



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ALINE FERREIRA DA PAIXÃO

**A PERCEPÇÃO DE FAMILIARES SOBRE SAÚDE MENTAL E A
INFLUÊNCIA DESSA COMPREENSÃO NO TRATAMENTO DE
PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL E COMPORTAMENTAL**

**Salvador
2017**

ALINE FERREIRA DA PAIXÃO

**A PERCEPÇÃO DE FAMILIARES SOBRE SAÚDE MENTAL E A
INFLUÊNCIA DESSA COMPREENSÃO NO TRATAMENTO DE
PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL E COMPORTAMENTAL**

**Trabalho de conclusão de curso de graduação em
Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade
Federal da Bahia, como requisito para obtenção do
grau de Bacharel em Serviço Social.**

**Orientadora: Profa. Ma. Ana Claudia C. Mendonça
Semêdo**

**Salvador
2017**

Paixão, Aline Ferreira da. A percepção de familiares sobre saúde mental e a influência dessa compreensão no tratamento de pacientes com transtorno mental e comportamental. 46 f. Monografia (graduação) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.

RESUMO

Este trabalho tem o propósito de compreender de que forma a percepção da família dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais repercute no processo de acompanhamento de saúde, por meio de um estudo desenvolvido com os usuários de um hospital psiquiátrico, em Salvador-Bahia. Tal motivação a esta pesquisa surgiu a partir da experiência de estágio, quando do contato com os pacientes e familiares deste hospital, notou-se diversas dificuldades enfrentadas pela família, que vão desde a compreensão pelo que está acontecendo com o familiar até as maneiras de exercer cuidado. Com tal finalidade, partiu-se da hipótese de que, apesar da Reforma Psiquiátrica, ocorrida na década de 70, ter alcançado avanços na construção de políticas para o enfrentamento das formas de exclusão social dos pacientes com transtornos mentais e comportamentais, encontra-se, ainda, um contrassenso no cotidiano das relações estabelecidas tanto nas instituições, quanto no âmbito familiar, no que se refere à atenção adequada aos indivíduos em processo de tratamento da saúde mental, considerando que são vistos por seus familiares como anormal, o que não contribui para o exercício da autonomia e integração social desses pacientes. Nesse sentido, com o intuito de realizar o supramencionado estudo, utilizou-se de uma abordagem metodológica de natureza qualitativa, a partir da técnica da entrevista semiestruturada com familiares de pacientes de um hospital psiquiátrico no qual esta pesquisadora realizou o estágio supervisionado, no período de um ano, cujo componente teórico-prático integra ao curso de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia. Em paralelo, os procedimentos de pesquisa foram constituídos a partir da observação participante realizada em campo de estágio e de uma análise documental. Para análise dos dados, articulou-se a abordagem metodológica com o referencial teórico cujo esforço de análise foi iniciado a partir da Reforma Psiquiátrica através dos conceitos de Foucault (1972), além da autora Rosa (2003) para entender acerca da realidade da família contemporânea e as suas dificuldades quanto às ações de cuidado, diante da atual rede de atenção a saúde mental, - no que se refere à sua estrutura, e suas políticas precarizadas - e diante das dificuldades de ser classe trabalhadora na atual sociedade capitalista. Por meio desse estudo, foram utilizadas as contribuições do autor Goffman (1891) que contribuem para o entendimento acerca do estigma e suas consequências vivenciadas pelos pacientes. Assim, notou-se que, nos casos relatados em que há um distanciamento do familiar responsável pelo cuidado do paciente e até uma fragmentação da família, uma irritação com a falta de suporte e estrutura dos serviços, com as dificuldades de acesso aos profissionais, possivelmente devido ao processo de fadiga ocasionado pelas idas e vindas do hospital, ocorrendo um prejuízo no tratamento deste paciente. De outra parte, foi possível compreender que essas famílias são vítimas do processo de precarização dos serviços da rede de atenção à saúde mental, vivenciando as próprias expressões da questão social no seio da sociedade capitalista.

Palavras chaves: Saúde Mental. Família. Reforma Psiquiátrica. Estigma. Política.

Paixão, Aline Ferreira da, The perception of family members about mental health and an influence of untreated understanding of patients with mental and behavioral disorders. 46 f. Monograph (graduation) - Institute of Psychology, Federal University of Bahia, Salvador, 2017.

