

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIANA BARBOSA E SOUZA**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA RELAÇÃO ENTRE  
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E SUAS FAMÍLIAS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIANA BARBOSA E SOUZA**

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA RELAÇÃO ENTRE  
PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E SUAS FAMÍLIAS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Lucilene Cardoso**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA RELAÇÃO ENTRE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E SUAS FAMÍLIAS** de autoria do aluno **MARIANA BARBOSA E SOUZA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Dra. Lucilene Cardoso**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais que me ensinaram o verdadeiro valor da vida, me amando e me apoiando todo o tempo.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar força e coragem nos momentos difíceis, pela perseverança e direção para superar meus obstáculos e seguir em frente na busca de conseguir efetivar meus objetivos para a realização dos meus sonhos.

Ao meu pai e a minha mãe “mulher fortaleza” que me ensinou a ser forte em momentos difíceis, dócil quando a vida assim manda, determinada quando necessário e foi capaz de plantar na minha vida os princípios e valores que carrego comigo hoje e sempre.

Aos meus companheiros de trabalho na Saúde Indígena, que sempre me apoiaram e incentivaram na realização desse sonho em ser Pós-graduada, mesmo diante de tantas dificuldades de acesso ao estudo à distância.

A tutora Murielk Lino, que me ensinou e me orientou ao longo do curso, não deixando que eu me desestimulasse nem mesmo desistisse dos meus sonhos acadêmicos, fazendo com que eu continuasse na busca pela minha formação profissional.

Muito Obrigada!  
Mariana Barbosa e Souza

## **LISTA DE SIGLAS**

**BPC** – Benefício de Prestação Continuada

**CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial

**CAPSi** – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

**CAPSad** - Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas

**DINSAM** – Divisão Nacional de Saúde Mental

**MTSM** – Movimento dos trabalhadores da Saúde Mental

**NAPS** – Núcleo de Atenção Psicossocial

**PSF** – Programa Saúde da Família

**PTM** – Portadores de Transtornos Mentais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>	
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>		<b>4</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>		<b>X</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>		<b>X</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>		<b>X</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>		<b>X</b>

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo fazer um levantamento bibliográfico e histórico sobre, aspectos que interferem na relação do Portador de Transtorno Mental e sua Família, apresentando também um cenário histórico sobre a criação e funcionamento dos manicômios, onde serão apontadas as principais transformações que ocorreram dentro da legislação de Saúde Mental, e discorrer sobre as dificuldades e estratégias enfrentadas no dia-a-dia de convivência do portador da doença e sua família. O interesse pelo tema surgiu através da necessidade de desvendar a difícil tarefa proposta pelo novo sistema de Reforma Psiquiátrica, uma vez que esse sistema se encontra ainda muito complexo nessa sociedade. É neste contexto de inserção do Portador de Transtorno Mental dentro da família e da sociedade que o Serviço Social como profissão, atua através de estratégias para resgatar o vínculo familiar que de uma forma ou de outra foi rompido/quebrado, procurando identificá-los em sua totalidade, cabendo assim ao profissional de Serviço Social minimizar as contradições surgidas dentro do Sistema de Saúde Mental, geridas pelo Sistema Capitalista.

**PALAVRAS-CHAVE:** Família; Portador de Transtorno Mental; Reforma Psiquiátrica; Serviço Social.

## 1 INTRODUÇÃO

Para considerarmos que uma pessoa é Portadora de Transtornos Mentais é necessário que o indivíduo possua alguma vulnerabilidade, ou seja, apresente expressões que o diferenciem de outros como, por exemplo, alterações na fala, alterações motoras, alterações no comportamento, alterações de interpretações e nos gestos. Observa-se que quando um indivíduo apresenta comportamento psíquico que ocasiona incômodo ao sistema sócio-cultural ou pelo sofrimento do próprio indivíduo com seus distúrbios comportamentais é que a atenção e tratamento multidisciplinar se fazem necessários. Porém, confirmado o diagnóstico de Transtorno Mental, cabe um acompanhamento desses indivíduos que promova, não somente bem-estar físico, mas também a socialização, a reintegração na sociedade.

Acredita-se que, pelo fato de o transtorno mental exigir tratamento contínuo, demandar cuidados especiais de psiquiatras e familiares, por ainda não se ter uma causa científica definida pela medicina e causar ainda medo, afastamento e, conseqüentemente, preconceito das pessoas, é difícil estar inserido socialmente na condição do Portador de Transtorno Mental – PTM, sem recursos de valorização. Para esses pacientes, a inserção no mercado de trabalho fica ainda mais difícil, principalmente quando não há uma relação cordial com a família. Ainda segundo Bineto (2007), a desvalorização pode acontecer tanto por parte do mercado do trabalho, quanto da própria família.

A sociedade capitalista consiste na produção social com da própria vida, os homens contraem relações de produção que correspondem a uma etapa determinada de surgiu a partir da organização da sociedade primitiva e, por conseguinte, após desenvolvimento de suas forças produtivas materiais – nestas relações de produção e desenvolvimento da sociedade, os interesses do capital são primordiais e não há inclusão de indivíduos sem adaptação ou qualificação para o sistema capitalista.

O sistema capitalista surgiu a partir da organização da sociedade primitiva e, por conseguinte, após o regime escravista<sup>1</sup> e feudal. A visão de Marx *apud* Netto (2006) sobre o capitalismo diz respeito a uma nova forma de exploração do homem pelo homem, ou seja, a burguesia compra apenas a força de trabalho da classe trabalhadora. Nesse contexto, entendemos

---

<sup>1</sup> Segundo Ivo e Tonet (2004), se caracterizava pela existência de suas classes sociais antagônicas os senhores de escravos e os escravos.

que apenas as pessoas que podem oferecer sua força de trabalho são as que estão aptas para ingressar nos processos produtivos do capitalismo, o que não inclui o portador de transtornos mentais.

No período do século XV, indivíduos com esquizofrenia, estabelecidos como loucos, eram tratados como um grupo excluído da sociedade e lançados em barcas para que fizessem uma viagem para longe onde ficavam à própria sorte. Ao abordar tal assunto, novos estudos em torno da temática da doença mental têm sugerido uma terminologia a ser usada para definir as pessoas que possuam algum tipo de transtorno psicossocial como usuários do serviço de saúde mental.

Nesse caso, pretende-se que estes indivíduos, na condição de usuários, usufruam como cidadãos, dos serviços oferecidos pela rede pública de saúde. Goulart (2006, p.4) salienta que: “Se tínhamos pacientes que eram objeto passivo, de ações técnicas ou terapêuticas, agora esses sujeitos passam a existir na condição de cidadãos, que usufruam de serviços ofertados por agências públicas”.

Os indivíduos com doença mental ou “loucos” convivem com inúmeras formas de preconceitos existentes na sociedade e, até mesmo na família. É importante lembrar que, atualmente, existem serviços de saúde especializados no tratamento e acompanhamento desses indivíduos. Após a reforma psiquiátrica<sup>2</sup> - modelo responsável por uma nova forma de cuidado a portadores de transtornos mentais – surgiram os Centros de Atenção Psicossociais – CAPS. No que se seguem os CAPS se localizam “Dentro de um contexto Antimanicomial – responsável pelo fim dos manicômios, que visa questionar e reverter o meio de tratamento utilizado pelos tradicionais Hospitais Psiquiátricos” (DUARTE & SANTOS 2009, p.4).

Os Centros de Atenção Psicossocial possuem em seu funcionamento protocolos que definem como serão abordadas as pessoas com transtornos mentais, de acordo com as necessidades específicas de cada paciente, ou seja, essas instituições estabelecem os níveis básicos para o atendimento a esses indivíduos. Geralmente, os CAPS são constituídos por uma equipe multiprofissional que visam à reintegração social, a exemplo do psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, educador físico, enfermeiros e o assistente social que tem participação ativa para devolver esses cidadãos à comunidade, de modo a manter uma vivência mais saudável

---

<sup>2</sup> Movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos teve início no Brasil em 1978 com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental.

do que antes era estabelecida pelo modelo manicomial, isto é, sem as práticas de tratamentos desumanos e violentos que levavam alguns pacientes do flagelo à morte.

Seguindo esta linha de raciocínio, ressaltamos que é de suma importância que se priorizem as diretrizes da política de saúde mental, como a redução da utilização de recurso na internação hospitalar, por meio da substituição desta por serviços ambulatoriais de atenção diária e dinâmica, que possibilitará ao paciente e a sua família uma interação salutar, com laços mais preservados de relacionamento que, conseqüentemente, atuará como elo facilitador da inclusão social, uma vez que a patologia mental do indivíduo sem os devidos cuidados e atenção, proporciona o afastamento nas relações familiares, e de trabalho, ocasionando isolamento social.

Este trabalho teve como objetivo geral realizar um levantamento bibliográfico acerca dos aspectos históricos e psicossociais que interferem na construção do relacionamento entre os indivíduos com doença mental e o contexto familiar.

Com o intuito de realizar o objetivo geral, pretendeu-se especificamente, apresentar um panorama histórico sobre a criação e funcionamento dos manicômios, durante a vigência exclusiva do modelo asilar de assistência em saúde mental<sup>3</sup>; apontar as transformações ocorridas na legislação em saúde mental e nas políticas públicas, ressaltando o novo modelo de assistência proposto na reforma psiquiátrica e discutir as dificuldades e estratégias de enfrentamento, apontadas nas pesquisas recentes sobre a convivência dos Portadores de Transtornos Mentais e suas famílias.

Portanto este trabalho contribuirá como instrumento facilitador à atuação do Enfermeiro e de outros profissionais, proporcionando uma ampla visão das demandas que norteiam essa prática assistencial aos Portadores de Transtornos Mentais.

---

<sup>3</sup> Forma de tratar o paciente dentro do hospital isolando-o do convívio social.

## 2. O INÍCIO DA ASSISTÊNCIA À DOENÇA MENTAL – OS MANICÔMIOS COMO ASILOS

### 2.1. Da sociedade primitiva à sociedade escravista

De acordo com os pressupostos de Marx e Engels abordados por Lessa & Tonet (2004), a sociedade surgiu com a civilização primitiva em decorrência de uma organização que já estava articulada no desenvolvimento de suas tarefas. A sociedade primitiva, ainda não estava alicerçada por classes sociais como nos dias de hoje, mas mesmo assim já existiam os sintomas da loucura.

O fenômeno da loucura aparecia na sociedade primitiva com várias interpretações, sendo por muitas vezes classificado como: “Castigo dos Deuses, como experiência trágica da vida, como possessão por demônio, como poderes sobrenaturais” (BISNETO, 2007, p 173). Desta forma, a loucura era vista de uma perspectiva que mudava conforme as experiências de vida, ora combatida, ora apreciada.

Na época primitiva, todos trabalhavam para um bem comum, na verdade, todos os indivíduos, através da coletividade, exerciam atividades em prol do grupo. Com o passar dos tempos, foram sendo criadas varias ferramentas, que garantiram ao homem primitivo o aprimoramento das técnicas para a sua sobrevivência. Inicialmente, tinha-se uma intenção de trabalho coletivo, considerado pela sociedade atual, mas com as adaptações do homem ao ambiente natural, foram surgindo novas necessidades. Porém, de acordo com Bethancourt (2010), os indivíduos que apresentavam já alguma alteração de comportamento e tidos como loucos já estavam condenados à exclusão por não servirem para o trabalho e para o convívio social.

Todavia, o primeiro passo das antigas civilizações foi dado quando o homem começou a desenvolver a sua capacidade de trabalhar e produzir, o homem primitivo diante das adversidades geográficas e da natureza desenvolveu ferramentas para o uso cotidiano tanto na agricultura como na caça e pesca, e assim por diante até que se tornou capaz de produzir seu próprio alimento, sem ter que depender totalmente da natureza. Segundo Marx e Engels *apud* Lessa & Tonet (2004) lembram que na sociedade em questão, todos usufruíam da natureza e da produção inicial, sendo este último considerado fruto do próprio esforço do trabalho.

Vale salientar que o diagnóstico de loucura variava muito, isto é, o costume de uma sociedade em sua base social e cultural pode não ser aceito por outra e tido como ato de insanidade.

