracteriza o caráter revolucionário da psiquiatria preventiva. Pois bem, essa busca era feita através de questionários distribuídos à população e depois de analisados, os possíveis alvos de intervenção.

Tendo a crise como momento crucial da intervenção, esta deve ser:

(...) um trabalho comunitário o qual as equipes de saúde exercem um papel de consultores/assessores/peritos, fornecendo normas e padrões de valor ético e moral sob os auspícios de um determinado conhecimento ‘científico’; uma utilização da técnica do *screening*, traduzida na identificação precoce de casos suspeitos de enfermidade no meio de um grupo social qualquer (AMARANTE, 1992, p.40).

O preventivismo norte-americano influenciou medidas de desinstitucionalização, nesse contexto foram apresentadas algumas alternativas psiquiátricas. Problematiza-se o hospital como lugar de cronificação da doença mental, cria laços de dependência entre o paciente e o hospital ao mesmo tempo em que perde os laços com a família, com o meio em que vive, sua sociabilidade, sua cultura, entre outros. A partir disso operam-se medidas para reduzir o número de internações, o tempo dos pacientes quando não houver outra saída além do hospital e quanto aqueles que já são internos promover a alta e paralelo a isso investir em assistência psiquiátrica para além do hospital bem como descentralizar as decisões sobre os tratamentos terapêuticos do domínio do médico constituindo novos espaços para atendimento e novas formas de tratamento por equipes multidisciplinares.

No entanto, a proposta preventiva acarretou em um aumento significativo da demanda dos serviços extra-hospitalares, essa demanda não era advinda dos hospitais, mas da própria comunidade como efeito dos questionários aplicados para

a identificação de possíveis alvos de internação. Os pacientes dos hospitais, contudo, permaneceram nesta estrutura, a proposta de promoção do egresso do espaço asilar não aconteceu, ao contrário, o preventivismo “retroalimentou” o sistema do hospital psiquiátrico. Por fim, acabou servindo de instrumento de controle social procurando inserir os “desajustados” na ordem vigente dominante para seu funcionamento pleno.

(...) os programas de prevenção acarretaram um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra-hospitalar, aumento esse que não significa exatamente a transferência dos egressos asilares para os serviços intermediários. Ocorre que conforme os serviços preventivos e a aplicação do *screening* e de outros mecanismos de captação fazem ingressar novos contingentes de clientes para os tratamentos mentais, os clientes naturais do hospital psiquiátrico permanecem ali internados, quando não aumentam em número, uma vez que o modelo asilar é retroalimentado pelo circuito preventivista (AMARANTE, 1992, p.41).

Na década de 1960 surge na Inglaterra o modelo de crítica ao saber de práticas psiquiátricas anteriores, a antipsiquiatria. A proposta de ruptura e desconstrução como trato e saber da loucura, de superação do modelo de humanização institucional. Toda prática psiquiátrica é posta em dúvida neste momento, o conceito de loucura como doença é radicalmente atacado, é visto como uma reação as ações externas, desse modo antipsiquiatria é um

Movimento denunciador dos valores e da prática psiquiátrica vigente, (...) veiculando um ideário ricamente polêmico. (...) A loucura é apresentada como uma reação à violência externa, como atividade libertária cuja medicalização envolve uma manobra institucional. Esta visa justamente a ocultar a face denunciadora que o comportamento alterado contém e veicula (AMARANTE, 1992, p. 42).

Pegando a esquizofrenia como exemplo para desmistificar a loucura como doença e toda prática médica psiquiátrica, pois era justamente na esquizofrenia que a psiquiatria era mais falha, incompatível e inadequada. Algumas experiências ocorreram em Londres entre 1962 e 1966 e nos Estados Unidos em 1965, comunidades com pessoas esquizofrênicas que não se submeteram a tratamento

algum foram formadas, organizavam reuniões onde se discutiam os procedimentos médicos, tratamentos tradicionais, a postura dos profissionais, o espaço hospitalar, entre outros. Essas experiências propiciaram a seus criadores identificar uma melhora na condição de vida de seus integrantes, uma redução no número de crises em relação aos métodos tradicionais.

Para Laing citado por Amarante (1992), a loucura é construção social e a família é a principal responsável pelo surgimento da loucura no indivíduo e ainda que a exploração de uma classe por outra é um fator desencadeador das crises e essa crise é antes de tudo uma crise da humanidade. A loucura seria um ato de libertação frente a ordem social que explora, segrega, estigmatiza e oprime e não uma patologia passível de tratamento. Segundo Amarante (1992, p. 44), “a loucura é um fato social, político, e, além mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo assim um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento”. Ainda para Laing, a saída desse estado de loucura seria promover a desalienação nas relações entre os indivíduos, transformar os homens nas suas particularidades.

A antipsiquiatria trouxe grande contribuição ao processo de desinstitucionalização através da ruptura com o aparato psiquiátrico moderno, embora tenha sido criticada por se resumir em uma elaboração teórica restrita à esquizofrenia. Outra crítica radical à psiquiatria moderna está na tradição basagliana e no movimento de psiquiatria democrática. Este modelo vai questionar a loucura como doença assim como fez os anteriores, porém com suas particularidades, vai questionar como as relações sociais conviveram com a loucura nos contextos históricos, mas sempre trataram o louco como aquele que precisa ser enclausurado, estigmatizado, retirado do seu meio social por não se ajustarem à ordem social vigente necessitando de tratamento médico. Para Amarante (1992), o manicômio é a expressão concreta de como a sociedade lida com o diferente, se a proposta basagliana visa uma ruptura radical com os paradigmas psiquiátricos, implica também uma análise histórico-crítica e das transformações das relações que perpassam a loucura, de como se reage com o diferente. Nas palavras do autor:

O manicômio concretiza a metáfora da exclusão, que a modernidade produz na relação com a diferença. Como uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, a tradição iniciada por Franco Basaglia e continuada pelo movimento de psiquiatria democrática italiana afirma a urgência da revisão das relações, a partir das quais o saber médico

funda sua práxis. A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas: traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença (1992, p. 47).

Franco Basaglia inicia sua experiência na Itália no hospital psiquiátrico em Gorizia, na década de 1960, ele utiliza a experiência de comunidade terapêutica para evidenciar, para além do espaço hospitalar, as contradições sociais e políticas, ele pretendeu a partir da crítica a esse modelo a transformação do arcabouço psiquiátrico. Deixou claro com essa experiência que a relação entre médico e paciente com todas as suas implicações, a loucura como doença e objeto de intervenção médica, todos esses fatores ainda predominavam apesar das experiências anteriores de humanização do espaço hospitalar. Era preciso uma mudança radical com os paradigmas psiquiátricos modernos, do controle social que esta exercia, mudança esta para além do campo da saúde mental que analisasse as relações sociais o que está implícito na relação da sociedade com a loucura e o nível de periculosidade imposto à mesma. Há que se fazer agora, um conexão entre cidadania, subjetividade e novas formas de sociabilidade com as pessoas com sofrimento psíquico. Na concepção de Amarante:

Torna-se necessário superar o modelo de humanização institucional, a fim de inventar uma prática que tem na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco (...), matéria prima para a desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade, produzidos e consumidos pelo imaginário social. Torna-se preciso desmontar as relações de racionalidade/irracionalidade que restringem o louco a um lugar de desvalorização e desautorização a falar sobre si. Da mesma forma que é preciso desmontar o discurso/prática competente que fundamentam a diferenciação entre aquele que trata e o que é tratado (1992, p. 48).

## **1.2 E NO BRASIL?**

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica surge como desdobramento do movimento de Reforma Sanitária preocupada com a questão de saúde no país teve como base os modelos de reforma europeia e americana e como difusor de sua ideologia e propostas o próprio Estado que trouxe a concepção de saúde mental para o cenário brasileiro. Apesar dessa iniciativa que ficou restrita ao plano teórico, por muito tempo a prática continuou nos moldes asilares com intervenção sobre a saúde mental. O

movimento de Reforma Psiquiátrica tornou-se independente do movimento sanitarista, especificamente com a crise da DINSAM em 1978 que no primeiro momento travou luta contra as precárias relações trabalhistas e no segundo momento e em consequência do primeiro contra o modelo de assistência psiquiátrica. Como queira Rosa

(...) A crise da Dinsam que se forjou a partir da luta corporativa dos profissionais que lutavam contra as condições de precarização em suas relações trabalhistas (profissionais com contratos de trabalho e de bolsistas). Essa luta, posteriormente, volta-se contra o modelo assistencial psiquiátrico, visto que, ao denunciar as condições de trabalho o movimento termina publicizando as condições de vida e tratamento nas instituições asilares (p. 104).