ABSTRACT

This work aims to understand how the family perception of patients with behavioral mental disorders has repercussions on the health monitoring process, through a study developed with the users of a psychiatric hospital in Salvador-Bahia. This motivation to this research emerged from the experience of internship, when the contact with the patients and relatives of this hospital, noticed several difficulties faced by the family, ranging from understanding what is happening with the family to the ways of exercising caution. To this end, it was hypothesized that, despite the Psychiatric Reform in the 70's, it achieved advances in the construction of policies to confront the forms of social exclusion with patients with mental and behavioral disorders, It is also a contradiction in the daily life of the relationships established both in the institutions and in the family context, regarding the adequate attention to the individuals in the process of mental health treatment, considering that they are seen by their relatives as abnormal, which is not contributes to the autonomy and social integration of these patients. In this sense, in order to carry out the aforementioned study, a methodological approach of a qualitative nature was used, based on the technique of semi-structured interview with relatives of patients of a psychiatric hospital in which the researcher carried out the supervised internship, in the period of one year, whose theoretical-practical component integrates the course of Social Service of the Federal University of Bahia. In parallel, the research procedures were constituted of the participant observation carried out in an intemship field and from a documentary analysis. For the analysis of the data, the methodological approach was articulated with the theoretical reference, whose analysis effort was initiated from the Psychiatric Reform through the concepts of Foucault (1972), besides the author Rosa (2003) to understand about the reality of the contemporary family and their difficulties in taking care of the current network of mental health care - in terms of their structure, their precarious policies - and in the face of the difficulties of working class in today's capitalist society. Through this study, the contributions of the author Goffman (1891) that contribute to the understanding about the stigma and its consequences lived by the patients were used. Thus, it was noticed that in the cases reported in which there is a distancing of the family member responsible for the care of the patient and even a fragmentation of the family, an irritation with the lack of support and structure of the services, with the difficulties of access to the professionals, possibly due to the process of fatigue caused by the comings and goings of the hospital, causing a loss in the treatment of this patient. On the other hand, it was possible to understand that these families are victims of the process of precariousness of the services of the network of attention to mental health, experiencing the very expressions of the social question within the capitalist society.

Keywords: Mental health. Family. Psychiatric reform. Stigma. Policy.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	6
2 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL	7
2.1. ALGUNS CONCEITOS PARA ENTENDER O OBJETO DE ESTUDO	8
2.1.1 – Saúde: uma categoria em constante debate	8
2.2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA: NOVOS OU VELHOS DILEMAS?	15
2.3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	19
2.4. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM SALVADOR	21
3 – VÍNCULOS FAMILIARES E O SOFRIMENTO PSÍQUICO: A FAMÍLIA NO CENTRO DA ATENÇÃO	25
3.1. COMPREENDENDO A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA	26
3.2. O PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.3. O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL	36
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	41

I - INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica foi um marco importante em defesa de melhores condições de tratamento e fechamento dos manicômios que mantinham presos os sujeitos em sofrimento psíquico. A partir de então, para além da responsabilidade estatal com a política de saúde mental, iniciou-se uma reflexão acerca da importância do papel da família no cuidado com esses pacientes. O acompanhamento da saúde mental passou a ser desenvolvido, dessa forma, por uma rede cujo suporte está consubstanciado na política de saúde mental implementada e regularizada pela Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, a partir de vários instrumentos políticos e organizações públicas, como os Centros de Atenção Psicossocial e, quando do surto, em hospitais psiquiátricos.

Destaca-se, porém, que há uma grande dificuldade por parte dessas famílias em tomar para si o papel de cuidador, devido à falta de suporte da política em muitos casos aqui relatados, a falta de entendimento acerca do que é o transtorno mental, que precisa ser maior disseminado, a estigmatização que sofre por ter um familiar com transtorno mental, a dificuldade enquanto classe trabalhadora de se reproduzir socialmente, além dos recursos financeiros necessários para o respectivo cuidado. Com isso, buscou-se compreender essas constantes dificuldades, diante de tantas dúvidas e pouco suporte, bem como o processo de estigmatização da família sobre o paciente.

Dessa forma, partiu-se da hipótese de que a percepção da família sobre o que é saúde mental pode repercutir tanto no acompanhamento e tratamento da saúde dos pacientes, como na visão que este último pode ter sobre si próprio.

Objetiva-se então, trazer aqui como a percepção que os familiares têm acerca do que é transtorno mental repercute no tratamento desses pacientes. Porém, é necessário esclarecer que não será aprofundado nesta monografia, acerca da percepção desses familiares e sim, busca-se entender a relação entre a compreensão da família e a consequência desta, no tratamento dos pacientes.

Para isso, foi realizado um levantamento bibliográfico para melhor elucidação do tema proposto, através dos fundamentos de Foucault (1972) para historicizar os primórdios da saúde mental seguido acerca da Reforma Psiquiátrica elucidando as mudanças marcantes quanto ao tratamento destes pacientes, e a atual política de saúde mental, e após, abordou-se sobre a família contemporânea (Rosa, 2003) e suas

atribuições quanto ao cuidado desses pacientes em sofrimento psíquico, e o enfrentamento do estigma por estes através de Goffman (1891).

Em adição a este estudo, realizou-se uma abordagem qualitativa através de entrevistas semiestruturadas com familiares de pacientes de um hospital psiquiátrico durante o período de estágio supervisionado, assim como a observação participante realizada na mesma instituição e principalmente durante as reuniões familiares, espaço para socialização de dúvidas e esclarecimentos entre usuários e profissionais, e por fim uma análise qualitativa e documental sobre os pacientes através de material disponibilizado pela instituição.