As habilidades adquiridas pelos homens ao longo dos tempos subsidiaram novas expectativas no que diz respeito à produção. Ao saber da produção para consumo, o homem primata entendeu que também poderia gerar mais alimentos do que a necessidade do momento, ou seja, mesmo com a produção base (a produção indispensável para o consumo diário), eles perceberam que seria essencial a produção em larga escala, ou produção excedente, e, logo mais adiante, tratariam de trocar o valor equivalente.

A partir disso, o trabalho coletivo começou a se extinguir, dando origem às primeiras divergências, como por exemplo, os interesses antagônicos, algo que o homem da época não mais conseguia controlar. Quando começaram a se intensificar a produção de alimentos, a partilha já não era o principal interesse da comunidade. No fim das produções de caráter coletivo, deu-se a separação entre os indivíduos, de acordo com o quantitativo que haviam produzido.

Gomes (2008) salienta que:

“A produção intensiva de alimentos por iniciativa do próprio homem acaba por conduzir à rotura da partilha comunal e à alteração profunda das relações sociais existentes entre as comunidades e mesmo no seu interior. A intensificação da produção agrícola e pecuária permitiu obter excedentes em gêneros, não já partilhados por toda a comunidade, que se concentraram na mão dos chefes das comunidades criando as premissas para uma apropriação coerciva e o aparecimento de desigualdades sociais. As terras aráveis, os animais e os pastos, embora permanecendo como propriedade comunal, começam a ser atribuídas a famílias inseridas na comunidade agrícola, que tendem a explorar por sua própria conta. Esta apropriação torna-se incompatível com a partilha igualitária. Nos últimos estádios do regime comunitário acentua-se a diferenciação entre as pessoas ou as famílias conforme a sua posição em relação à posse dos meios de produção e à distribuição igualitária dos bens produzidos, e assiste-se à formação duma estratificação social em fase nascente, embora ainda não institucionalizada”. (p. 10).

É importante ressaltar que essa diferenciação determinou a divisão das classes sociais, passando a existir a classe dominante e classe dominada. Devemos considerar que a formação das classes deve-se, sobretudo, à existência de um subproduto obtido e a possibilidade da sua alienação possibilitando a distribuição desigual da riqueza e com ela a estruturação de uma sociedade de classes.

A divisão da sociedade primitiva em grupos de classes socialmente distintas se deu de forma gradativa, isto é, foi-se formando de acordo com as mudanças e o desenvolvimento da

divisão social do trabalho <sup>4</sup>e dos equipamentos técnicos usados pelo homem primitivo. Outro fator relevante para as mudanças sociais foi o aparecimento do domínio territorial e da apropriação dos meios de produção, e finalmente com a disseminação da escravatura.

Gomes (2008) assinala que nessas sociedades havia os chamados “chefes”, que se encontravam numa posição privilegiada. Estreitamente ligada a esta posição, estava a posse de bens que, pouco a pouco, tornou-se hereditária. Cada chefe era responsável por um clã, e esses, por sua vez,

O nascimento das classes não foi possível em toda parte ao mesmo tempo. O aparecimento das classes nas sociedades deu lugar às sucessivas mudanças no sistema de preparação para a vida em cada geração que se originava. A classe tida como dominante tentou impor suas ideologias e seus pontos de vista às camadas intermediárias e às camadas exploradas daquela sociedade, criando relações que implicavam e provocavam desiguais distribuições de riqueza.

A passagem da sociedade primitiva para a escravista se deu quando o homem passou a tomar posse, não mais apenas de objetivos ou terras, mas também de outros seres humanos, os quais agora passariam a produzir bem mais do que apenas o necessário para sua simples sobrevivência.

A concepção abordada por Marx *apud* Lessa & Tonet (2004) sobre a sociedade escravista é, sem dúvida, peculiar, isto porque o sistema tinha a mão de obra escrava como parte fundamental para o aumento da produtividade.

Lessa & Tonet (2004) lembram que os senhores das terras necessitavam de muitos escravos para a produção. No entanto, os escravos não se interessavam pela produção agrícola, fazendo com que os senhores contratassem mais escravos. Logo, os senhores das terras viram a necessidade de contratar soldados para a vigília do trabalho escravo, como também, da própria segurança destes senhores.

Houve também o custo na contratação dos soldados. Com isso era essencial que houvesse a junção desses senhores para que arcassem com as despesas de contratação de uma pessoa que

---

<sup>4</sup> Sistema complexo de todas as formas úteis diferentes de trabalho que são levadas a cabo independentemente uma das outras por produtores privados, ou seja, “no caso do capitalismo, uma divisão do trabalho que se dá na troca entre capitalistas individuais e independentes que competem uns com os outros” (MOHUN, 1988, p. 112).

ficasse responsável pelas cobranças dos impostos e assim garantir que nenhum senhor falhasse com as obrigações – os chamados impostos anuais, segundo expõem Lessa & Tonet (2004).

Durante o século XIX, por volta de 1870, houve um aumento significativo no número de suicídios cometidos pelos escravos, o que foi motivo de estudos para saber quais as causas que levava muitos negros à morte. Com uma pesquisa preliminar percebeu-se que a maioria se deu no período do *banzo*, levando a crer que se davam pela carência e saudades da terra natal, pois acometiam mais os escravos recém chegados da África, e em outros casos por medo e pela forma como viviam os cativos.

A criação de um estado de direito que regulasse as relações entre os senhores de terras e os escravos foi perdendo a eficácia e entrando em declínio, devido ao numero elevado de escravos e ao tamanho do império. A história mostra que o exército e o estado cresceram muito, mas com a corrupção interna não conseguiram dar mais rendimento aos senhores para sua manutenção. Em linhas gerais, os impostos ficaram tão altos que os senhores já não tinham como arcar com essas despesas. “Com isso, funcionários públicos e demais soldados recebiam cada vez menos, ocasionando revoltas destes profissionais e a elevação da corrupção”. (LESSA & TONET, 2004). Nesse sentido, ocorreram manifestações nas regiões de fronteiras e revoltas de escravos. O comércio também entrou em crise o que acabou por gerar uma desorganização, diminuindo ainda mais o lucro dos senhores. Com a diminuição dos recursos financeiros da burguesia, sucedeu a crise política e a militar, desestruturando ainda mais a economia e levando ao fim o escravismo:

O escravismo, pelo seu próprio desenvolvimento, gerou contradições que o conduziram no dizer de Lukács, a um “beco sem saída”. Não tinha como continuar a existir, e, contudo, não havia nenhum projeto de uma nova sociedade capaz de superar aquele impasse histórico. Os homens não podiam intervir conscientemente no processo de transição, pelo contrário, foram por estes empurrados sem perceber adequadamente o que ocorria. Sem a presença de uma classe revolucionária, a transição do escravismo ao feudalismo ocorreu lentamente e de forma caótica, demorando mais de três séculos para se completar. E, apenas após este longo período, consolidaram-se as características decisivas do feudalismo. (LESSA & TONET, 2004).

De acordo com a citação acima, passaram-se acerca de mais ou menos três séculos para que se concretizasse a chegada do feudalismo, o que influenciou essa demora, foi também o fato de que no escravismo não existia uma classe revolucionária que lutasse por condições melhores, e ao mesmo tempo os homens da época não tinham conhecimento para promoverem as mudanças das quais necessitavam.

## 2.2 Estruturação do Estado, sociedade capitalista e a loucura

Segundo Lessa e Tonet (2004), foi na sociedade escravista, que se deu o pontapé inicial para o surgimento do Estado, devido à necessidade de aumentar o número de escravos para proteger a propriedade e evitar possíveis rebeliões de escravos.

O Estado foi criado diante da necessidade de regular e mediar os conflitos que envolviam necessidades divergentes entre classe dominante e classe dominada, ou seja, essas classes sociais tinham e mantinham interesses totalmente contrários. Ainda segundo Marc (1844), nem sempre o Estado existiu, e nem todos os povos tiveram Estado, a exemplo da sociedade primitiva.

Segundo Lukács *apud* Lessa & Tonet (2004), devido ao desenvolvimento que se gerou no escravismo, geraram-se também contradições que os próprios autores citam como “um beco sem saída”, pois devido a todo o desgaste que ocorreu com a crise escravista<sup>5</sup>, esse tipo de sociedade não tinha mais condições de existir. Diante disto, a transição para o feudalismo ocorreu de forma enta, pois na sociedade escravista não existia uma classe revolucionária, que buscasse melhores condições de trabalho, emprego e renda. Essa passagem do escravismo para o feudalismo deu-se durante anos, o que fez com que o modelo de produção do feudalismo, se constituísse de maneira diferenciada.

Retomando os parâmetros do Estado, para Marx *apud* Lessa & Tonet (2004), a função essencial do Estado é fazer com que a classe dominante explore sempre mais a classe trabalhadora e, para isso, o Estado utilizará de coerção de forças militares para manter a paz social e evitar ou dissolver protestos. Sendo assim o Estado desempenhará o papel de mediador, tentando controlar a sociedade, o que de certo modo dá início a vários conflitos.

O capitalismo desencandeou na sociedade contemporânea um aumento das patologias mentais, como se percebe na situação a seguir:

---

<sup>5</sup> “Se deu pela redução da mão de obra escrava, devido à proibição do tráfico de escravos em 1814, no Congresso de Viena, pela contínua violência contra os escravos praticadas pelos senhores de engenho, o que reduzia em sete anos a vida dos escravos, e pela falta de higiene nas senzalas as provocavam a morte das crianças filhas de escravos” (LESSA & TONET, 2004).

“Se os problemas sociais podem ser desencadeadores de sofrimentos mentais, agora, na situação de monopolização da ordem econômica e de ajustamento das nações ao imperativo da globalização financeira, as circunstâncias apontam para o aumento dos padecimentos mentais por conta da alienação das relações sociais de trabalho e de vínculos afetivos; além da informalidade no trabalho, há a precarização das relações sociais em todas as formas de institucionalização social.” (BISNETO, 2007. p. 182).

Segundo Engels *apud* Gomes (2008), o Estado surgiu como um produto de uma sociedade em meio ao desenvolvimento e às contradições. O Estado se solidifica com a sociedade dividida em classes dominante e dominada, fazendo com que se firme ainda mais a incompatibilidade entre as mesmas.

O Estado seria uma instituição que deveria garantir a ordem civil e os direitos da sociedade. Mas, ao analisar profundamente, iremos nos deparar com uma realidade controversa, pois o Estado, em verdade, está a serviço da classe dominante, agindo para manter a hegemonia da mesma, através de intervenções do serviço público, e da economia onde o mesmo passa para a sociedade uma imagem de serviços coerentes e igualitários.

“O Estado é a parte fundamental da economia capitalista, que sem ele não pode funcionar, tem um papel decisivo no aumento da procura efetiva e na absorção do produto. Sem a sua participação seria impossível imaginar o desenvolvimento da economia capitalista” (GOMES, 2008, p. 292).

Sendo assim, cabe ao Estado a função de manter o capitalismo sempre hegemônico, sem se importar com os meios para obter isso. O Estado influenciará na economia e mercado, e, a seu modo, implanta a política da oferta e da procura, o que contribuirá para o acúmulo do capital e para o desenvolvimento do sistema capitalista. Segundo Iamamoto & Carvalho (2005), o capital é a totalidade dos meios produzidos, ou seja, tudo aquilo que for produzido e gerar valor contribuirá para o acúmulo do capital. “É o conjunto dos meios de produção monopolizados por uma determinada parte da sociedade [...]” (p. 31).

A estruturação da sociedade capitalista iniciou-se após a transição do modelo escravista - que durou séculos, até chegar ao então modelo feudal, que se estabelecia como um sistema no qual era dada aos servos uma parte da propriedade. Segundo Lessa & Tonet (2004) os servos, em troca da terra, deveriam trabalhar nas terras e ceder uma parte da produção aos senhores feudais como pagamento dessa adesão às terras.

Os feudos consistiam em unidades auto-suficientes e essencialmente agrárias, servindo também como fortificações militares para a defesa da propriedade. Ma sociedade escravista,

como o próprio nome já diz, a mão-de-obra era totalmente escrava, enquanto no sistema feudal, não havia esse tipo de mão-de-obra, mas sim servidores e/ou servos. A diferença marcante entre essas categorias de trabalhadores era, sem dúvida, a posse de ferramentas de produção e uma parcela da produção - esta pertence ao servo do regime feudal, e o trabalho sem rendimento para o próprio escravo, inerente ao regime escravista.