Tal crise foi deflagrada no Rio de Janeiro, mas expressava a realidade da assistência psiquiátrica brasileira, movimentos como estes estavam acontecendo em outros Estados. Teve como seu principal ator político o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental cujo surgimento está relacionado à crise da Dinsam.

O movimento vai ganhando espaço , conseguindo adesões por todo o país, tornando-se articulado e notório no cenário político nacional. É no 5º Congresso Brasileiro de Psiquiatria que profissionais considerados progressistas do MTSM se fazem presentes em oposição à categoria conservadora, representada pelos hospitais privados, a indústria farmacêutica, entre outros segmentos. O Congresso torna-se espaço de discussão da política de saúde mental e a apresentação do projeto político de reforma em oposição ao projeto vigente na época. Além de apresentar as denúncias relacionadas à precarização da saúde mental no Brasil, também se remete à Universidade que perdeu seu caráter crítico para se adequar ao utilitarismo formando profissionais para atender ao lucrativo mercado da saúde com a privatização dos serviços em saúde mental, evidenciando as desigualdades sociais o que se refere a ricos e pobres, para este ultimo a política de saúde mental serviu como controle social. Nas palavras do autor:

Nota-se, nestes primeiros documentos, o tom crítico, que vai da denuncia da psiquiatrização às reivindicações por melhorias técnicas. Enfim, os principais aspectos dizem respeito a política privatizante da saúde e as distorções à assistência daí advindas, tendo, conseqüentemente, a dicotomia entre uma psiquiatria para o rico *versus* uma psiquiatria para o pobre, neste movimento dual, o que se percebe é a realização da abordagem psiquiátrica como prática de



controle e reprodução das desigualdades sociais (AMARANTE, 1992, p. 54).

O primeiro contato do MTSM com o pensamento basagliano e o com o movimento de psiquiatria democrática italiano se deu no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições no qual estiveram presentes figuras internacionais importantes PDI e da Rede de Alternativas à Psiquiatria. Franco Basaglia participou de outros debates em diversos espaços de discussão em saúde mental, logo seu pensamento crítico influenciou o MTSM, propiciando direcionamento na formulação de estratégias de um novo saber/prática psiquiátricos.

Outras oportunidades de discussão em saúde mental aconteceram, com, por exemplo, o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em janeiro de 1979, nesta ocasião, entendeu-se que a luta dos trabalhadores de saúde mental devia estabelecer vínculos com os movimentos de outras categorias promovendo o diálogo com as mesmas, para fortalecimento da luta e efetivação do projeto político do movimento, dentre outros questionamentos temos, neste mesmo momento, a crítica aos hospitais psiquiátricos e algumas propostas para essa questão. No mesmo ano acontece o III Congresso Mineiro de Psiquiatria com a participação de Franco Basaglia e do MTSM, na oportunidade foram apresentadas propostas alternativas no que diz respeito à assistência psiquiátrica.

Outros eventos aconteceram como congressos e encontros onde foram discutidos a relação entre saúde mental e problemas sociais relacionados, o cenário político e social do país, a política de saúde mental e as denúncias feitas pelos familiares dos indivíduos com sofrimento psíquico e profissionais das instituições psiquiátricas. A exemplo do I Encontro Regional dos Trabalhadores de Saúde Mental em 1980, o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, concomitante ao VI Congresso Brasileiro de Psiquiatria no mesmo ano, neste último o MTSM e a Associação Brasileira de Psiquiatria-ABP entram em divergência em alguns pontos, a ABP questiona a postura crítica e radical que o MTSM vem assumindo desde seu surgimento e este, por sua vez, não concordou com o procedimento que elege o diretor da ABP que não é adepto do voto direto. Visto isso, essas duas entidades perdem a aproximação que aconteceu outrora. Em decorrência das denúncias que vêm ocorrendo na assistência psiquiátrica, criou-se uma CPI no Congresso Nacional para investigar os casos e avaliar a legislação no que compete ao portador de sofrimento psíquico e à defesa de seus direitos. O evento também discute a conexão

da luta entre o MTSM e os demais movimentos sociais já que a luta se ampliou, deixando de ser apenas de interesse específico da saúde e seus constituintes e passou a ser da sociedade em geral, defendem a participação da sociedade civil e a democratização da saúde e também da economia, discute ainda as diferenças que existem no trato da saúde da pessoa pobre e da rica e os processos de exclusão e controle social decorrentes do tratamento mental, legitimada pela assistência médica dispensada à população pobre, outros temas que despertaram a atenção e preocupação dos participantes nos eventos relacionados à saúde mental foi a tendência da pessoa com sofrimento psíquico tornar-se mercadoria lucrativa com a privatização da saúde, que propõe o projeto privatista da política de saúde mental.

Em 1980, tem-se a criação da co-gestão que procura recuperar a importância das instituições públicas no que se refere aos serviços dispensados à sociedade sobrepondo-se ao setor privado. A co-gestão surge a partir da Comissão Interministerial de Planejamento-CIPLAN, entre os Ministérios da Saúde, Educação e Previdência e Assistência Social. No mesmo período surge o Prev-Saúde regido por princípios democratizantes, enfoca a participação comunitária, a regionalização dos serviços, entre outros, este programa não chega a ser implantado, pois sofreu duras críticas devido sua proposta de redefinir e ampliar o papel das instituições públicas que implicaria nas relações entre setores público e privado. A co-gestão, ao contrário, não sofreu resistência significativa, dando início à implementação de sua proposta, a recuperação das instituições públicas com investimento nos hospitais psiquiátricos. Após a materialização da proposta, a co-gestão passa a sofrer ataques da Federação Brasileira de Hospitais Psiquiátricos que se sentiu prejudicada com o resgate das unidades públicas e pela psiquiatria clássica no âmbito das universidades, que viu na proposta do programa uma ameaça.

Em consequência das várias iniciativas de caráter crítico, inclusive as duas anteriormente descritas e da crise da previdência é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária- CONASP que segundo Amarante (1998), preconiza o setor público como responsável pela assistência em saúde na sua formulação e o controle do setor privado quando contratado e assim como a co-gestão, a recuperação e ampliação do setor público e a definição de uma política de saúde e de pessoal .

Data de 1982 a criação do Hospital Jurandir Manfredine, a primeira alternativa de assistência psiquiátrica de fato, resultado do trabalho da co-gestão na Colônia

Juliano Moreira, entretanto pouco se distanciou do modelo asilar no decorrer de sua existência. No mesmo ano a DINSAM assume o caráter preventivista do projeto sanitaria na elaboração de diretrizes para a política de saúde, dando prioridade na redefinição e ampliação da máquina pública para o subsetor de saúde mental, mas pouco influenciou na prática da assistência psiquiátrica. Ainda em 1982 o CONASP teve uma importante participação no processo de reforma com a elaboração e aprovação no Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, tal programa contou com a participação da sociedade embora por meios burocráticos e deixando à margem as organizações de familiares de usuários dos serviços.

Em 1983, no Rio de Janeiro, é implantado o Projeto da Reformulação da Assistência Médica, resultado da parceria do CONASP, DINSAM e INAMPS, tal projeto enfocou na assistência psiquiátrica pública e logo tornou-se referência de assistência em todo país pelos seus resultados a curto prazo e por possibilitar a organização do subsetor da saúde mental, todavia, essa experiência durou por pouco tempo em decorrência de conflitos entre os membros da co-gestão e o afastamento dos membros da DINSAM.

Outro acontecimento de destaque na trajetória da Reforma Psiquiátrica brasileira ocorreu em 1985 com o I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental, desse encontro resultou a Carta de Vitória que teve rebatimentos no cenário nacional, pois defendia a descentralização administrativa da política de saúde mental e propõe a criação de Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental para a gestão da política de saúde na esfera estadual, como desdobramento das CISM houve a inédita de organizações de familiares e usuários nos espaços de elaboração e controle da política de saúde mental. A Carta de Vitória foi reafirmada em 1986 com o II Encontro de Trabalhadores de Saúde Mental. As organizações técnico-administrativas nas três esferas de poder que passam a existir a partir desse momento marcam uma nova etapa no percurso histórico da reforma. Essa descentralização do poder administrativo da política de saúde ocorre paralelo ao Plano de Ações Integradas da Saúde.

Continuando em 1985 ocorreu uma nova crise política, dessa vez entre os dirigentes da DINSAM e os dirigentes das unidades hospitalares geridas pela DINSAM. O que aconteceu é que a orientação da DINSAM vai de encontro com a postura crítica dos corpos administrativos das unidades, até que, segundo Amarante (1998), as mesmas passam a serem dirigidas por segmentos universitários que se

mostraram contrários a proposta do MTSM. Esses segmentos encontraram resistência ao penetrar nas unidades hospitalares, dado o avanço do MTSM e a adesão dessas unidades ao projeto de reforma defendido pelo Movimento.

A VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, onde o movimento que defende a Reforma Sanitária levanta a bandeira de luta e define suas estratégias pelo acesso universal da saúde como direito, dentre as problematizações do movimento de Reforma Sanitária está a assistência psiquiátrica. É nessa oportunidade que surge a opção por conferências temáticas, assim sendo a I Conferência Nacional da Saúde Mental que só se concretiza em 1987, depois de muita pressão do MTSM sobre a DINSAM. Neste evento houve a intenção de integrar as ações de saúde mental às da saúde como um todo, inseridas na Reforma Sanitária. Encontros e conferências a níveis estadual e municipal passam a acontecer em todo país, com o objetivo de realizar a conferência nacional independente da DINSAM. Entre as recomendações resultantes da conferência estão,

(...) a internação psiquiátrica regulamentada em lei que assegure os direitos dos portadores de transtorno mental, e que contenha critérios e o controle das internações, excluindo a compulsoriedade. Além disso, estabelece o trabalho em equipe multiprofissional, descentrando as decisões dos atos terapêuticos dos psiquiatras e a democratização da documentação médica, das decisões acerca do tipo de tratamento e da terapia, com ampla informação para o próprio enfermo e para seus familiares. Ressalta que nas estratégias de reinserção dos portadores de transtorno mental seja contemplado o trabalho protegido e propõe maior controle na concessão de auxílio-doença pela Previdência, nos casos de transtorno mental (ROSA, 2008, p.110).

Com a instauração da Nova Republica a DINSAM apresenta suas novas diretrizes para a política de saúde mental objetivando a conferência nacional e a busca de apoio, porém não obteve sucesso pois houve rejeição de sua proposta decorrente de sua postura organicista. É na I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 que se tencionam as relações entre a DINSAM e a ABP e o MTSM, este ultimo como mostra Amarante (1998) se afasta dos demais atores, incluindo os que compõem a direção de órgãos federais e se aproxima das organizações de familiares e usuários que define a realização do II Congresso Nacional do MTSM também em 1987, no mesmo ano, segundo Rosa (2008), no interior do MTSM se apresentam os conflitos entre tendências divergentes, sendo que a tendência que

conquista hegemonia é a de influência basagliana que propõe a extinção dos manicômios e em seu lugar a criação de serviços substitutivos. O MTSM passa a se chamar Movimento Nacional de Luta Antimanicomial com o lema “por uma sociedade sem manicômios”.

No ano seguinte, o Ministério da Saúde realiza de forma repressiva uma intervenção na Colônia Juliano Moreira e no Centro Psiquiátrico Pedro II, dirigentes das duas unidades são perseguidos e demitidos. Apesar deste episódio e da onda de demissões houve luta nessas unidades e uma ampla discussão, fazendo com que este fato ganhasse notoriedade no país.

Ainda em 1988 é promulgada a Constituição Federal que consolidou no Sistema Único de Saúde-SUS os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, estabelecidos na VIII Conferência Nacional de Saúde Mental. A saúde foi inserida na Seguridade Social junto com a Previdência e Assistência, sendo a única do tripé de caráter universal, independente de contribuição prévia por parte do usuário do serviço.

Em 1989 o MNLA, cuja estratégia preconiza assegurar a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico direciona sua luta para a esfera legislativa, para tanto o Deputado Federal Paulo Delgado elabora o Projeto de Lei Nº 3657/89 o qual propõe o fim dos manicômios e a criação de serviços que substituem esses espaços. Tal projeto dará ao movimento respaldo para debates e discussões na década de 1990. No mesmo ano aconteceu aconteceram às eleições diretas para a Presidência da República que elege Fernando Collor de Melo que dá início ao projeto neoliberal como saída para a crise econômica que se encontrava o país. O neoliberalismo por um lado proporcionou desenvolvimento econômico voltando para as privatizações e a abertura do Brasil para o mercado internacional e por outro lado trouxe implicações para as políticas sociais, entre elas a política de saúde e a assistência psiquiátrica.

A Seguridade Social seguiu o receituário neoliberal o papel do Estado diminuiu cada vez mais e sua intervenção se tornou seletiva e focalizada. Na Assistência houve a volta do assistencialismo, do clientelismo com ações isoladas e pontuais de caráter emergencial para a população em extrema pobreza e vulnerabilidade social, na Previdência o INPS transformou-se em INSS e o INAMPS é absorvido pelo Ministério da Saúde, essa reorganização administrativa refletiu nos benefícios que foram reduzidos, ampliou o tempo de contribuição previdenciária e

conseqüentemente diminuiu o tempo de usufruto do benefício, por último, completando o tripé da Seguridade está saúde, que em 1990 é instituída a Lei Orgânica da Saúde-LOS que só depois de pressionada o governo acaba incluindo a participação da sociedade através dos conselhos e conferências de saúde e concluindo o aparato legal em 1991 é criada as Normas Operacionais Básicas-NOB/91.

Enquanto os movimentos sociais estavam sendo desmobilizados pelo avanço e efetivação da política neoliberal, integrante do movimento de Reforma Sanitária, passaram a assumir cargos públicos o que fez com que houvesse um distanciamento dos mesmos com o movimento, no entanto, no campo da saúde mental a reestruturação da assistência psiquiátrica começa a ser implantada devido à ocupação de diferentes cargos do governo por pessoas engajadas com o movimento de luta antimanicomial, o que vai rebater na ampliação dos serviços públicos e na diminuição gradativa dos espaços asilares através da imposição de normas a estas instituições bem como os co-financiamentos para implementação dos serviços substitutivos. Os avanços na assistência psiquiátrica continuaram com duas portarias datadas de 1991/1992. Segundo Rosa (2008), a primeira portaria de número 189/91 veio assegurar financiamento para os serviços em saúde mental inclusive os substitutivos, a segunda de número 224/92 instituiu critérios para controle e melhoria da assistência prestada aos hospitais psiquiátricos públicos e da rede privada conveniada acarretando na diminuição do tempo de internação e do número de leitos nesses hospitais. O início da década de 1990 o campo da saúde mental e seu movimento de reforma ganharam força no debate sobre o Projeto de Lei N° 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado. As repercussões do debate sobre o Projeto de Lei faz com que as famílias de usuários dos serviços de saúde mental se organizem em associações para a defesa dos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, temendo a sua desassistência com o fim dos hospitais psiquiátricos, a exemplo da Associação de Familiares de Doentes Mentais datada de maio de 1991. Em relação ao projeto reformista do Deputado Paulo Delgado é apresentado outro projeto de postura conservadora indo, ideologicamente, de encontro ao primeiro. Esse projeto apresentado pelo Deputado Lucídio Portella defende a permanência das instituições asilares e centraliza o poder de decisão do tratamento terapêutico nas mãos do médico, como afirma Rosa (2008), “a própria lei torna-se objeto de luta”. Por representar as necessidades sociais dos indivíduos no

seu cotidiano e se tratando de indivíduos com sofrimento psíquico o exercício da cidadania se torna ainda mais complexo, pois se trata aqui de uma cidadania especial permeada pela experiência do sofrimento psíquico,

Postula-se “uma cidadania ‘especial’ a ser inventada, marcada pela diferença colocada pela experiência da loucura e da desrazão, e que, portanto, não pode ser identificada com a concepção convencional associada ao indivíduo racional, livre e autônomo (Vasconcelos apud Rosa, 2008, p. 121).