A produção do feudo era dividida entre o senhor feudal, o líder militar (responsável pela defesa do feudo) e o servo, sendo que a maior parte desta produção era direcionada ao senhor e nem estas serem vendidas. Por sua vez, os servos não poderiam abandonar as terras.

Vale lembrar que a grande contribuição histórica que circundou o feudalismo foi o fato de agir economicamente diferente de qualquer outro modelo de sociedade, seja o primitivo ou o escravocrata, pois o contexto feudal estabelecia a relação de ganho para os servos, evitando que ele abandonasse a terra. Lessa & Tonet (2004), acrescentaram que os beneficiários do feudalismo “começara, a desenvolver novas ferramentas e técnicas produtivas, novas organizações de trabalho coletivo, aprimoramento das sementes e das técnicas para a preservação do solo” (p.34). Os autores lembram ainda que, após alguns séculos, a produção voltou a crescer e, conseqüentemente, o aumento da população com uma boa alimentação.

Mesmo com o crescimento da produção que, subitamente, aumentou a população, o sistema feudal começou a ter falha, pois o feudo possuía mais servos do que precisava, e, por conseguinte, produzia mais do que conseguia consumir. O quadro apresentado induziu os senhores a romper o acordo com os servos e expulsar a mão-de-obra extra. Com base nisso, os servos já descartados não tinham como se manter, contribuindo para que se efetuassem roubos e trocas com outros servos. Como todos estavam produzindo além do essencial, tinham o que trocar, voltando a florescer o comércio, renascendo e desenvolvendo, assim, as rotas comerciais.

O novo sistema capitalista foi gestado em meio à dissolução da ordem feudal. A sociedade burguesa – Classe social surgida na Europa em fins da idade média, com o desenvolvimento econômico e o aparecimento das cidades – se instalou com o advento do capitalismo e este, por sua vez, é o sistema econômico que se caracteriza pela propriedade privada dos meios de produção e pela “liberdade” de iniciativa dos próprios cidadãos. A burguesia utilizava-se da força de trabalho da classe proletária – classe dos homens que trabalhavam em ofício ou profissão manual ou mecânica, em troca de salário, e dele vivem – como forma de produção, Marx *apud* Lessa & Tonet (2004) lembra que essa força empregada da

melhor maneira possível, resultava no final do mês para o burguês mais rentabilidade, ou seja, se a força de trabalho fosse usada adequadamente, a produção geraria mais frutos do que as despesas, por exemplo, de pagamento do salário. Sendo assim essa força de trabalho, sem dúvida se enquadrava como uma propriedade única, no nível das mercadorias.

Contudo, a burguesia revolucionou a economia e a sociedade feudal, abrindo e expandindo o comércio mundial, realizando, assim, a revolução industrial<sup>6</sup>.

Para Lessa & Tonet (2004):

“A sociedade capitalista a frente aos modos de produção anteriores é a redução da força de trabalho a mera mercadoria e, portanto, o desprezo absoluto pelas necessidades humanas. O resultado é o individualismo burguês: a redução da coletividade a mero instrumento para o enriquecimento privado dos indivíduos” (p. 42).

O capitalismo trouxe à tona desde o início as questões sociais. De acordo com Nogueira & Pfeifer (2003), a questão social começou a ser produzida pela expansão da sociedade capitalista, ou seja, uma vez implantado o regime do capital, as questões sociais começaram a surgir de maneira ampla em decorrência das relações de produção.

A criação de excedentes de produção, isto é, além do que era consumido, possibilitou a apropriação dos meios de produção, culminando com o aparecimento de classes sociais desiguais e contraditórias.

Como lembra Marx apud Nogueira & Pfeifer (2003), existiam os possídores de propriedades e os trabalhadores sem propriedade, cada um portando sua característica com especificidade, como se pode observar no seguinte trecho:

“Ao analisar o desenvolvimento do sistema capitalista, a teoria marxista identifica a gênese da questão social, ou seja, as condições materiais e relações sociais que produzem e reproduzem a desigualdade entre as classes, condicionada pelo acúmulo de capital. O aumento da produtividade torna-se o motor do progresso da acumulação, que permite o desenvolvimento dos meios produtivos, alterando suas bases técnicas e o valor do capital. Tais são os avanços técnicos e científicos que, ao serem incorporados, aumentam a lucratividade e potencializam a produção, seja diminuindo o tempo empregado ou inensificando e ampliando a jornada da força de trabalho, medidas estas que contribuem para reduzir o tempo de trabalho socialmente necessário. A introdução de bases técnicas avançadas diminui a necessidade de emprego de capital variável – força de trabalho, ampliando a capacidade produtiva, e deste modo, produzem e reproduzem uma massa de população trabalhadora desnecessária as demandas da produção” (NOGUEIRA & PFEIFER, 2003, p. 2).

---

<sup>6</sup> A Revolução Industrial consistiu em um conjunto de mudanças tecnológicas com profundo impacto no processo produtivo em nível econômico e social.

Neste âmbito, nota-se que o mundo volta-se para o valor material dos bens e serviços, ou seja, tudo tem seu valor, fazendo que o ser humano torne-se também uma mercadoria no processo produtivo, sendo, portanto, que de baixo valor, alienado e estranho aos meios e à matéria produzida com seu próprio trabalho por conta das condições materiais e sociais do capital. “Isto acaba desqualificando o entendimento de que o próprio trabalho é o produtor e reproduzidor das condições objetivas para a concentração de riqueza”. (NOGUEIRA & PFEIFER, 2003, p.2).

Marx *apud* Lessa & Tornet (2004) salienta que o trabalhador torna-se tanto mais empobrecido quando produz, ou seja, o trabalhador acaba se transformando em uma mercadoria tanto mais barata, quanto maior o número de bens que produz. Ao dispor disso, com o crescimento global e a valorização das coisas, aumenta gradativamente a desvalorização do homem. As responsabilidades do trabalhador no capitalismo também sofreram mudanças e trouxeram consequências, porque com as modificações nos modelos de produção a exemplo do Toyotismo<sup>7</sup>, onde a renda do trabalhador estava diretamente ligada à sua produção individual, isto é, se aumentasse a produção ganharia mais e, caso contrário, teria perdas financeiras.

Com este modelo de processo produtivo, o trabalhador sofria mais pressão em dar resultados para si e para a indústria e, com a obsessão pelo lucro, resultava em problemas de estresse, alienação, depressão, nervosismo e loucura.

### **2.3 Funcionamento e finalidade dos manicômios**

Por volta do século XV, era costume que os tidos como loucos fossem mandados para longe. Na época em questão eram utilizados navios para o transporte dessas pessoas, que eram levadas de uma cidade a outra, pois até então essa era a única maneira existente para proteger a sociedade da loucura.

Apenas no século XVII, foram criadas casas de internamentos que manteriam a loucura aprisionada, fazendo com que não fosse preciso mandar os loucos para longe. Após anos de estudos, se compreendeu que o transtorno mental se trata de uma doença tratável, mas que sua base está também nos conflitos existentes dentro da sociedade capitalista onde o sujeito está

---

<sup>7</sup> Modelo de produção surgido no Japão após a Segunda Guerra Mundial, mas que se foi aceita como filosofia na década de 1970, e tinha como base só produzir o necessário para o consumo.

inserido. Os chamados “loucos” expressam estes conflitos de maneira peculiar em sua subjetividade.

Segundo Foucault *apud* Bastos (2007), o surgimento do hospital se deu inicialmente, como um local para acolher os pobres e miseráveis que viviam nas ruas, sendo assim o papel do hospital como interventor se molda embasado na manutenção da ordem social, com a ação de orientação ou disciplina de contaminação intra e extra-hospitalar. O autor deixa claro que disciplina seria uma técnica, e que quanto mais perfeito tecnologicamente, maior o poder de vigilância permanente sobre os indivíduos.

O hospital só passa a ser considerado como uma instituição terapêutica que poderia ocasionar a cura de doentes apenas no sec. XVIII, tendo a instituição total responsabilidade por aquele indivíduo que ali se encontrasse interno. Ainda nesse mesmo século, o indivíduo internado era também utilizado no trabalho para que de uma forma ou de outra, fosse gerada riqueza, ou seja, aquele que por hora era excluído volta e meio também era necessário para a exploração da força de trabalho, até mesmo com a intenção de cobrir suas despesas na própria instituição, com a finalidade de diminuir os gastos do Estado.

Em meados do século XIX, passou-se a praticar a assistência psiquiátrica no Brasil, mas apenas para uma assistência imediata, ou seja, sem intenção de tratamento.

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorreram mudanças na forma de assistência à doença mental. Mudanças que ocorreram bem mais rápido na Europa do que no Brasil. Já na década de 70, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, como uma nova experiência na assistência psiquiátrica.

Ainda em 1968, Leonel Miranda, na época ministro da saúde, criou o Plano Nacional de Saúde, com a intenção de cumprir o Decreto-Lei nº 200 de 1967, que tinha a intenção de organizar a assistência à saúde e o objetivo de procurar realmente soluções para os problemas dos doentes mentais.

Em alguns países, indivíduos que cometem crimes e são considerados irresponsáveis devido à presença de algum tipo de doença ou perturbação mental são enviados a setores especiais de hospitais psiquiátricos. Em outros, são enviados para setores especiais das prisões. Parece ter sido a Inglaterra o primeiro país a erigir um estabelecimento particularmente destinado para os delinquentes alienados, a prisão especial de Broadmoor, em 1863. Antes dela, tanto na

França quanto nos Estados Unidos havia apenas anexos especiais a alguns presídios para a reclusão e tratamento dos delinquentes loucos ou dos condenados que enlouquecem nas prisões.

Registros em torno do termo conhecido como loucura, já estão presentes em textos da história da humanidade, como as tragédias gregas, por exemplo. De acordo com Carrara (2010), personagens de Ésquilo, Sófocles e, principalmente, Eurípedes, retratam características que, na visão contemporânea, seriam perdedores quadros clínicos referidos a loucura, como por exemplo: delírios, mudanças emocionais, desordem afetiva, desajustamento social ou descontrole passional.

Deve-se tornar nota de que, mesmo tendo uma caracterização semelhante ao que temos hoje acerca de distúrbio mental, antes de Cristo não foi possível chegar a uma definição mais sólida do que seria doença mental. Melo (2004) conta que, durante a Idade Média, a loucura teve seus períodos de maior perturbação, isso porque foi atribuída a ela conotação religiosa. Destacavam-se a concepção demonista, pela qual o louco era considerado uma pessoa fraca e que era possuída por um demônio - este último um instrumento de manipulação que as pessoas temiam bastante.

Rosen (1994) comenta que:

“Trancavam ou loucos em prisões, casas de correção, asilos e hospícios. Dizia-se a insanidade ao pecado e as atividades do diabo, como também a retenção de excreções do corpo, distúrbios emocionais, dieta ruim e falta de sono. Ignorância, superstição e condenação moral dominavam o tratamento do insano” (p. 117).

É importante frisar que a estadia nessas casas que, segundo as pessoas da época, serviam para tratar dos loucos, mantinha os mais severos castigos, intencionalmente ligados à cura desses indivíduos. Acreditavam que somente dessa forma o louco poderia sarar sua profissão.

Essas atitudes prosseguiram até o século XVIII, quando, a partir do Iluminismo e da Revolução Francesa, uma nova tendência começou a surgir, a de buscar um tratamento mais humano para com o doente mental. Essa nova tendência discutia com um novo olhar a problemática do doente mental, e que, por conseguinte, séculos após começaram a surgir os movimentos que defendiam a reintegração destes pacientes.

Ainda segundo Melo (2004):

“Com Pinel, no século seguinte, a psiquiatria ganhou *status*. O médico publicou seu *Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, expondo teorias antiorganicistas. Pinel deixou importantes seguidores, como Morel e Esquirol. Nos anos seguintes o tratamento ao doente mental tornou-se amplamente discutido em vários lugares do mundo, principalmente com o fortalecimento da psiquiatria, passando por diferentes fases e trajetórias. Em comum, basicamente, o fato das instituições criadas para abrigar esse tipo de paciente primarem pela exclusão e não pela recuperação. No século XX, especialmente, talvez o século justamente em que mais se excluiu, surgiram também movimentos visando a reintegração eficiente do doente mental à sociedade. O mais conhecido deles ganhou a alcunha de antipsiquiatria, criação dos psiquiatras Ronald D. Laing e David O. Cooper e que teve no Italiano Franco Basaglia, nas décadas de 60 e 70, um de seus maiores expoentes” (p. 190).

O autor recorda que com essas poucas, mas valiosas conquistas foram surgindo um novo enfoque para a causa do doente mental, mesmo que o tratamento de caráter reintegrativo somente pudesse ser estabelecido algum tempo depois.

Como paciente diferenciado, este “louco criminoso” gerou também a necessidade de se criar um local específico para a sua custódia e tratamento. Neste caso, o Manicômio Judiciário, um exemplo daquilo que Goffman (2011) qualificou como instituição total. A importância de se criar um Manicômio Judiciário foi logo sentida nos primeiros anos do Hospício Pedro II. Foi o que Roberto Machado (1978), classificou como exigência de multiplicação de instituições articuladas. Tais instituições seriam criadas apenas no século XX, como a Colonia do Engenho de Dentro, a Colônia de Jacarepaguá e o Manicômio Judiciário.

## **2.4 O estigma da doença mental**

O problema da saúde mental, suas características e os problemas decorrentes dele na sociedade existem desde as mais antigas civilizações, e que mesmo nos dias atuais com estudos e tecnologias avançadas não se tem a resposta concreta sobre um diagnóstico da origem da patologia mental que acomete milhares de pessoas em todo o mundo durante séculos.

Torre & Amarante (2001), abordam que por anos as civilizações tentaram de diversas formas resolver a situação do doente mental, porém não se podiam falar em tratamento porque as

práticas utilizadas para cuidar do portador de transtornos mentais muitas vezes foi o isolamento social ou a tortura física do mesmo.

Na Grécia antiga, por exemplo, por causa do culto ao corpo perfeito que, em tese, serviria para a formação de exército de guerreiros perfeitos, existia uma concepção de que pessoas deficientes ou com problemas mentais deveriam ser sacrificadas. Havia um conselho de anciãos que examinavam e decidiam quais os recém-nascidos que deveriam viver para compor o exército e o livrasse desse mal.

Na Idade Média, os deficientes mentais deveriam ser encaminhados para igrejas, abrigos ou utilizados como bovos da corte, havia também a crença de que a loucura era algum tipo de possessão de maus espíritos e que o indivíduo deveria ser entregue à igreja para que esta o exorcizasse e o livrasse desse mal.

Alguns pensadores que fizeram história na filosofia deixaram sua marca de preconceito, a exemplo de Platão que manifestou apoio à necessidade de extinção dos debéis e deficientes.

Entre os séculos XVIII e XIX, com o avanço do capitalismo, necessitava-se de um indivíduo capaz de acolher às mudanças impostas pela nova forma de economia e suas formas de produção, porém para atender a este novo conceito de trabalho, quem não atendesse às novas exigências era automaticamente excluído do processo capitalista, o que gerou a alienação e exclusão social de muitos operários, ou seja, o capitalismo também teve sua parcela de contribuição no aumento do número de pessoas com distúrbios mentais.

Após esta etapa do capitalismo, o termo alienação foi utilizado para os indivíduos com distúrbios das paixões humanas que o incapacitava de partilhar o pacto social, e o termo doença mental foi utilizado junto com a abertura dos hospícios para o tratamento da loucura.

As formas de diagnóstico também mudaram muito até se entender que o transtorno mental deve ser tratado como problema de saúde e que o indivíduo portador da “loucura” tem de ser acompanhado por profissionais de saúde e ter o apoio da família. Mas até chegar a estes novos métodos muitas práticas hoje consideradas repulsivas foram utilizadas como práticas de extermínio do doente mental, por entender que seriam seres humanos defeituosos, de isolamento em manicômios para que não incomodassem nem atacassem a sociedade e, principalmente, a família do paciente.

Outro fator que sempre esteve presente na história do tratamento do indivíduo com transtorno psiquiátrico foi o fato de serem condenados pela sua perturbação mental. Muitos, por

receio de sofrerem com a exclusão familiar e social, negaram sua doença e não procuraram tratamento, o que acarretava no agravamento da patologia e, conseqüentemente, se isolavam ainda mais das pessoas de seu convívio social. No século XVIII, através do entendimento do médico pioneiro no tratamento das patologias mentais, Phillippe Pinel, os doentes mentais deveriam ter sua patologia mental estudada como doença desencadeada num distúrbio do sistema nervoso.

Segundo Cobra (2003), Pinel foi um médico francês nascido em 1745, e que após os quarenta anos de idade começou a se interessar pela psiquiatria, sendo o pioneiro em assinalar os tipos de psicose e a descrever as alucinações, absenteísmo, entre outros sintomas das patologias mentais. Foi o pioneiro a introduzir o método de não mais manter acorrentados os pacientes, passando a tratá-los como doentes comuns, utilizando apenas o uso da camisa de força nos momentos de excitação do paciente. Percebera, também, que todos que estavam envolvidos no tratamento deveriam ser treinados para o trato com o portador de transtornos mentais e aboliu os tratamentos desumanos em favor de uma terapia inclusiva e amigável.

No que se segue, Bethancourt (2010), compreende que com a redução da prática de confinamento dos manicômios, por volta de 1987, os portadores de distúrbios mentais passaram a ser tratados nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, criados no início da Reforma Psiquiátrica, para atender e tratar os pacientes em regime aberto e com apoio da família. A função dos CAPS é de ressocializar o indivíduo e proceder a um tratamento mais humanizado do portador de doença mental, sendo, portanto, abolidas as práticas de isolamento e castigos físicos. Desta forma, o tratamento tende a ressocializar o paciente na comunidade e no seio familiar e sobrepor uma pedra no preconceito.

No Brasil, destacou-se em 1940, o trabalho da médica psiquiátrica, Nise da Silveira, alagoana, que tinha como proposta a inclusão de atividades que favorecessem o processo de humanização, em vez da prática de atos violentos contra os portadores de doença mental. Nestas atividades ocupacionais eram utilizados animais como cães e gatos, e trabalhos artísticos como desenho, pintura e escultura,

No capítulo a seguir, abordaremos o novo modelo de assistência em Saúde Mental, que começou a ser aplicado no Brasil na década de 70, trazendo em seu bojo um novo conceito de tratamento para os Portadores de Transtornos Mentais.

### **3. O NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL E A REFORMA PSIQUIÁTRICA**

#### **3.1 Limites e Possibilidades da Reforma Psiquiátrica**

A partir da Reforma Psiquiátrica surgiram novas formas de cuidados terapêuticos aos usuários dos serviços de saúde mental. Essa reforma teve início na década de 70, durante a ditadura militar, quando foi percebido pelos profissionais da área que a medicalização e a privação da liberdade não eram suficientes para tratar os Portadores de Transtorno Mental. Isso acarretou em um novo rumo para o tratamento da questão da saúde mental no Brasil, no sentido de melhorar o contexto de assistência e desafogar os chamados “manicômios”, os quais durante muito tempo permaneceram superlotados e sem condições de manter qualquer indivíduo com uma condição satisfatória de cuidado com a saúde.

O novo modelo gerido com a Reforma Psiquiátrica visava uma reorganização da assistência psiquiátrica que teria como pressupostos: redução dos internamentos e a substituição dos manicômios por outras práticas que possibilitassem ao Portador de Transtorno Mental a reintegração e o sentido de “estar no mundo”. Essa nova forma de cuidar veio possibilitar e garantir que as pessoas com transtornos mentais utilizassem serviços especializados de saúde, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, que possibilitariam a estes usuários e suas famílias a escolha de tratar o paciente sem a necessidade de excluí-lo totalmente da vida social. Como se pode observar no trecho a seguir:

“Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica, ao pactuar-se no fechamento do manicômio, torna necessário que o portador de transtorno mental utilize a unidade básica como espaço de cuidado para com a saúde. Essa assistência deveria incluir ações que visem atender os familiares, já que com a desospitalização, o louco volta a circular nos espaços da cidade” (SEVERO et al. 2007 p.2).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi um movimento histórico, que possuiu um caráter econômico e político, sendo influenciado pela ideologia de grupos dominantes e pelos trabalhadores. Hoje discutida e defendida como parte de saúde nas esferas federal, estadual e municipal do governo, a Reforma Psiquiátrica alcançou ao longo dos tempos uma maior

conscientização da sociedade civil organizada acerca da importância da humanização no tratamento dos Portadores de Transtornos Mentais. Sabemos que a Reforma Psiquiátrica não propõe só a transferência do portador de transtorno mental para fora dos muros dos hospitais, mas sim facilita o estabelecimento de cidadania e respeito à sua subjetividade e singularidade, proporcionando assim ao sujeito resgatar sua autonomia, facilitando a reintegração tanto na família, como na sociedade. Assim, deu-se início à constituição de redes substitutivas ao modelo hospitalocêntrico tradicional, que são os serviços extra-hospitalares da saúde mental. Estes serviços têm por finalidade atender à demanda psiquiátrico-psicológica de uma determinada região, possibilitando a existência dos Serviços de Atendimento Psicossocial.

É importante lembrar que existem diferentes tipos de CAPS, que variam segundo seu porte e clientela: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad<sup>8</sup>. Os CAPS se localizam “Dentro de um contexto Antimanicomial – responsável pelo fim dos manicômios, que visa reverter o meio de tratamento utilizado pelos tradicionais Hospitais Psiquiátricos” (DUARTE & SANTOS, 2009, p. 4).

Os CAPS possuem em seu funcionamento protocolos que definem como serão abordados ou tratados os Portadores de Transtorno Mental, de acordo com as necessidades específicas. Essas instituições que estabelecem três níveis básicos para o atendimento assistencial desses indivíduos: 1 – são os cuidados intensivos que são destinados a pacientes que necessitam de um acompanhamento diário; 2 – o semi-intensivo que é para pacientes que precisam de um acompanhamento frequente, mas não necessitando estar diariamente no CAPS e 3 – o atendimento não-intensivo que depende muito do quadro clínico do paciente, devendo este vir a ter uma frequência menor no CAPS.

Geralmente, os CAPS são constituídos por uma equipe permanente que inclui um psiquiatra, enfermeiro, psicólogo e assistente social, profissionais que têm participação ativa para a reinserção social desses cidadãos, de modo a manter uma vivência mais saudável do que antes era estabelecida pelo modelo manicomial.

O primeiro CAPS surgiu por volta de 1987, na cidade de São Paulo, com essa proposta de apoio à desospitalização do doente mental. Neste momento teve início um processo de

---

<sup>8</sup> CAPS I, II e III, são estruturados de acordo com sua abrangência populacional; CAPSi – refere-se ao Centro de Atenção Psicossocial voltado especificamente para clientela infantil; CAPSad – voltado a ações de prevenção e tratamento do uso indevido de álcool e outras drogas.

intervenção na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico, que foi de mortes e de maus tratos aos pacientes, constatados pela Secretaria Municipal de Saúde de Santos – SP. Isso contribuiu para o surgimento, também dos Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, sendo umas das primeiras instituições com o atendimento similar ao CAPS, primeiro implantado na cidade de Santos – SP. Os NAPS se diferenciam do CAPS pelo simples fato de ter um funcionamento 24 horas, e dispor de leitos para abrigar os pacientes em momentos de crise, onde também são criadas cooperativas residenciais, o que vem a contribuir para os objetivos da Reforma Psiquiátrica, de acordo com Brasil (2005).

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, houve várias transformações em torno da legislação vigente em saúde mental. Estas mudanças na legislação asseguram esse novo modelo de atuação no cuidado oferecido aos usuários de, como podemos perceber na descrição abaixo:

“A Reforma Psiquiátrica defende o processo de desinstitucionalização com a consequente substituição dos manicômios por novos dispositivos de acolhimento e tratamento, surgindo assim: os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Hospital Dia, o Programa de Residência Terapêutica, os leitos psiquiátricos em Hospital Geral. Formas de tratamento que rompem com os paradigmas de modelo asilar” (BORBA, SCHWARTZ, KANTORSKI, 2008, p. 589).