O governo Collor é interrompido pelo *impeachment* em dezembro de 1991 é quando o vice-presidente Itamar Franco assume o poder e continuou com a política econômica nos moldes liberais, embora diminuiu o ritmo da abertura econômica brasileira para o mercado externo. Em 1994 com o Plano Real obteve algum sucesso, pois tal plano proporcionou a estabilização da moeda e controle sobre a inflação, paralelo a isso ocorre a diminuição dos gastos públicos na área social, especificamente nas áreas da Saúde, Educação e Previdência.

Em 1992 aconteceram dois eventos na área da Saúde, a IX Conferência da Saúde que na oportunidade discutiu a necessidade de exigir do governo em suas instâncias a implementação do SUS, como consta na Constituição e a descentralização com seus devidos repasses financeiros, esta conferência foi composta por organizações sociais de postura antiliberais e a II Conferência Nacional de Saúde Mental que resgatou os princípios da VIII Conferência de Saúde e lutou pela cidadania da pessoa com sofrimento psíquico e a reestruturação da assistência psiquiátrica na forma da lei. Foi nessa conferência que houveram divergências entre os atores políticos da reforma, a exemplo da Federação Brasileira de Hospitais que defende a centralização do poder no psiquiatra e a manutenção dos hospitais psiquiátricos.

A partir de 1993 começou a se fazer encontros bianuais e no mesmo ano aconteceu o primeiro encontro com o tema “Brasil sem manicômios no ano 2000” que alertou para a possibilidade de abandono do tratamento por parte do usuário em consequência da desassistência devido o sucateamento da rede de saúde pública, alerta também para a atuação dos profissionais que mesmo nos serviços substitutivos ainda reproduzem a cultura manicomial, dificultando o desenvolvimento das subjetividades. Como Rosa bem apresenta:

Manifesta preocupação com a reprodução da cultura manicomial, mesmo no interior dos serviços extra-hospitalares, pois essa cultura tende a ser internalizada pelos atores, sobretudo profissionais, independente da arquitetura dos serviços. Diante dessa possibilidade, impõe-se a tarefa de “se posicionar criticamente frente aos serviços substitutivos que se mostram ‘manicomiozinhos’ abertos, ou seja, não facilitadores de expressão da subjetividade e opções (MNLA apud ROSA, 2008, p.124).

No mesmo ano é criada a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica responsável pelos direcionamentos da política Nacional de Saúde. Como resultado das recomendações da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental é apresentado em 1993 e aprovado em 1995 o Programa de Apoio a Desospitalização que seria administrado pelo poder municipal, tal programa visa permitir o retorno ao convívio social daqueles pacientes dos hospitais psiquiátricos internos a mais de cinco anos – cujos laços familiares não existem, para tanto é necessário todo um aparato que garanta sua reprodução social, incluindo o tratamento pós-hospital de base comunitária. Outros programas são propostos no sentido de desospitalizar a saúde mental, como exemplo tem-se o programa De Volta pra Casa, experiência ocorrida no Rio de Janeiro cujo objetivo era ressocializar o indivíduo ao seu meio familiar e comunitário assistido por uma rede de serviços como os CAPS's e NAPS's e a intersectorialidade das políticas promovendo as condições necessárias para tal ressocialização da pessoa com sofrimento psíquico. Importante ressaltar que os CAPS's e NAPS's são expressões da municipalização da saúde mental o que viabiliza a adequação proposta ao público-alvo com as particularidades de cada localidade, que por sua vez contribui fundamentalmente para a eficácia do tratamento que inclui a família instrumento importante nesse processo.

Já em 1995, no governo Fernando Henrique Cardoso, as políticas macroeconômicas continuaram sendo prioridade sobre as políticas sociais, houve uma intensificação das privatizações, reformulou a Previdência Social onerando o bolso dos contribuintes pelo aumento das taxas contributivas, na Assistência o Estado brasileiro, além de continuar sendo mínimo passou a fazer parcerias com a sociedade civil, assim surgiu as ONG's, responsabilizando a sociedade civil pela solução das contadições e desigualdades sociais ao mesmo tempo em que desresponsabilizou do seu dever e descaracterizou a Assistência como direito. No quesito saúde aconteceu o II Encontro Nacional da Luta Antimanicomial organizado pelo MNLA com o tema “Exclusão e Cidadania”. No ano seguinte, em 1996, é



realizada a 10ª Conferência de Saúde, na ocasião a atuação mínima para o social por parte do Estado, as políticas do governo adaptadas ao neoliberalismo, defesa da criação de políticas públicas voltadas para o combate das desigualdades sociais, a municipalização da atenção à saúde mental em rede prestando assistência psiquiátrica através de serviços como nos Centros de Atenção Psicossocial cuja pretensão foi substituir gradativamente os hospitais psiquiátricos, até o ano 2000, dessa forma humanizando o trato com o sofrimento psíquico e criando possibilidades de desenvolver suas subjetividades e potencialidades como bem apresenta Rosa:

Por intermédio de Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, recomenda-se a suspensão dos credenciamentos dos hospitais psiquiátricos, conduzindo o modelo assistencial para os serviços de base comunitária, rejeitando o hospital especializado. (ROSA, 2008, p.131)

A partir disso as intervenções foram pautadas na modalidade biopsicossocial, ou seja, o fator biológico ainda é considerado, porém, não é o único ponto a ser tratado, o psicossocial ganhou toda uma atenção especial que exigiu uma forma de sociabilizar também especial dos indivíduos com algum sofrimento psíquico.

Entre 1991 e 1996 nota-se uma redução no número de hospitais psiquiátricos bem como no número de leitos psiquiátricos e paralelo à isso houve a implantação de hospitais-dia e Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, entretanto o modelo asilar ainda predomina sobre os serviços substitutivos, isso se deve ao fato de que tais serviços são recentes e inéditos na história da saúde mental brasileira o que os torna vulneráveis, outro ponto vulnerável são os profissionais que atuam nesses serviços da “cultura manicomial” em suas ações, pela falta de capacitação dos mesmo na nova forma de conceber e tratar o sofrimento psíquico e as experiências desses novos serviços em alguns casos interrompidos por confundirem sua implantação com a política governamental dos administradores da máquina pública. Importante lembrar que a disseminação de tais serviços se deu de forma desigual no território brasileiro tendo sua concentração nas regiões sul e sudeste.

Em 1997, aconteceu em Porto Alegre o II Encontro Nacional de Luta Antimanicomial com tema “Referencial ético-político do movimento”, mas na ocasião se fez uma análise dos novos serviços substitutivos, das legislações na esfera estadual e reforçou a importância do arcabouço legal para criação e expansão dos

tais serviços, dos direitos e da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico, buscou-se também fazer uma ponte com outros movimentos sociais para que intervenha não só pela promoção da saúde mental bem como proporcionando as condições necessárias para a reprodução social das famílias através de uma rede integrada de serviços.

Em 1999, é aprovado o substitutivo Sebastião Rocha no lugar do projeto de lei apresentado pelo movimento de reforma psiquiátrica o qual defendia a permanência dos hospitais psiquiátricos como instrumento no tratamento do sofrimento psíquico. O Movimento de Luta Antimanicomial passa a lutar pelo fim das estruturas manicomiais ficando apenas os modelos de assistência de base comunitária.