Os NAPS e os CAPS foram regulamentados e aperfeiçoados em janeiro de 1992, através da Portaria 224 do Ministério da Saúde, onde passaram a ser considerados como unidades de saúde, ambos fazendo uma intermediação entre o atendimento ambulatorial e o internamento psiquiátrico, conforme Brasil (2005). Portanto, fica claro que tanto um, como o outro presta serviços comunitários, tendo um papel importante de cuidar e prestar atendimentos especiais aos portadores de transtornos mentais, garantindo que esse portador tenha atendimento de qualidade com profissionais capacitados durante o período diário de funcionamento das unidades.

No Brasil, a transição pela qual passou o modelo de políticas públicas em saúde mental teve início por volta de 1980, resultante do modelo aplicado na Itália que rendeu sucesso. De acordo com Goulart (2006), o psiquiatra italiano Franco Basaglia divulgou o trabalho de desmanche do aparato hospitalar de origem pública que realizou em Trieste (cidade localizada ao norte da Itália), e na então recém aprovada legislação Italiana (Lei 180, de 13 de maio de 1978) que previa o resgate de cidadania do doente mental, regulamentava a internação compulsória e estabelecia a progressiva extinção dos manicômios.

Conforme Vecchia & Martins (2006), a superlotação em asilos e manicômios qualquer tipo de reintegração dos usuários ao conjunto social era impossível e, por conta disto, afirma-se que a reforma se fazia necessária. Foi constatado que atitudes inconstitucionais ocorriam no tratamento dos pacientes e isto originou o episódio conhecido como “crise da DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental”, pois estes fatos contrariavam os preconceitos dos Direitos Humanos. Durante o tratamento existiam maus tratos como, por exemplo, o eletro-choque e a contensão física prolongada e foi denunciada sua ocorrência em quatro hospitais mantidos pelo governo, no Rio de Janeiro, em 1978.

A partir daí, tornou-se urgente o desafio de mudar radicalmente a atenção aos Portadores de Transtornos Mentais – PTM. Profissionais técnicos de diversas áreas estruturaram uma organização de combate aos maus tratos ocorridos durante o tratamento intitulado Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. Esse movimento tinha como finalidade lutar contra a existência dos manicômios e pôr fim ao quadro de desumanização que se via nas instituições.

Para Vecchia & Martins (2006), compreender os aspectos que circundavam a “doença mental” como uma questão do coletivo era a primordial razão para a organização do movimento. O MTSM reivindicava a humanização no processo de tratamento, respeitando os valores, direitos e crenças de cada indivíduo e da sociedade como responsável por cuidar e dar um padrão melhor de vida aos Portadores de Transtornos Mentais. Para isso acontecer, o movimento apresentou a idéia de que não bastava reorganizar o sistema público em saúde mental, mas sim banir de vez os manicômios como referência no tratamento das pessoas com transtornos mentais.

Os primeiros passos para essa mudança acontecer foi de fato a 1ª Conferência de Saúde Mental, realizada em 1987, no Rio de Janeiro, e o 2º Encontro de Trabalhadores em Saúde Mental. Tendo como inspiração a Psiquiatria Democrática Italiana DE Franco Basaglia, foi possível reorganizar a atuação no setor da saúde mental, apresentando e identificando, através de denúncias, a violência e os maus tratos com os portadores de transtorno mental internos nos hospitais psiquiátricos. Foi em meio a este contexto que surgiu o Projeto de Lei 3657/89 do Deputado Paulo Delgado, que teve como um dos objetivos a extinção progressiva dos manicômios e ao mesmotempo sugeriu a criação de um novo modelo assistencial. Esta conferência também marcou o fim da trajetória do sanitarismo brasileiro e o início de outra vertente em saúde mental; a trajetória da desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção na assistência em saúde mental. Frutos dessa discussão começaram a surgir, como por exemplo:

[...] o projeto de Lei 3.657/89. Com essa nova ótica, passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para os pais, é nessa trajetória que surge o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, em São Paulo, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS (AMARANTE, 1995, p. 99 *apud* VECCHIA & MARTINS, 2006, p. 160).

O marco inicial da Reforma Psiquiátrica no Brasil constituiu em um processo de causa não isolada, diretamente relacionado às árduas críticas ao modelo que estava sendo banido mundialmente.

### **3.2 Saúde *versus* Doença Mental**

A Saúde Mental no Brasil está organizada em uma rede que faz parte do Sistema Único de Saúde – SUS, sistema esse que oferece saúde pública em todo território brasileiro. Através da Constituição de 1988, foi constituído pela articulação e hierarquia de cada esfera de governo federal, estadual e municipal.

A Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil seguiram os princípios do SUS que são: prestar atendimento público e gratuito à população, facilitando também o acesso dos usuários aos serviços de saúde, manter a integralidade de suas ações, tendo assim uma articulação contínua com todos os níveis de complexidade do sistema e descentralização político-administrativa (BRASIL, 2005).

Como já citado anteriormente, a saúde mental faz parte da rede do SUS sendo assim para que exista uma maior interação com a população e melhores resultados com os pacientes, a saúde mental mantém uma articulação necessária com equipes de Atenção Básica, equipe essas que fazem parte do Programa de Saúde da Família – PSF – programa criado na década de 90. Essa interação deve existir para facilitar o trabalho da rede de saúde mental devido à aproximação que as equipes de Atenção Básica possuem com as pessoas e as famílias de uma comunidade, ou seja, essa articulação é usada como uma “estratégia da rede de saúde mental, para o enfrentamento de importantes problemas na saúde pública” (BRASIL, 2005, p. 33).

Mesmo havendo essa junção, isso não dá garantias de que o trabalho que se tenta desenvolver decorra a todo o momento com resultados positivos. Portanto ainda como referido em Brasília (2005), nos últimos anos o Ministério da Saúde vem desenvolvendo e adaptando diretrizes e condições nos municípios, no qual pequenas equipes de saúde mental estariam postas

tanto em ambulatórios como nos CAPS, apoiando como esse trabalho as equipes de Atenção Básica.

A Lei 10.216/2001 vê como objetivo a proteção e os direitos dos Portadores de Transtornos Mentais, modificando assim o modelo assistencial em saúde mental. Essa assistência que foi implementada pelo Ministério da Saúde, está sendo cada vez mais centralizado nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, cabendo a estes como já mencionados anteriormente o acolhimento e a atenção as pessoas com transtornos mentais, fazendo com que estes serviços substituam os hospitais psiquiátricos.

A saúde mental no Brasil tem contado com a participação do Estado para a elaboração de políticas sociais direcionadas a este segmento, mas na origem desta participação estão expostas as expressões da sociedade civil organizada, que busca cada vez mais, a implementação de leis, que beneficiem o portador de transtorno mental, mas também que estas leis sejam realmente executadas e efetivadas na prática, para que assim os acessos aos direitos sociais, políticos e econômicos se dêem em contexto de cidadania, equidade e justiça social, respeitando as diferenças e acima de tudo a liberdade dos Portadores de Transtornos Mentais.

A saúde deve ser observada como direito do cidadão e dever do Estado, buscando garantir nas três esferas de governo, que as políticas de saúde mental sigam os princípios do SUS de atenção integral acesso universal e gratuito, equidade, participação e controle social, priorizando a construção da rede de atenção integral a saúde mental.

### **3.3 As Propostas da Reforma Psiquiátrica**

A reforma psiquiátrica propõe que o paciente e seus familiares possam exigir junto ao poder público o fim dos tratamentos que excluem o Portador de Transtorno Mental da sociedade, possibilitando assim o seu acesso aos direitos civis, políticos e sociais. Desde modo, a Reforma Psiquiátrica pode ser interpretada como uma ponte que possibilita alternativas de tratamento, onde foram criados novos modelos de Atenção em Saúde mental, tem-se, por exemplo, a criação de residências terapêuticas que possibilitam maior movimentação destes pacientes no meio social e, conseqüentemente, as comunidades se tornaram importantes neste tratamento que visava a reabilitação do paciente no meio social. Portanto, a reabilitação do Portador de Transtorno Mental

depende não só de um tratamento específico, mas sim de oportunidade que favoreçam o paciente a circular em sociedade, como se pode observar no trecho a seguir sobre as Residências Terapêuticas:

“Um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social; um conjunto indissociável em que participam, de um lado, certos adereços de objetos geográficos, objetos naturais e objetos sociais e, de outro lado, a vida que os leva os anima, ou seja, a sociedade em movimento” (SANTOAS apud FERREIRA, 2006, p 141).

Podemos assim ressaltar que, com essa nova interpretação de Santos, o meio social possui um grande poder na recuperação deste paciente e, ao mesmo tempo proporciona uma recuperação maior, por entender que o espaço possui fatores fundamentais para a inclusão deste paciente em sociedade.

Com esse modelo de tratar o Portador de Transtorno Mental em residência Terapêutica, entende-se que isso pode facilitar e possibilitar, tanto a família como ao próprio PTM a criação uma rede de relacionamentos que proporciona uma maior movimentação do paciente fora e dentro de casa, gerando assim um contato maior entre as pessoas, como vizinhos, usuários, profissional e etc.

Consequentemente esse tipo de relacionamento poderá melhorar a interpretação de alguns agravantes como, por exemplo, descobrir quais causas e motivos que levam o paciente de transtorno mental a ter novas crises e que os mesmos possam ser tratados de maneira mais humana sem que seja necessário usar a força para conter esse paciente. Segundo Ferreira (2006), a residência Terapêutica favorecera “cuidar”, sem que se tenha que isolar o paciente para ser tratado, possibilitando também sua inclusão no meio social.

Conforme salienta Gonçalves & Sena (2001), podemos perceber que a visão que se tem da Reforma Psiquiátrica é que ela busca desenvolver estratégias que proporcione a esses Portadores de Transtorno Mental e à família oportunidades de regressar ao convívio social sem que haja preconceitos, portanto essa proposta de desenvolver o paciente a sua família apresenta algumas contradições como, por exemplo, a de não disponibilizar recursos ou atividades que incluam a família no tratamento, para que consigam desenvolver formas mais adequadas para lidar com o paciente, pois cuidar de pessoas rejeitadas pela sociedade não é uma tarefa fácil.

Por isso a Reforma psiquiátrica deveria estender mais seus projetos éticos-políticos, não podendo ser separada de todas as dificuldades que a família vem enfrentando, fruto das diferenças entre ricos e pobres produzidos pela economia neoliberal concomitante ao processo da

globalização. Deste modo, faz-se necessário que o suporte financeiro e psicológico também seja estendido aos familiares que ficam com a responsabilidade de cuidar deste paciente.

Além do apoio, é imprescindível que o cuidador tenha um treinamento para saber lidar com as inúmeras reações nos momentos de crises deste indivíduo. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica deveria não apenas tentar incluir o paciente no meio social, mas também impedir que a família deste portador de transtorno mental sofra junto com ele, possibilitando a seus familiares subsídio e dar suporte para que possam ajudar na recuperação do mesmo, pois é preciso coragem e audácia para enfrentar as diversas contradições e preconceitos que ainda hoje estão muito presentes na sociedade.

### **3.4 Legislação em Saúde Mental**

A partir da Constituição de 1988, foi criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as esferas federal, estadual e municipal de gestão, sob o controle da sociedade civil exercido através dos conselhos de saúde. Em 1989, deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delegado, pertencente ao Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais, que propunha a regulamentação dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o fim progressivo dos manicômios no Brasil (BRASIL, 2005). Acrescenta-se ainda que:

“A partir do ano de 1992, os movimentos sociais inspirados pelo Projeto de Lei do Paulo Delegado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. E a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos” (BRASIL, 2005, p 8).

Apesar dos primeiros episódios que determinam o início da reforma Psiquiátrica, só com a II conferência Nacional de saúde Mental, realizada em Brasília em 1992, onde passaram a vigorar as primeiras normas de caráter federal que regulamentariam a implantação de serviços de atenção diária fundamentados nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e hospitais-dias. Entraram em vigor também as primeiras normas para fiscalizar e classificar os hospitais psiquiátricos em funcionamento.

Já estabelecidas às normas para a criação de centros de apoio, implantação estava estagnada; isso porque, as regulamentações instituídas não favoreciam uma linha direta para o financiamento dos CAPS e NAPS, como também as fiscalizações e classificações criadas pelo Ministério da Saúde sem sistematização, não garantiam a redução dos leitos. “Ao final de 1992 o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde são destinados aos hospitais psiquiátricos” (BRASIL, 2005, p. 08)

A III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em Brasília no final de 2001, após a promulgação da lei 10.216. Direcionava a assistência em saúde mental, oferecendo privilégios às formas de tratamento em serviços de base comunitária. Esta conferência foi de suma importância, pois teve a participação de usuários de saúde mental, familiares, representantes de órgãos públicos nas esferas Estadual, Governamental e Nacional, entidades de direitos humanos e prestadores de serviços privados como conselhos de profissionais relacionados à área entre outros.

Em comum acordo foram dispostas e pactuadas as diretrizes, princípios e estratégias para um novo panorama na atenção em saúde mental no Brasil, mostrando a reestruturação trazida pela Reforma Psiquiátrica, de modo que garantissem democracia na gestão da saúde mental. Portanto, a III Conferência alicerçou a tão esperada Reforma psiquiátrica como nova política governamental; delegou aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo assistencialista; estabeleceu a construção de uma nova política de saúde mental para os indivíduos dependentes de drogas e colocou o controle social como forma de garantir o avanço da reforma no país.

Entretanto o art. 4º diz que a III Conferência Nacional de Saúde Mental terá como tema central: “Cuidar, sim. Excluir, não – Complementando a Reforma Psiquiátrica, com acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”. (BRASIL, 2001, p.51).

Com essa conferência, ampliou-se a participação de inúmeros movimentos sociais, dos próprios usuários e das famílias que deveriam, a partir dessa nova proposta, estar inseridos de maneira sistêmica na recuperação dos usuários.

É importante lembrar que nesse contexto ainda se esperava a redução do número de leitos de internação visto que, desde que os anos 90 já havia sido iniciado o processo de desafogamento nos hospitais psiquiátricos. A política de redução desses leitos psiquiátricos tomou grandes proporções em 2002, com as novas normatizações do Ministério da Saúde que assegurariam mecanismos claros e eficazes para a redução de internamentos.

A avaliação desse índice de redução de leitos psiquiátricos hospitalares no país, pois, considerar todo o processo de historicidade da implantação dos hospitais psiquiátricos em vários estados da nação, como também a inclusão das diretrizes da Reforma em cada região, levando em conta que os tramites legais de desinstitucionalização propõem transformações culturais da sociedade e dependem muito das pactuações das esferas governamentais: Federal, Estadual e Municipal.

#### **4 – DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS NA RELAÇÃO ENTRE PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS E SUAS FAMÍLIAS.**

##### **4.1 A convivência social e as reações de comportamento do Portador de Transtorno Mental**

A trajetória marcante da Reforma Psiquiátrica firmou raízes em nosso país, restaurando alguns dos aspectos que envolvem o âmbito familiar e suas principais estratégias e dificuldades.

Partindo do pressuposto de que a convivência social é importante para o tratamento dos Portadores de Transtorno Mentais, a representação que se tem acerca do envolvimento familiar nestes tratamentos é bastante complicada, isso quando se considera o ato de cuidar desses pacientes como uma sobrecarga. O tipo de transtorno mental envolve as dificuldades trazidas para a convivência com a família. Colvero, Ide & Rolim (2004) lembram que a convivência familiar com o portador de transtorno mental é sublinhada, na maioria das vezes, por um sentimento de insegurança, comumente desconfortante, com base na imprevisibilidade de suas ações. A família enfrenta, assim, expectativas de que subitamente possa ocorrer uma grande mudança no comportamento do Portador de Transtorno Mental. Os autores ainda salientam que essas ações súbitas podem ser delírios, distúrbios do pensamento, alucinações e comportamentos de auto e/ou heteroagressividade. No que segue:

“As famílias que convivem com o sofrimento psíquico demonstram preocupação, impotência e medo frente ao comportamento inadequado e imprevisível, da inconstância e humor e do risco do suicídio do familiar com transtorno mental, por vezes tomando atitudes que causam certa perplexidade, mas justificáveis pelo desespero de não mais saber o que fazer para proteger o familiar de danos físicos; este é o modo encontrado pela família para cuidar nesse determinado momento da sua trajetória” (BORBA, SCHWARTZ & KANTORSKI, 2008, p. 591).

Subjetivamente ou objetivamente a sobrecarga familiar constituiu-se como um aspecto que deve ser analisado. Primeiramente, a subjetividade é retratada ao universo dos sentimentos, entretanto a objetividade é apontada com grande incidência e mais intensa do que a primeira, se constituindo como reais demandas sugeridas pela conveniência com os portadores de transtornos mentais. Para a psicologia social não existe subjetividade separada de objetividade, uma não se constitui sem a outra.

Segundo Soares e Munari (2007), o custo emocional ou até mesmo sobrecarga emocional, em linhas gerais, estabelece-se como o sofrimento que a família sobrepõe em referência ao transtorno mental e a objetiva como demanda causada pelo convívio com o portador de transtorno mental.

O sofrimento de origem psíquica afeta o contexto familiar. Os impactos causados pelos fatores anteriormente discutidos implicam numa condição reduzida nas trocas afetivas entre os familiares, incluindo o Portador de Transtorno Mental. Dificilmente, o contato afetivo com a pessoa com transtorno mental estabelece uma ponte que resulte numa melhor sistematização e desfecho no tratamento e acompanhamento desses indivíduos. A partir daí, abre-se um leque de necessidades para intervir no funcionamento dessas famílias com intuito de se tornarem facilitadoras no tratamento dos portadores de transtornos mentais.

Com a ação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, no que diz respeito à assistência de Enfermagem, vem ao longo dos anos, se desenvolvendo e procurando atender as propostas, que exige dos profissionais de saúde uma prática contrária àquela que se iniciou com a psiquiatria tradicional, caracterizada pelo isolamento e pelo tratamento punitivo, voltado para a contenção física e química desses clientes.

A transformação da prática assistencial na psiquiatria vem ocorrendo de forma lenta e gradual, um dos maiores desafios é a busca de novos caminhos em que se possa (re) pensar na assistência de Enfermagem de uma maneira ampliada. Isso veio abordado pelo novo modelo de tratamento trazido pela reforma, percebendo-se que o tratamento ao usuário, ou seja, práticas dirigida aos usuários da saúde mental, como programas de atenção ao usuário e sua reabilitação ao meio social.

De acordo com FILHO (2009), O ser humano não vive sozinho, mas em um contexto social em que a família é sua rede de suporte mais próxima. Por isso, para cuidá-lo, não se pode

deixar de vê-lo como um todo e integrante desse contexto. Desse modo, com vista a um cuidado mais afetivo, já não se cuida mais somente da pessoa, mas também da família.

#### **4.2 A Família no tratamento do Portador de Transtorno Mental**

O conceito de família na verdade surgiu da sociedade, ou seja, foi criada e imposta como citado do artigo “O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: Investigando o papel da internação psiquiátrica”, de Martins e Vecchia (2006), mas para Engels, segundo os autores já citados, sua composição não passaria de puro interesse material, devido às diferenças entre homens e mulheres e a submissão desta para com o homem.

Segundo Soares e Munari (2007) a família é a base para todo ser humano, contudo, todo e qualquer impacto que essa venha a sofrer atingirão de modo diferenciado cada indivíduo desse mesmo núcleo familiar. Em contexto saudável o que se espera é que a família transmita aos seus membros proteção e que os prepare da melhor forma para estar no meio social de maneira que venha a ser bem aceito. Ainda caberia à família, garantir a seus membros subsídios para lidar com alegrias e tristezas, vitórias e fracassos, mas se esquecer de que tudo isso são apenas possibilidades, e não garantias que isso venha realmente acontecer.

Segundo Siqueira (2010), a família seria um sistema complexo, passando por várias transformações ao longo da história, que por fim acabou se desenvolvendo através dos tempos, acompanhando mudanças religiosas, econômicas e socioculturais. Existiram vários modelos de família ao longo da história, a maioria se baseava na mútua proteção e segurança, mantinham uma relação com o culto religioso e sua formação designada pela necessidade de subsistência, ou seja, regulava as uniões e o número de filhos que a família teria.

Na Idade Média, a igreja passa a ter grande influência no conceito família, tendo a família como uma entidade religiosa, desde que essa fosse formada a partir de uma celebração pública e religiosa, criando assim o matrimônio sagrado.

De acordo com Siqueira (2010), ainda na Idade Média a família deveria garantir o amparo para aqueles membros doentes, inválidos e incapazes de prover seu próprio sustento. Ainda segundo o mesmo autor, neste período histórico, esse conceito de assistência para esses incapacitados é essencial, até porque nesta época as famílias produziam suas vestes, armas, ferramentas, alimentos e outros bens de sua necessidade.

Na Idade Média, a família concebida como instituição legítima perante a igreja tinha que se multiplicar, procriar, ou seja, ter filhos, quanto mais, melhor, já a família ou casal que não gerasse descendentes seria visto de uma forma desigual ou inferior aos olhos dos demais da época.

Vale salientar que nesse mesmo momento histórico, a mulher era vista como algo sem vontade própria, servindo apenas para gerar filhos, satisfazer e obedecer a seu esposo. De acordo com Siqueira (2010), o sexo dentro do casamento tinha apenas duas finalidades: a satisfação do desejo masculino – a mulher era incapaz de sentir prazer – e a geração de filhos, razão pela qual, as famílias eram muito numerosas.

Com a Revolução Industrial, a família passou a ser vista não apenas como algo para gerar descendentes, onde todos dependiam do chefe da família. Agora os membros de cada família passam a se introduzir no campo de trabalho, ou seja, naquele momento histórico passam a trabalhar nas fabricas, devido às necessidades surgidas, pois nesse período, as famílias já não produziam seus bens materiais como na Idade Média, a família agora assume a função econômica, e cada membro passa a receber um salário pelo seu trabalho.

Os preceitos de liberdade, Igualdade e fraternidade, no Ocidente, surgiram com a Revolução Francesa, o que contribuiu para a transformação dos paradigmas dentro do conceito de família que seriam o casamento, o sexo e a reprodução.

No século XX, devido às transformações que ocorriam na história, houve espaço também para o surgimento de novos fenômenos, o que contribuiu para a liberação dos costumes, A revolução feminina, fenômeno que surgiu a partir do Movimento Feminista, é a emancipação da mulher em uma sociedade onde ela é oprimida e discriminada e tem a finalidade de garantir a igualdade entre os sexos. O aparecimento dos métodos contraceptivos, e a evolução da genética, segundo Siqueira (2010), possibilitaram novas formas de reprodução e contribuiu para um novo conceito da família.

A família passou, então, ser analisada como um grupo social e não mais como uma família “certinha”, anteriormente vista como um conjunto que deveria ser composto por pai, mãe e filhos. Atualmente, todos os componentes familiares dentro de um parâmetro linear e sem diferenciações de outras famílias.

Uma das prioridades da Reforma Psiquiátrica é trazer a família do Portador de Transtornos Mentais para toda e qualquer discussão que possa envolvê-los, para que juntos

consigam resultados significativos na vida do Portador de Transtornos Mentais, e que consiga obter transformações na área da saúde mental, onde a sociedade passe a enxergar com outros olhos o PTM.

Não se pode esquecer que a família que possui um Portador de Transtorno Mental, também passa por dificuldades, seja material ou emocional, se fazendo necessário que a mesma também passe a receber acompanhamento por profissionais adequados, até por se encontrar em meio a uma situação abstrusa e difícil, por ter que, de repente, passar a lidar com algo até então não apenas desconhecido, mas também inesperado.

Segundo Bussula, Oliveira, Volpato (2009), muitas vezes as famílias não estão preparadas para lidar com essa nova realidade que lhes foi imposta, e muito menos dispõem de apoio suficiente para enfrentá-la e poder realizar suas tarefas. Um dos grandes obstáculos que essas famílias enfrentam é quando o próprio PTM nega a doença para si próprio, e se nega a receber tratamento adequado, fazendo com que seus familiares estejam expostos a seus arroubos de crises, as quais algumas podem ser agressivas, sucedidas de curtos momentos de lucidez.