As mobilizações do MNLA vai se deter, de uma maneira geral, ao combate do avanço das políticas neoliberais que traz sérios rebatimentos nas políticas sociais, dentre elas, a política de saúde, como o sucateamento, o número insuficiente de profissionais, ausência de investimentos em recursos humanos para qualificação e capacitação dos mesmos que pode ter como consequência a desassistência das pessoas com sofrimento psíquico e que pode ser agravado pelo próprio movimento ao ressaltar somente os aspectos negativos dos hospitais psiquiátricos que foram, por muito tempo, locais seguros de refúgio para o tratamento e vivência dessas pessoas e propiciava às famílias segurança e apoio nesse quesito, isso gerou toda uma ameaça de desassistência para as mesmas levando algumas delas a se posicionarem contra as propostas de reforma, mas é fundamental e visível a necessidade de transformações destes espaços pra garantia de direitos e pela socialização do indivíduo não sendo mais necessário que o mesmo seja retirado do seu meio para tratamento, porém esses serviços são mais vulneráveis à lógica neoliberal, o Estado passou a investir menos com esses serviços por usuário deixando os serviços substitutivos mais suscetíveis à precarização e mais facilmente submetidos à privatização na lógica liberalizante adotada pelo Estado. Ao dividir a responsabilidade do sofrimento psíquico com a família pode trazer alguns impasses como a resistência destes com as novas formas de tratamento, pois esta já carrega o peso de sua reprodução social e cada vez mais procura dividir esse ônus com o Estado, visto que a maioria dessas famílias é pobre e despreparada para cuidar de seus membros com sofrimento psíquico. As implicações desse novo modo de tratar para as famílias e como estas vêm reagindo e contribuindo no tratamento no

cotidiano é o que pretende discutir o capítulo seguinte abordando a realidade o CAPSi João Paulo II através da minha experiência do estágio.

## **2 - A FAMÍLIA NO CAMPO “PSI”**

### **2.1 Os impactos objetivos e subjetivos nas famílias de pessoas com sofrimento psíquico**

Este capítulo vem apresentar os rebatimentos do sofrimento psíquico na estrutura e convívio familiar procurando analisar como as famílias concebem, tratam e se relacionam com o sofrimento psíquico e ainda como estas respondem subjetivamente e economicamente às exigências que requer o cuidado posto pelas instituições e a equipe de saúde mental no decorrer da história tendo em vista que a forma de organização da sociedade moderna pressupõe que a pessoa que não se encaixa nos padrões de comportamento considerados normais é passível de intervenção e tratamento dada a patologização de tal comportamento. Na sociedade contemporânea, a família foi colocada a espera da cura enquanto que seu membro era segregado do seu meio para submeter-se a tal cura. Em outro momento mais adiante, sem que o primeiro deixe de existir, a família adquire nova função no cuidado, mas antes é vista como desencadeador, sendo, dessa maneira, responsabilizadas pelo surgimento do sofrimento psíquico, dada suas relações doentias, por isso, também alvo de intervenção.

Com o surgimento da sociedade moderna surge também um modelo de família, a qual possui a liberdade de escolher os cônjuges cuja dinâmica se dá com a figura masculina como provedor financeiro da família exercendo autoridade na casa, sobre a mulher e filhos, pois ao mesmo era destinada a inserção na esfera produtiva e no cenário político, enquanto que a mulher se limitava ao espaço doméstico, sua função era cuidar da casa, do marido e dos filhos, lembrando que suas ações no âmbito familiar não eram consideradas trabalho, pois sendo realizadas de forma gratuita e improdutiva era visto como um dom nato da mulher.

Nesse contexto, sob a visão alienista de sociedade, a família sofreu alguns impactos quanto a sua relação com a loucura e a figura do louco que tem a princípio o isolamento social do mesmo justifica-se por duas raízes paradoxas, mas que coexistem, de um lado o “alienado” representa uma ameaça à sua família que estaria vulnerável a alienação e por isso precisaria ser poupada, prevenida de tal “doença”, por outro, a própria família seria a causadora da alienação, daí o

isolamento da pessoa de sua família. Nesse caso a loucura a loucura é entendida como a satisfação imediata dos desejos e vontades que não correspondem ao padrão normativo imposto pela sociedade moderna. Essa ação impulsiva seria influenciada pela família que não impõe limites e disciplina e nem exerce controle sobre tal ação. Assim, retirando a pessoa com sofrimento psíquico do seio familiar e pondo-a em um lugar onde a mesma seria reeducada, reorientada e teria conhecimento dos limites controlando suas ações e comportamentos. Nas palavras de Rosa:

De um lado, a família é considerada como estando sob ameaça de alienação e, por isso, necessitava ser protegida. De outra forma, “o isolamento deveria ser realizado, porque a família seria propiciadora de alienação mental” (Birman, 1978: 275). Em última análise, a origem da alienação provinha da estrutura familiar e tinha uma causalidade moral. (ROSA, 2008, p.50)

Por outro lado, o “alienado” por possuir comportamentos desviantes e impulsivos apresentava-se como ameaça à sua família, podendo outros membros, mais vulneráveis tornarem-se também alienados e passarem a ter comportamentos também impulsivos. O isolamento, neste caso, se justifica como prevenção. A família é tida como sujeito potencial do surgimento da loucura, por isso precisaria ser trabalhada no sentido de reeducá-la moralmente a fim de regular suas relações e enquadrar a mesma ao modelo de família burguesa, dando ênfase na educação moral dos filhos, no comportamento disciplinar respaldada na ordem vigente. A intervenção moralizante na família para que esta se adequasse aos padrões de comportamento burguês foi instrumento de controle a nível microssocial para legitimação da ordem burguesa.

O isolamento da pessoa com sofrimento psíquico transforma a família no sujeito que identifica a loucura, que encaminha o mesmo até a unidade de serviço e presta as informações necessárias ao profissional para tratamento psiquiátrico excluindo-a do processo, restando apenas a espera paciente pelo retorno do seu membro familiar “curado” como pregava o discurso psiquiátrico alienista e, assim, restabelecer suas relações familiares e com o meio onde vive que outrora foi interrompido. Ou como diz Rosa:

(...) a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência.

Há, portanto, a ruptura do louco com seu meio sociocultural e familiar, bem como a organização asilar implementa uma pedagogia que centra sua ação sobre o louco, excluindo a família de sua anordagem. À família restaria, então, aguardar pacientemente a devolução do louco recuperado ou curado, promessa implícita nessa pedagogia. (ROSA, 2008, p. 52)

O alienismo não cumpriu o que prometeu – a cura do sofrimento psíquico - as explicações moralizantes da loucura entraram em crise e perderam sua credibilidade dando lugar às explicações físicas, ressaltando o funcionamento da mente. Porém a relação da família com o sofrimento psíquico ainda persistiu nas teorias posteriores ao alienismo.

No período pós-guerra, período de reconstrução social, o modelo de família moderna passou a ser adotada pela classe trabalhadora seduzidas por requisitos materiais e estabilidade financeira que lhe dê suporte. O surgimento do movimento de higiene mental nos estados Unidos em 1908 coloca a família em foco ressaltando quesitos como maternidade e educação infantil, hereditariedade e as possíveis influências do meio as quais levariam o isolamento da PSP. Ressalta também a auto-ajuda e da psicologização social coletiva para construção de personalidades e comportamentos considerados saudáveis. A família é responsabilizada e encarregada de educar seus filhos evitando que os mesmos venham desenvolver comportamentos amorais, desviantes, fora das regras estabelecidas pela sociedade organizada no padrão burguês. Segundo a autora,

A família é atingida por esta perspectiva a partir da informação e da educação, onde se destaca a prescrição de regras normalizadoras e preventivas em termos de higiene mental da maneira de os pais educarem seus filhos, num viés de aconselhamento. (ROSA, 2008, P.59)

Ainda nos Estados Unidos, nos anos de 1950, surgem as terapias familiares, segundo Rosa, nessa época, a doença mental dá lugar à saúde mental e a interação com o meio, com as pessoas vão influenciar diretamente na dinâmica das relações. As terapias familiares sistêmicas ressaltam o padrão de comunicação estabelecido pelo grupo e suas mudanças que, por sua vez, se dariam por novos comportamentos, sendo assim, o comportamento da PSP é consequência e/ou resposta da mudança no padrão de comunicação do grupo familiar.

A família tornar-se-ia problemática quando as relações familiares se cristalizassem em um padrão interativo que impossibilitasse mudanças. Desta forma, o enfoque das terapias sistêmicas recai sobre a mudança no sistema familiar e, sobretudo, no padrão comunicacional atual apresentado pelo grupo. (...) Nesse contexto, o comportamento sintomático do portador de transtorno mental é “visto como uma resposta necessária e apropriada ao comportamento comunicativo que o provocou” (Férez-Carneiro, 1996:88). (ROSA, 2008, p.70-71)

Para manter o equilíbrio do grupo é necessário que a comunicação entre seus componentes esteja em harmonia. A partir desta perspectiva outras escolas surgiram, por exemplo, a escola estratégica que entende que o comportamento da PSP não mudará se a família não modificar suas relações com o mesmo, apesar de focar no grupo familiar essa escola não foge ao sintoma. A escola estrutural, como o próprio nome sugere foca na estrutura das famílias mais pobres, como estas mantêm vínculos muito próximos ou não, neste caso, contribuindo para a individualização dos membros do grupo familiar. A escola de Milão quer saber das relações constitutivas da família e propor outras formas de se relacionar visando entender e tratar da PSP juntamente com seu grupo familiar, defende que a intervenção seja feita em equipe e prioriza o interrogatório como fonte de informação. A contribuição da escola construtivista para a família no campo “PSI” foi no sentido de ver/entender que o sistema familiar é construção dos seus membros e está em constantes mudanças. Esta escola usa como instrumento de compreensão e construção de uma nova realidade, a linguagem.

Como se pode perceber, o campo das terapias familiares ganhou várias teorias e instrumentos de operacionalização justamente por ser um campo complexo, diversificado e delicado de se penetrar a fim de buscar conhecimento e entendimento de suas expressões. A família deixa de se limitar a sujeito causador do sofrimento psíquico e culpabilizado por isso, tendo a intervenção centrada em si mesma e se começa a ampliar os horizontes de investigação como o contexto social, o meio em que vive e suas influências, e como a questão de gênero vem sendo muito discutida. O contato com a teoria basagliana veio legitimar a família como parceira seja nas unidades de serviço como nas organizações e associações, seja na elaboração de propostas na promoção da saúde mental.

## **2.2 A crise de 1970 e seus rebatimentos nas famílias em sofrimento psíquico.**

A crise econômica que se iniciou na década de 1970 acarretou na diminuição da ação do Estado nas políticas públicas, principalmente na área social, juntando-se a isso o desemprego estrutural que deixou à margem da esfera produtiva milhares de pessoas, isso fez com que as famílias ficassem sobrecarregadas pelo desemprego dos seus componentes como também o impedimento da inserção no mercado de trabalho. Em decorrência da crise econômica e do movimento feminista, as relações familiares começam a ser complexificadas e no campo teórico muito se produz para entendê-las. Em relação àquelas famílias que possuem membros com sofrimento psíquico, nota-se uma sobrecarga ainda maior para a mulher que assume vários papéis é mãe, esposa, “dona-de-casa”, ou seja, figura fundamental para a reprodução social dos membros do grupo familiar. Essa relação da mulher com sua família e com o papel que a mesma representa é analisado no plano subjetivo e considerado um “ato-de-amor”, tarefa inerente à figura feminina. “Não trabalho, só em casa mesmo cuidando deles. Eu já acostumei a vim, mas o pai disse que qualquer dia quem vem é ele” (ENTREVISTADA A). Segundo Rosa:

Ao remeter o provimento de cuidados ao plano das necessidades básicas, supridas na esfera doméstica, Balbo (1987) o qualifica como um trabalho invisível, pessoalizado, gratuito, leigo, solitário, requerendo qualidades relacionais, psicológicas, historicamente atribuídas ao sexo feminino. (ROSA, 2008, p.77)

Juntamente com a sobrecarga exercida nas famílias com a crise econômica e, conseqüentemente, com a redução do Estado com o social está o processo de desinstitucionalização do sofrimento psíquico que, no Brasil, ocorreu com o processo de reforma psiquiátrica. Essa transferência do cuidado com a PSP da clínica para a família teve suas vantagens ao devolver o indivíduo ao seu meio e convívio familiar e comunitário na tentativa de facilitar o exercício de sua cidadania e por fim a segregação, exclusão e estigma sofridos ao mesmo tempo em que possibilitou o desenvolvimento de suas subjetividades, no entanto para as famílias houve aumento de sobrecarga e demanda de novas funções e cuidados que as mesmas não estavam habituadas e preparadas para fazê-lo. A partir de todo esse despreparo e desassistência com o lidar dos seus membros, as famílias começaram a cuidar do Estado serviços assistenciais, pois criou-se uma tensão entre os que cuidam e aqueles que necessitam de cuidados, além de se verem obrigados/pressionados a



se inserirem cada vez mais o mercado de trabalho. Em poucas palavras, pode se dizer que o processo de desinstitucionalização criou uma nova demanda por serviços assistenciais. Como queira Rosa:

Ao lado disso, a partir da experiência norte-americana, Sommer (1990) apresenta, ainda, os problemas relacionados ao despreparo e precariedade, em termos de suporte assistencial, enfrentados pelas famílias ao assumirem o cuidado doméstico com o portador de transtorno mental, fato que as tornam demandantes de assistência exatamente por não se encontrarem habilitadas para tal tarefa, que, por si só, é bastante complexa. (ROSA, 2008, p.78)

### **2.3 A reação das famílias diante da descoberta do sofrimento psíquico**

Os problemas enfrentados pelas famílias são muitos e perpassa todas as fases do processo de “adoecimento” e eclosão do sofrimento psíquico, bem como do tratamento. De início há uma dificuldade em perceber o problema, sobretudo quando não se expressa muito no comportamento, quando não são evidentes os sintomas e quando percebidos, há certa recusa, muitas famílias não conseguem aceitar que um de seus membros tenha algum sofrimento psíquico e começam uma dolorosa busca por diagnósticos de outra natureza. Essa recusa se dá, entre outras causas, pelo estigma que a PSP sofre juntamente com sua família ao mesmo tempo em que estigmatiza, pois entendem que possuir um membro com sofrimento psíquico na família leva a pensar que isso pode se estender a outras pessoas do grupo, dado os laços consangüíneos o que, por sua vez, gera medo, insegurança, preconceito, ansiedade e tensão por parte das famílias. Ao eclodir a primeira crise, seu efeito é devastador para os que convivem com a PSP, o desgaste financeiro e emocional na tentativa de buscar “a cura” são grandes e muitas vezes a família tentando buscar respostas para a situação que está vivenciando acaba se culpabilizando e daí começa uma procura pelas possíveis causas, querem uma causa concreta que dê uma explicação ao sofrimento psíquico, que justifique seu surgimento e, assim, amenizar a culpa que lhes persegue.

Por outro lado a eclosão na primeira crise faz com que a família se encha de esperança de que o membro familiar vai encontrar a cura e ou o controle sobre si, essa esperança estimula os membros da família investirem mais, se doarem mais,

participarem mais do tratamento, elas buscam conhecer fundo do que se trata o sofrimento psíquico, reorganizam suas relações familiares em torno da pessoa que necessita cuidados, elas se interessam por informações, orientações e começam a traçar um diálogo com os profissionais expressando a esperança na melhoria da condição de vida do seu membro. Como chamaria Viktor Frankl, essas famílias encontraram a vontade de sentido.

A busca do indivíduo por um sentido é a motivação primária em sua vida, e não uma “racionalização secundária” de impulsos instintivos. Esse sentido é exclusivo e específico, uma vez que precisa e pode ser cumprido somente por aquela determinada pessoa. Somente então esse sentido assume uma importância que satisfará sua própria vontade de sentido. (...) o ser humano é capaz de viver e até de morrer por seus ideais e valores! (FRANKL, 2008, p.124-125)

Ainda, segundo Frankl, a vontade de sentido pode ser frustrada no momento que a esperança de cura no momento de eclosão da crise desaparece, quando a família finalmente enxerga que é um estado contínuo de tratamento, cuidados e crises. Nesse momento as famílias tendem a questionar o sistema de saúde, segundo Rosa, esse sentimento de desesperança e revolta pode se explicado pela exclusão da família do tratamento, da assistência psiquiátrica que centra sua intervenção apenas no indivíduo, não prepara as famílias para conviverem com tal situação de sofrimento psíquico contínuo, muitas vezes deixa subentendido que a cura virá mediada pelo tratamento disponível nas unidades de serviço em saúde mental e que, não cabe às famílias outra tarefa a não ser esperar passivamente o grande momento da cura ou recuperação chegar. À medida que as crises vão acontecendo, a família vai substituindo a esperança pela fatalidade e o seu olhar para a PSP vai se transformando bem como os vínculos afetivos vão tornando-se indiferentes em alguns casos.