“Contraditoriamente, a família, por partilhar os mesmos códigos culturais da sociedade, tem também uma atitude reativa e segregadora em relação ao portador de transtornos mentais. Apresenta sentimentos de proteção simultâneos com sentimentos de rejeição, cuja ambiguidade constitui fonte de angústia” (ROSA *apud* BUSSULA, OLIVEIRA & VOLPATO, 2009, p 13).

A sociedade impõe padrões rígidos de comportamento, e por mais avanços que tenha havido ao longo dos anos, ela ainda mantém seu grau de conservadorismo, e querendo ou não a família de um Portador de Transtornos Mentais faz parte desta sociedade e muitas, por seguir regras, acabam não sabendo como lidar com o doente, ou seja, enfrenta dificuldades em seu cuidar, o que para muitos pode parecer desprezo, ou indiferença, na verdade são problemas com os quais a família do Portador de Transtorno Mental é obrigada a lidar.

Ainda se podem citar alguns obstáculos aos quais a maioria das famílias, principalmente as de baixo poder aquisitivo, são forçadas a lidar, como: as más condições de moradia, péssima alimentação, dificuldades de ingressar na educação e de poder ter um atendimento médico de qualidade, isso porque muitos nem sabem que tem direito a tudo isso. Já uma família com melhores condições financeiras, certamente não passará por esse tipo de dificuldade, muito

menos terá algum problema em contratar alguém para que dedique aos cuidados do Portador de Transtorno Mental.

Podemos apontar algumas outras dificuldades enfrentadas no dia-a-dia da família que mantém seu parente com transtornos mentais em casa, como: falta de infraestrutura na comunidade, falta de orientação quanto à doença mental e formas de relacionamento com os portadores de transtorno mental, e o desrespeito da comunidade com relação ao PTM enfrentado junto com sua família. Em alguns casos o usuário enfrenta esse desrespeito juntamente com o preconceito dentro da própria família, o que contribui para que alguns deles neguem a doença psiquiátrica.

É bem frequente a mulher tomar para si a responsabilidade do cuidar, dedicando-se quase que por completo, ou até mesmo totalmente, apenas ao doente, o que termina por desenvolver um amplo desgaste, tanto físico como também emocional, e esse desgaste emocional nem sempre está visível, mas por existir acaba dificultando a convivência da família.

De acordo com Bussula, Oliveira e Volpato (2009), o membro da família que toma para si o papel de cuidador, em muitos casos passa de certo modo a se isolar, por não conseguir fazer uma conciliação com o mundo externo, ou seja, acaba deixando emprego, afastando-se de amigos e até mesmo de outros familiares, ou seja, caminhando assim para um isolamento e comprometendo suas relações sociais.

Alguns dos relatos de mulheres que se dedicam a cuidar de um familiar que possui transtorno mental demonstram as dificuldades emocional, social, econômica entre outras, principalmente quando é cobrada das cuidadoras a responsabilidade por atos realizados pelo doente. Conforme Gonçalves & Sena (2001), as mulheres cuidadoras discorrem também sobre a maneira agressiva que em sua maioria o doente se apresenta, demonstrando sofrimento ao relatar isto.

Ainda através destes relatos podemos citar que para essas mulheres, um dos momentos, mais difíceis de suas tarefas é quando o doente entra em crise, podendo não apenas fazer algo contra si próprio, como também a seu cuidador. A todo o momento é apresentada “a multiplicidade dos problemas, ansiedades, medos e tristezas vivenciadas frequentemente durante os picos de crises dos portadores de transtornos mentais” (GONÇALVES & SENA, 2001, p. 52).

Gonçalves e Sena (2001), ainda citam que:

“Numa sociedade competitiva, sob égide do modo de produção capitalista, aquele que não produz, não tem rendas e, além disso, carrega o estigma de ser doente mental, não tem inserção social. Então passa a ser visto como ocioso, improdutivo, inútil, sem cidadania” (p.52).

Portanto, fica claro que além das diversas dificuldades que a família enfrenta para cuidar do portador de transtorno mental, a mesma ainda tem que enfrentar a improdutividade deste, em muitos casos por imposição da sociedade que vê o doente mental como algo descartável, e inútil, ou seja, o portador da doença não pode exercer sua cidadania por imposição conservadorista de uma sociedade que ainda reluta a aceitar que o portador da doença mental, desde que receba todo tratamento adequado, pode e deve manter uma vida social como qualquer outra pessoa.

#### **4.3 A Enfermagem e o trabalho com o Portador de Transtornos Mentais e suas famílias.**

Atualmente o Enfermeiro convive em um cenário que vive em constante transformação e diante de novos e importantes desafios, permitindo que se faça uma análise crítica dos saberes que fundamentam sua prática profissional. Contudo, o campo das relações interpessoais não pode ficar limitado à relação enfermeiro-paciente, onde deve contemplar as múltiplas dimensões sociais, culturais, políticas e econômicas.

De acordo com FILHO (2009), O espaço de atuação do enfermeiro nas novas modalidades de atenção psicossocial vai se construindo a partir de vários caminhos, de diferentes mapas. É importante pensar no cuidar a partir da atenção psicossocial. O conceito de atenção dá ao enfermeiro uma dimensão do tipo de cuidado que busca proporcionar ao cliente: um cuidado não no sentido caritativo e com a conotação de dever e obrigação que ainda persiste, um cuidado que não visa apenas suprimir os sintomas, mas, sim, que busca o desafio de criar espaços de acolhimento e tolerância para as pessoas em sofrimento psíquico.

Sabemos que hoje, o serviço precisa estar com as portas abertas para a inserção da família, integrando-a e incentivando sua participação frente às atividades desenvolvidas pelo serviço, ao mesmo tempo, dando suporte para que essa possa contribuir conjuntamente para a manutenção da saúde do usuário do serviço. Pensamos que a equipe de saúde mental deve estar concentrada e comprometida com essa problemática: a dificuldade/complexidade do cuidado da

família e do usuário, buscando construir dispositivos de apoio e meios que facilitem a participação e a integração da família.

A inserção da família é um elemento indispensável para a reforma psiquiátrica, quando se pensa o redimensionamento da assistência em saúde mental. De acordo BIELEMANN (2009), Convocar a família para assumir a responsabilidade do cuidado do usuário em conjunto com a equipe, exige mais do que um redirecionamento das práticas, exige comprometimento e responsabilidade para a construção de um cuidado que é coletivo desses atores em promover e manter a autonomia do usuário, reconquistar sua cidadania e seu espaço na sociedade, construindo uma responsabilização e um cuidado coletivo.

Segundo FILHO (2009), Buscar o relacionamento interpessoal com a família, através da comunicação efetiva, é um instrumento de intervenção, que precisa ser adotado no processo terapêutico. A família é responsável por promover o contato entre o doente e os serviços de saúde existentes. Logo, a família é aliada no tratamento do portador de sofrimento psíquico, sendo contribuinte para reinserção deste na comunidade. Nesta interação, ressalta-se a importância do apoio e acompanhamento desta pelos profissionais de saúde.

No entanto, sua eficácia está diretamente ligada à forma de inserção do indivíduo no âmbito do grupo e ao fato de sentir-se participante do mesmo. Além disso, os familiares precisam ser estimulados à participação, através de uma conscientização que modifique sua postura ausente, que pode ser advinda da falta de motivação, levando-os ao desinteresse.

Nesse exercício de trazer a família para junto do serviço, como fonte de reabilitação psicossocial do usuário, consideramos indispensável sua realização no dia-a-dia, em um movimento de construção e, muitas vezes, reconstrução. Então, as reuniões são um dos caminhos que pode ser utilizado para o fortalecimento de vínculos e para o envolvimento da família. Nesta vertente, surge no discurso dos grupos de interesse, a necessidade de outros espaços de inserção da família, os quais são abordados a seguir.

Portanto, FILHO (2009) acredita que as ações dirigidas para a família pela equipe dos centros de atenção psicossociais precisam ser repensadas e, muitas vezes, assumir novos contornos, podendo-se assim, ressignificar o agir e o pensar frente àquela. Neste sentido, é necessário definir claramente de que família falamos e pensamos; qual a postura que esperamos desta frente ao serviço e qual seu verdadeiro papel na reabilitação psicossocial do usuário. Para

isto, é necessário que a equipe profissional não a veja somente como suporte deste, pois frente à enfermidade ela também é fragilizada e necessitada de cuidado.

A parceria com a família se constitui em estratégias de mobilização e comprometimento para lidar com a loucura no território, proporcionando a potencialidade de trocas entre o serviço, usuário e sua rede social. Entretanto, para que a participação familiar no serviço seja efetiva, além da disposição e da vontade de participar, é necessário que haja o vínculo entre profissionais e família, comunidade e usuário, sendo um aspecto relevante no cuidado em saúde mental, pois nas práticas de atenção psicossocial a relação entre os técnicos e familiares se intensifica no compartilhamento e organização de novas formas de viver na sociedade. A idéia de responsabilização dos atores sociais envolvidos na atenção psicossocial remete para a parceria com a comunidade, visando o grau de autonomia e ações norteadas por uma ética de solidariedade.

Ainda segundo BIELEMANN (2009), o vínculo pode alicerçar uma relação compromissada entre a equipe, usuário e família, propiciando uma convivência que deve ser sincera e de responsabilidade. Assim, o estabelecimento de vínculos vai facilitar a parceria, pois através do relacionamento teremos uma ligação mais humana, mais singular que vai buscar um atendimento que melhor se aproxime às necessidades dos usuários e famílias, implementando uma atuação da equipe mais sensível para a escuta, compreensão de pontos de vulnerabilidade e a construção de intervenções terapêuticas individuais, respeitando a realidade específica e tornando a parceria como algo possível e concreto.

Com essa abordagem, o enfermeiro, ao colocar o paciente psiquiátrico como centro de sua atenção profissional, deveria considerar o contexto coletivo, e assim, seu desempenho poderia resultar em maior objetividade, segurança, flexibilidade, criatividade e reconhecimento.

A reabilitação psicossocial não se limita apenas ao uso de fármacos e eventuais intervenções, mas estende-se a ações e a procedimentos que visem à reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar. Assim, o tratamento não fica restrito apenas a prática medicamentosa e a eventuais internações, mas, como também a ações e procedimentos que visem a uma reintegração familiar, social e profissional, bem como a uma melhoria na qualidade de vida do doente e do familiar.

Partindo dessa nova realidade, FILHO (2009) cita que o enfermeiro participa de atividades grupais; grupos de estudos; reuniões de famílias e de equipe; visitas domiciliares e

excursões; e escuta, acolhe e estabelece vínculos com o cliente. As responsabilidades com o cuidado da pessoa em sofrimento mental aumentam, pois o enfermeiro tem que se permitir viver uma nova proposta que envolve convivência afetiva com o usuário/ gente, aquele que precisa não só de uma prática de técnicas mecânicas, mas, acima de tudo, de técnicas inovadoras e humanizadas.

Sendo assim, sabe-se que realizar assistência de enfermagem em serviço aberto não é tarefa fácil, e esta exige alternativas e propostas inovadoras, e, principalmente, sensibilidade para que o gesto de cuidar aproxime, ao invés de afastar.

Assim, SCHRANK & OLSCHOWSKY (2008) afirma que o CAPS busca um redirecionamento da assistência nos responsáveis do tratamento no contexto da reforma psiquiátrica brasileira por meio da inserção familiar, pois é reconhecido o valor da participação da família na assistência ao doente mental, para o alcance de melhor qualidade de vida do doente e da família.

Nesse sentido, a participação da família como protagonista das estratégias de cuidado e reabilitação, inserida nas diversas atividades do CAPS como nas assembléias, festas e grupos, as atividades das oficinas, o atendimento individual, a visita domiciliar, a busca ativa e o grupo de família como estratégias de integração entre equipe, família e usuário constituem-se de ações que podem possibilitar a construção de laços, em que o usuário e a família são escutados e acolhidos no sofrimento trazidos por eles.

De acordo com SCHRANK & OLSCHOWSKY (2008), As oficinas são atividades identificadas como estratégia para a inserção da família no CAPS, pois, ao mesmo tempo em que pode oportunizar ao usuário meios para a sua reinserção social e o rompimento do isolamento através da vivência subjetiva, permitirá que o trabalho realizado nas oficinas se estenda à família, no sentido de produzir territórios existenciais que promovam a reinvenção da vida em seus aspectos mais cotidianos.

Nesse contexto, a atividade das oficinas possibilita a reconquista ou conquista dos usuários em relação à sua participação na sociedade com autonomia e reconhecimento de um cidadão. Já a atividade da visita domiciliar aparece como outra estratégia para promover a participação familiar no trabalho conjunto com a equipe.

“A visita domiciliar é uma prática assistencial que se constitui como essencial para o cuidado do usuário e família, porque ela proporciona a oportunidade de acolher esses atores no meio em que vivem. Isso é importante por oferecer modos de cuidados

alternativos àqueles centrados na instituição, possibilitando o conhecimento das reais necessidades do usuário e familiares” (SCHRANK, OLSCHOWSKY, 2008)

O cenário no domicílio exige, dos profissionais, criatividade, solidariedade e respeito pelas escolhas do usuário família, desse modo, a visita domiciliar é uma estratégia de atenção que pode abrir espaços de cuidado, de interlocução, de acolhimento, de aceitação e de possibilidade.

Todas as atividades desenvolvidas para promover a integração da família com os usuários, profissionais e outros familiares são essenciais, pois além do aprimoramento das relações, é um espaço que possibilita a troca de experiência e de ajuda entre as pessoas que vivenciam a mesma situação do processo saúde-doença. A participação da família nos eventos realizados com os usuários também é uma oportunidade da equipe conhecer a família e convidá-la para visitar o serviço e participar de uma atividade, demonstrando que tal atitude é fundamental para o cuidado do usuário, como forma de motivação e valorização.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permitiu um estudo no campo da Saúde Mental, no que diz respeito ao trabalho realizado e desenvolvido pela Enfermagem com os Portadores de Transtornos Mentais e suas famílias, possibilitando com isso uma breve análise sobre a Reforma Psiquiátrica e o seu processo histórico e dialético.

Permitiu aprender que mesmo sendo prevista na reforma psiquiátrica a participação da família, não foi efetivamente incorporada no cotidiano dos serviços de saúde mental, pois se observa que sua importância frequentemente é enfatizada pelos profissionais, quando se trata do processo terapêutico e reabilitação psicossocial do usuário do serviço.

Todas as transformações que ocorreram na realidade social, política, econômica e, até mesmo, cultural contribuíram para o incentivo da Reforma Psiquiátrica e desencadearam uma alteração com significativas repercussões, tanto na vida do Portador de Transtorno Mental, como também para sua família e sociedade.

A meta da Reforma Psiquiátrica foi à construção de um novo saber, baseado nos princípios ético-político do doente mental como um cidadão, pois através de nossos estudos fica exposto o preconceito e discriminação direcionados ao Portador de Transtorno Mental, portanto, a exclusão social dos mesmos.

Apesar da Reforma trazer objetivos e medidas que deveriam ser implantados com seriedade e respeito, devido à ausência do Estado, as dificuldades para que os princípios da Reforma Psiquiátrica se materializem, o que decorre principalmente de questões econômicas, ou seja, ausência do poder público. Podemos ainda lembrar que existem entidades organizativas, sob a identidade de ONGs, que tomam para si a execução de projetos de assistências ou residências terapêuticas, e que seu funcionamento só é possível mediante o repasse de verbas do Estado.

Ao longo da pesquisa foi constatado que dentro de uma dinâmica institucional o CAPS desenvolve e realiza trabalhos voltados ao Portador de Transtorno Mental e sua família. A saúde mental, apesar de todos os obstáculos enfrentados, vem junto com outros profissionais e usuários batalhando pela efetivação de direitos e de atendimento adequado e de qualidade aos portadores da doença, pois infelizmente ainda nos deparamos com aquela antiga percepção de que o portador de transtornos mentais deve ser mantido a margem da sociedade. Nesta linha de pensamento, a

relação do serviço com a família não pode se limitar a momentos predeterminados, com dia, hora e tempo previamente estipulados.

A reforma psiquiátrica em seu bojo traz a família como um grande parceiro no tratamento do usuário, e que os mesmos, enquanto sujeitos de direitos podem e devem opinar sobre os serviços que lhe são prestados.

Ainda podemos lembrar que em sua maioria o trabalho de cuidar do doente mental está muitas vezes ligado a figura feminina, e que em alguns casos o exclusivo “dedicar” ao portador da doença, pode fazer com que a mesma venha de uma maneira indireta afastá-la do convívio social.

Quanto à família, foram relatadas no decorrer do trabalho as dificuldades enfrentadas pelas mesmas, tanto materiais, quanto emocionais e até mesmo o despreparo em que muitas se encontram por não saber lidar com um membro portador da doença mental, e nem compreender essa doença. Entende-se que não basta tratar um único membro da família, mas necessita-se oferecer cuidado a todos os familiares envolvidos com o sofrimento psíquico.

Como as representações sociais são mutáveis e distintas poderíamos ressaltar que seria de grande importância a realização de mais trabalhos na comunidade em geral e na família, para que assim a sociedade possa ter uma maior compreensão na dinâmica social, que envolve as questões da saúde mental, para que com isso se alcance mudanças que gerem atitudes mais inclusivas e que ao mesmo tempo favoreça a reabilitação psicossocial do Portador de Transtorno Mental na família e na sociedade como um cidadão de direitos.

Espera-se que esse trabalho venha a contribuir para a comunidade acadêmica, para que se possa ampliar novos conceitos e estabelecer novas compreensões acerca da intervenção do profissional de Enfermagem no campo da saúde mental, pois o que aprendemos no transcorrer da vida acadêmica, é que a Enfermagem é uma profissão dinâmica, mutável, dialética, moldando-se de acordo com o surgimento de novas demandas classificadas como emergentes do contexto sociocultural.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Antonio José de; MORAES, Ana Emília Cardoso; PERES, Maria Angélica de Almeida. Atuação do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial: implicações históricas da enfermagem psiquiátrica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene**, v. 10, n. 2, 2012.

BALLONE, GJ – **Diagnóstico em Psiquiatria**, PsiquWeb, internet, disponível em: [HTTP://sites.uol.com.br/gballone/voce/diagnostico.html](http://sites.uol.com.br/gballone/voce/diagnostico.html) revisto em 2003 Acesso em 14/01/2014.

BASTOS, N.C. Brito. **Psiquiatria**: a realidade da assistência ao doente mental no Estado do Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: [HTTP://www.cremerj.org.br/publicacoes/91.PDF](http://www.cremerj.org.br/publicacoes/91.PDF) Acesso em 11/01/2014

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivonete. **Políticas Sociais**: Fundamentos e História. 1ªed. São Paulo, Cortez, 2008.

BETHANCOURT, Luis. **Doença Mental**: Preconceitos e Estigmas. Disponível em: [HTTP://reformapsiquiatria.wordpress.com/2010/01/10/doenca-mental-preconceitos-e-estigmas-por-luis-bethancourt/](http://reformapsiquiatria.wordpress.com/2010/01/10/doenca-mental-preconceitos-e-estigmas-por-luis-bethancourt/)Acesso em: 20/12/2013

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto contexto enferm**, v. 8, n. 1, p. 131-9, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf>

BISNETO, José Augusto; PEREIRA, Ivana Carla Garcia; ROSA, Lucia Cristina dos Santos; VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e saúde mental: Uma análise institucional da prática**. São Paulo, Cortez, 2007.

BOCK, Ana M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. DE L.T.; **Psicologias – uma introdução ao estudo de Psicologia**, São Paulo, ed. Saraiva, 2009.

BORBA, L.O; SCHWARTZ,E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 21, n. 4, 2008, p. 588-594.

**BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE**, III Conferencia Nacional de Saúde Mental; Caderno Informativo / Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. N .1. ed. MS, Brasília, 2001.

**BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE**, Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil – Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental; 15 anos Depois de Caracas. Brasília, 07 a 10 de novembro de 2005. 2001.

BUSSULA, Danila Aparecida; OLIVEIRA, Dayane Aparecida Lacerda; VOLPATO, Luci Martins Barbatto. O trabalho do assistente social junto as portadores de transtorno mental e sua respectiva família. Vol 05, nº 05, 2009.

CARRARA, Sérgio Luiz. A história esquecida: os manicômios Judiciários no Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** 2010; 20(1); 16-29.

COBRA, Rubem Q. – Phillippe Pinel, pioneiro da psiquiatria. **COBRA PAGES**: Disponível em: [HTTP://cobra.pages.nom.br](http://cobra.pages.nom.br), Acesso em: 17 de Fevereiro, 2014.

CREMERJ, **Psiquiatria**: a realidade da assistência ao doente mental no Estado do Rio de Janeiro, Disponível em: [HTTP://www.cremerj.org.br/publicacoes/91.PDF](http://www.cremerj.org.br/publicacoes/91.PDF). Acesso em: 17 de Fevereiro de 2014.

DUARTE, Janaina Lopes do Nascimento. **ONGs e Políticas Sociais Públicas**: o enfrentamento da “questão social” face a reforma do Estado brasileiro. III Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz do Maranhão, 2007.

FOUCAULT, Michel. .2. **Historia da Loucura**. Ed. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Prerspectiva, 2001.

GOMES, Carlos. **Antecedentes do Capitalismo**. Almada, Abril de 2008, p.336.

GONÇALVEZ, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente na família, **Rev. Latino-am Enfermagem** 2001 março; 9(2); 48-55. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf). Acesso em: 13 de Dezembro de 2013.

GOULART, M. S. B, A Construção da Mudança nas Instituições Sociais: A Reforma Psiquiátrica, **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João Del-Rei, jun. 2006.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**, Cortez, 16ª ed. 2004.

LESSA, Sérgio; TONET, Ivo. **Introdução a filosofia de Marx**. São Paulo, 2004.

MACHADO, Roberto (Org.). **Danação da norma: a medicina e a constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTIN, Marcelo; VECCHIA, Dalla. **O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica**. Scielo, Brasil, 2006.

MARX, Karl. **Glosas Críticas Marginais ao Artigo “O Rei da Prússia e a Reforma Social”**. De um prussiano, 1844.

MELO, Marcos Costa. **Crime e Loucura: uma trajetória até a criação do Manicômio Judiciário de Santa Catarina**. Ver. Esboços n. 11. Santa Catarina, 2004 p.189-198.

MELO, Walter. **Nise da Silveira**. Pioneiros da Psicologia Brasileira, V4, Rio de Janeiro, 2001.

MOHUN, S. **Divisão do Trabalho** In: BOTTOMORE, T. Dicionário do Pensamento Marxista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

NETTO, Jose Paulo. **O que é Marxismo**. Coleção Passos, ed. Brasiliense, 2006, 9ª ed.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; PFEIFER, Mariana. O papel do Estado o Welfare. **Serviço social em revista**. Vol. 5, n.2, 2003.

PEREIRA, J.F. **O que é loucura**. 6ed. Coleção primeiros passos. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ROSEN, George. **Uma História da Saúde Pública**. 2ed. São Paulo: Hutech; Unesp; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994. p. 117.

SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para inserção da família. **REVISTA-ESCOLA DE ENFERMAGEM UNIVERSIDADE DE SAO PAULO**, v. 42, n. 1, p. 127, 2008.

SEVERO, A. K . et al. **A experiência de familiares no cuidado em saúde mental**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/viewarticle/68/85>> Acesso em 20 de Março de 2014.

SIQUEIRA, Alessandro Marques de. **O Conceito de família ao longo da história e a obrigação alimentar**. Jus Navigandi, Teresina, ano 15, n. 2664, 17 out. 2010. Disponível em <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/17628>>

SOARES, Carlene Borges; MUNARI, Denize Bouttelet. **Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais**. *Cienc. cuid. Saúde*; 6(3):357-362, jul.-set. 2007. Disponível em: <http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/4024/2717>. Acesso em 13 de Março de 2014.

SPADINI, Luciene Simões; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, v 40, n.1. São Paulo, 2006;

TORRE, Eduardo H. Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. Saúde coletiva**. 2001, vol.6, n.1, p. 73-85.