Estabilizada e/ou agravada o sofrimento psíquico, a família do indivíduo passa a olhar, tratar o mesmo de duas formas: superprotegendo, que, segundo Rosa, é um desdobramento do sentimento de culpa ou a infantilização, a família passa a encarar o sofrimento psíquico como incapacidade para a vida e para o trabalho impossibilitando o desenvolvimento de suas subjetividades e potencialidades, inutilizando o mesmo. Muitas famílias se aproveitam financeiramente do sofrimento psíquico para recebimento do benefício previdenciário e assim contribuir nas

despesas do grupo familiar, ficando, muitas vezes, as necessidades da PSP em segundo plano. A forma como a família trata o indivíduo em sofrimento psíquico pode rebater na forma do mesmo se relacionar com a própria família, quando, em muitos casos, ele torna-se um fardo, tendo em vista a demanda de cuidados e a ociosidade do mesmo. Há casos em que família no lidar cotidiano contribui para o abandono do tratamento ao entender que controlado os sintomas, os remédios não são mais necessários ou ainda quando os mesmos demoram a apresentar resultados. As famílias tendem a relacionar remédio e cura. Esse abandono da medicação pode estar ligado a orientação, ou melhor, a falta dela por parte dos profissionais que acompanham a PSP. Como explica Rosa

Aos primeiros sinais de estabilização do quadro psicopatológico, tendem a suspender a medicação, sobretudo no enfrentamento das primeiras crises psiquiátricas, quando a família também estigmatiza o uso do medicamento, por temer seus efeitos colaterais e por associá-lo à loucura e à dependência orgânica, uma preocupação legítima, mas difícil de ser administrada no cotidiano. (ROSA, 2008, p.305)

Porém,

(...) o tipo de relação que se estabelece entre o PTM/cuidador e o medicamento diz muito sobre o tipo de relação que se construiu entre esses e o serviço de saúde, que, por sua vez, pode influir de forma positiva na continuidade do tratamento na esfera doméstica.

Além do impacto subjetivo, há ainda as implicações financeiras para o grupo familiar da PSP. Os cuidadores, quando jovens se vêem obrigados a se inserirem no mercado produtivo para garantir a reprodução do membro no que diz respeito ao tratamento, alimentação e roupa, desse modo sobrecarregando o cuidador com uma dupla jornada de trabalho, embora apenas uma seja reconhecida. Muitos deles, os cuidadores, dada a invisibilidade de se inserir no mercado formal de trabalho, se vêem obrigados a buscarem a informalidade para garantir a renda, pois podem adequar o horário de trabalho com a hora do cuidado. Esse quadro é amenizado quando a PSP recebe benefício previdenciário, então essa renda é direcionada ao grupo familiar ou, quando o cuidador possui idade avançada e recebe aposentadoria, então as necessidades básicas da família estão de certa forma, garantidas, entretanto dado o avanço da idade, o cuidado logo precisará de cuidados também.

Em cada contexto histórico, político e cultural houve uma forma de organização familiar bem como uma nova forma de relacionar-se com a pessoa em sofrimento psíquico por parte da família, da sociedade e por parte do Estado. Num dado momento onde a internação era mecanismo fundamental no tratamento do sofrimento psíquico acarretava em segregação e estigma da PSP pela família e pela sociedade, em outro, na reforma psiquiátrica, tempo de desinstitucionalização da saúde mental, as pessoas retornam para suas famílias numa tentativa de resgatar vínculos, restabelecer a cidadania e o desenvolvimento das subjetividades em um ambiente harmonioso que é o convívio familiar acreditando no sucesso do tratamento e controle dos sintomas. O Movimento de Reforma Psiquiátrica teve suas vantagens, isso é inegável, mas e quanto às famílias? Focalizou na pessoa com sofrimento psíquico, sua liberdade, sua cidadania, sua subjetividade, entre outros, mas não levou em conta a família como os antigos pacientes dos hospitais psiquiátricos. As famílias receberam seus membros advindos das clínicas, mas não receberam preparo para lidar com os mesmo em seu cotidiano, isso gerou certa insegurança, algumas dificuldades em dar continuidade ao tratamento em casa quem perdura até os dias atuais.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho de conclusão de curso segue o método qualitativo com fins de relacionar os dados coletados no contexto da realidade estudada segundo a teoria da logoterapia considerando os seguintes conceitos: a vontade de sentido no qual o indivíduo dá um sentido para sua vida que é o que o fazer viver em prol de alcançar e/ou manter um ideal; Frustração existencial acontece quando o indivíduo tem seu sentido frustrado o que pode resultar em neurose; Neuroses noogênicas que surgem de problemas existências, Noodinâmica, que, por sua vez, é a tensão causada no processo da busca pelo sentido da vida, que segundo Frankl, “é inerente ao ser humano e por isso indispensável ao bem-estar mental” (2008, p.130); O vazio existencial que corresponde as perdas sofridas pelas escolhas que o ser humano faz; O sentido da vida, diz respeito ao sentido que procuramos dar a vida, sentido este que varia de pessoa para pessoa e de um momento para outro; A essência da existência refere-se à responsabilidade sobre a vida; O sentido do amor que diz respeito a capacidade de chegar no íntimo da personalidade de outra pessoa, sem o qual isso seria impossível; O sentido do sofrimento é a capacidade humana de encontrar sentido para ávida mesmo numa situação de sofrimento, dar dignidade ao seu sofrimento; O suprasentido, é o sentido incondicional da vida, tal sentido foge a nossa capacidade intelectual de percebê-lo; A transitoriedade da vida que parece nos tirar o sentido da vida em certos momentos, por isso a consciência da responsabilidade de entender as possibilidades da transitoriedade é fundamental; Logoterapia como técnica que sugere que enfrentemos aquilo que tememos; A neurose coletiva inerente à cada época, trata-se dos males que afligem as massas; Crítica ao pandeterminismo que relaciona o ser humano como fruto do meio onde vive, incapaz de tomar posições frente à situações quaisquer e a Reumanização da psiquiatria, questiona o médico psiquiatra e sua visão sobre seu paciente, a capacidade de enxergá-lo como ser humano que decide, que escolhe, que dar resposta e não como uma coisa como se seu paciente estivesse limitado à doença.

Trata-se de uma pesquisa exploratória de campo realizada no âmbito do centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil João Paulo II localizado na Rua Basílio Silva, no município de Sousa, selecionamos três mães cujos filhos são usuários da unidade. Foram utilizados como instrumento de coleta de dados o formulário. Os dados obtidos foram relacionados com a bibliografia existente sobre o

assunto, sob a luz dos autores Lúcia Rosa, Paulo Amarante, Viktor E. Frankl com o método, entre outros. Por envolver seres humanos como fonte de obtenção de dados foi necessário seguir o que diz a Resolução 466/2012 que dispõe sobre os aspectos éticos de uma pesquisa como o TCLE que trata de garantir a eticidade entre os envolvidos prestando os devidos esclarecimentos em relação aos motivos da realização da pesquisa, o que se pretendeu alcançar, os possíveis benefícios, o sigilo da identidade dos participantes, a liberdade de recusa da contribuição com a pesquisa durante o andamento da mesma bem como a ausência de riscos que envolveram este processo.

## CONCLUSÃO

Para entender a Política de Saúde Mental como está configurada atualmente, foi preciso percorrer um longo caminho de lutas e transformações no saber/prática psiquiátricos. Tais transformações ocorreram primeiramente na Inglaterra com a Comunidade Terapêutica e na França a Psicoterapia Institucional, ambas promoveram uma reforma no espaço asilar sem pretensão de ir além dos muros desses espaços, promovendo a inserção desses indivíduos no mercado de trabalho, ou seja, mão-de-obra barata disponível. Em seguida e como forma de superação dos modelos anteriormente citados, ou seja, reforma para além dos muros asilares estão a Psiquiatria de setor francesa e o Preventivismo norte-americano que vão no sentido de prevenir a sociedade da loucura, promovem uma “psicologização social” e adotam práticas que incluem até os que não possuem sofrimento psíquico a fim de identificar as potencialidades de desenvolver ações desviantes, tendenciosas à loucura e ainda mantém o espaço asilar como instrumento no tratamento da loucura. Posterior a esses dois momentos temos a Antipsiquiatria inglesa e a Psiquiatria basagliana que criticam a estrutura asilar, propõe uma ruptura radical com os modelos anteriores, questionam o saber psiquiátrico até então e denuncia o hospital psiquiátrico como espaço de violação de direitos e de reprodução da loucura.

É importante conhecer os movimentos reformistas que aconteceram na esfera mundial para compreensão dos modelos que foram adotados no Brasil, mais especificamente o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica que perdura até os dias atuais. A Reforma Psiquiátrica foi um desdobramento da Reforma Sanitária que vinha acontecendo no Brasil na época da reabertura democrática brasileira depois de um período de ditadura militar e teve como seu principal ator político o Movimento dos Trabalhadores em Saúde mental que mais tarde se transformou no Movimento Nacional e Luta Antimanicomial. Nesse período muitas conferências aconteceram e serviram como espaços de discussão e lançamento de propostas que definiram a política de saúde no subsetor saúde mental, entre elas se destacou a VIII Conferência Nacional de Saúde. O MRP adotou a Psiquiatria Basagliana como modelo a ser implantado que implicou na desinstitucionalização da saúde mental e na criação de serviços substitutivos como o hospital-dia, os NAPS e CAPS que prestam serviços de assistência psiquiátrica, mas sem internação e também as

residências terapêuticas para aquelas pessoas oriundas dos hospitais psiquiátricos que perderam o vínculo com sua família. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 que culminou com o Sistema Único de Saúde - SUS, as reivindicações do MRP, os princípios das reformas sanitária e psiquiátrica estabelecidos na VIII CNS se consolidaram e transformaram-se em lei, a saúde é inserida na Seguridade Social juntamente com a Previdência e a Assistência, sendo a única de caráter universal sem a necessidade de contribuição prévia por parte da sociedade. Em 1991 foi criada a LOS – Lei Orgânica da Saúde e em 1991, as Normas Operacionais Básicas – NOB/91. Mais tarde foi aprovado o substitutivo de lei Sebastião Rocha no lugar do projeto de lei do senador Paulo Delgado, o primeiro defendia a permanência dos hospitais psiquiátricos, mas não era mais um instrumento fundamental no tratamento. Esse processo visou proporcionar uma melhoria na qualidade de vida das pessoas com sofrimento psíquico, devolvê-las ao convívio familiar e comunitário promovendo o desenvolvimento de suas subjetividades e potencialidades, mas, por outro lado, também causou certa desassistência por parte dos familiares que, sem preparo algum, ficaram meio perdidos sobre o que fazer e como lidar com seus membros com sofrimento psíquico, causando uma tensão entre os que cuidam e os que precisam de cuidado ocasionando, algumas vezes, em abandono do tratamento. É preciso estabelecer diálogos frequentes entre profissionais da área da saúde mental e as famílias das pessoas atendidas pelas unidades de serviço a fim de obter sucesso no tratamento, no convívio familiar e comunitário.



## REFERÊNCIAS

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

BOTELHO, O. **Trabalhos Acadêmicos**. 2014. Disponível em: <<http://apoioerevisao.blogspot.com.br/2014/01/normas-abnt-para-trabalhos-academicos.html>>. Acesso em: 03/04/2014.

CHARLIE BROWN JR. **Só os loucos sabem**. Disponível em: <<http://letras.mus.br/charlie-brown-jr/1554240/>>. Acesso em: 03/04/2014.

FRANKL, Viktor E. **Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. 25ed. São Leopoldo: Vozes, 2008.

GONÇALVES, L. **Integralidade e Saúde Mental**. São Paulo: Minelli, 2008.

KALOUSTIAN, S. M. **Família Brasileira: a base de tudo**. 8ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MINAYO, M. C.S (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Rio de janeiro: Vozes, 1994.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**: São Paulo: Atlas, 2012.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2ed. São Paulo, Cortez, 2008.

## APÊNDICE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG

CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS - CCJS

UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO - UAD

CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

POLLIANA MARTINS PINTO

TELEFONE: (83) 9369 6806

### FORMULÁRIO

1 – NOME DO PARTICIPANTE

2- QUANTO TEMPO O MEMBRO FAMILIAR, O QUAL É RESPONSÁVEL, É USUÁRIO DO CAPSi JOÃO PAULO II?

3 – QUAL É O DIAGNÓSTICO DE SEU (A) FILHO (A) DADO PELO CAPSi?

4 – POR QUAIS PROFISSIONAIS SEU (A) FILHO (A) É ATENDIDO E COM QUE FREQUÊNCIA?

5 – PARTICIPA DE ALGUMA ATIVIDADE VOLTADA PARA A FAMÍLIA – GRUPO, REUNIÕES, OFICINAS, ENTRE OUTROS? SE SIM, QUAIS SÃO?

6 – COMO É O COMPORTAMENTO DO USUÁRIO NO AMBIENTE FAMILIAR, ESCOLAR E COMUNITÁRIO?

7 – O CAPSi JOÃO PAULO II FORNECE ALGUMA ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO COM O LIDAR COTIDIANO COM A CRIANÇA OU ADOLESCENTE COM SOFRIMENTO PSÍQUICO? QUAL

8 – EM SUA OPINIÃO, O ACOMPANHAMENTO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO FAVORECE BONS RESULTADOS? SE SIM, QUAIS?

## ANEXO



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a), como voluntário(a), à participar da pesquisa intitulada “OS IMPACTOS DO SOFRIMENTO PSÍQUICO NO CONVÍVIO FAMILIAR DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO-JUVENIL JOÃO PAULO II”

O motivo que me leva a estudar o problema decorre da tentativa de conhecer como se dá o atendimento aos usuários do serviço oferecido pelo CAPS i João Paulo II e seus impactos no convívio familiar e social. A pesquisa se justifica pelo fato dos rebatimentos do sofrimento psíquico no convívio familiar se dar, muitas vezes, de forma negativa expressando, em alguns casos, o desconhecimento do problema pela família e a não preparação para lidar com o mesmo no dia-a-dia, o que pode implicar em obstáculos para a eficácia do tratamento do usuário e seu desenvolvimento social e familiar pleno e saudável. Uma maior sintonia entre CAPS i e família inserindo-a como um dos componentes no tratamento e acompanhamento do usuário trará resultados mais eficazes. O objetivo dessa pesquisa é analisar os impactos (negativos e/ou positivos) vivenciados por familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico a partir da implantação do Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil João Paulo II (CAPS i), na cidade de Sousa-PB, em 2005. O procedimento de coleta de dados será realizado mediante aplicação de formulário aos pais ou responsáveis dos usuários

com a presença do pesquisador responsável cuja abordagem se dará uma única vez no próprio CAPS i durante o horário de funcionamento.

Não haverá desconforto ou risco mínimo para o Sr.(a) que responder o formulário visto que as informações fornecidas serão usadas sem revelar a identidade de quem os forneceu e se justifica pelo benefício que essa pesquisa pode trazer à você e a seu(a) filho(a) estreitando os vínculos que ligam sua família e a criança e/ou adolescente com o CAPS i.

A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que não será coletado material humano para fins de testes e/ou exames. Será numa única abordagem e de forma verbal por parte do participante.

O Sr.(a) será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr.(a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser fornecidos apenas para o Sr.(a). Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será citado(a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr.(a), ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao(a) Sr.(a).

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional e nem lhe trará danos de qualquer natureza.

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Polliana Martins Pinto certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante

Polliana Martins Pinto através do telefone: (83) 9655-5618 e pelo endereço de e-mail: pollianamartins@hotmail.com ou o(a) professor(a) orientador(a) Luan Gomes dos Santos de Oliveira pelo telefone: (83) 9646-4288 e pelo e-mail: luangomessantos@terra.com.br.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____	_____	____/____/____
Nome	Assinatura do Participante da Pesquisa	Data

_____	_____	____/____/____
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data