Assim, esta monografia se divide em duas partes. No primeiro capítulo será abordado primeiramente alguns conceitos para entender o objeto proposto, seguido de esclarecimentos acerca da Reforma Psiquiátrica, a política de saúde mental e finalizando com a rede de atenção a saúde mental em Salvador. No capítulo seguinte, descreve – se a família contemporânea brasileira, o percurso metodológico, para o desenvolvimento de estudo, o papel da família no tratamento do paciente em sofrimento psíquico e o estigma sofrido por eles, e finalizando com as considerações.

2 – A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E OS DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Inicialmente, serão abordados neste capítulo alguns conceitos que servirão de base para compreender de maneira mais clara o assunto abordado. Começando com a conceituação de saúde e os seus determinantes sociais, passando depois para a conceituação de saúde mental e finalizando com sofrimento psíquico e transtorno mental. Após a conceituação, discutir-se-á, sumariamente, acerca de como eram tratados os indivíduos com transtorno mental na história, focando-se nos avanços e desavanços da Reforma Psiquiátrica durante esse caminho, recordando as aprovações da Lei Nº 180 de 13 de maio de 1978 e a Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001, que foram de grande importância, principalmente no contexto neoliberal da época. Após, abordaremos sobre a Política Nacional de Saúde Mental e os atuais programas públicos que definem a atual rede de atenção à saúde mental dos pacientes psiquiátricos, e finalizaremos com a situação da atual Rede de Atenção à Saúde Mental da cidade de Salvador – Bahia.

2.1 - ALGUNS CONCEITOS PARA ENTENDER O OBJETO DE ESTUDO

Para melhor entendimento acerca do que está por vir, há a necessidade de esclarecer alguns termos, que, apesar de comuns, geralmente são definidos de maneira mais limitada. Então, tomaremos nota da definição dos termos saúde, utilizando o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), dialogando com os conceitos de saúde trazidos por Batistella (2007), passando pela definição e esclarecimento a respeito dos determinantes sociais de saúde, com o apoio bibliográfico de Buss e Filho (2007), seguindo para conceito de saúde mental, definida aqui por Amarante (2008), e mais a frente, utilizando as definições do Ministério da Saúde (2013), dos autores Cassell (1991) e Vale (2007), para esclarecermos acerca do sofrimento psíquico, assim como o conceito de transtorno mental segundo a Organização Mundial da Saúde.

Essas definições são necessárias para que se possa ter o entendimento de quão amplo se expressam as diversas dimensões relativas ao tema, o que possibilitará uma compreensão acerca da dificuldade e enfrentamento que o paciente com transtorno mental tem, quando na busca de suprir as suas necessidades acerca da sua saúde mental.

2.1.1 – Saúde: uma categoria em constante debate

Como mencionado anteriormente, para maior esclarecimento acerca do nosso tema principal, iniciaremos com alguns conceitos. Começaremos então com o conceito de saúde. A nossa sociedade compreende muito o termo saúde como a ausência de doença, mas, saúde não é apenas isso. A saúde é um conceito mais amplo, pois, tudo a nossa volta interfere de maneira direta e indireta sobre a nossa saúde: o ambiente em que a gente vive, as nossas condições socioeconômicas e o acesso ou não a hospitais, consultas, remédios etc. Essas dimensões que afetam a nossa saúde, conforme Buss (2000) são chamadas de determinantes sociais de saúde, porém deixaremos para tratar este ponto mais adiante.

Segundo Amarante (2008), a Organização Mundial de Saúde - OMS define saúde como “um estado completo de bem estar físico mental e social.” O autor ainda critica que é muito difícil estabelecer um estado completo de bem estar, e questiona, nesse sentido, o conceito da OMS.

Um estudo publicado pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) mostra que as diferenças econômicas entre países incidem nos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humano (OPAS 1998 *apud* BUSS, 2000). Leavell & Clark (1976) afirmam que procedimentos de promoção à saúde incluem “um bom padrão de nutrição, ajustado as várias fases do desenvolvimento” salientando que “a educação e a motivação sanitária são fundamentais para a realização desse objetivo”.

Não se pretende afirmar, com isso, que uma pessoa que tenha acesso a todos esses fatores acima citados, tais como boa educação, nutrição, trabalho etc., nunca adoecerá e/ou terá saúde plena. Mas, poderá reduzir muito as chances de adoecimento, além do que haverá uma elevação do seu bem-estar em todos esses segmentos.

Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida “vívida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos (BUSS 2000 p. 174).

Batistella (2007) apresenta três conceitos de saúde definidos ao longo da história, revelando os desafios existentes para a compreensão dessa categoria. O primeiro conceito, o de saúde como ausência de doença, historicizada por ele entre os séculos XVII e XVIII, mostra-nos que esse conceito passou a ser utilizado quando médicos da época passaram a desenvolver uma anatomia patológica através de análises dos corpos dos doentes, transformando-se, assim, numa base da medicina moderna. O segundo conceito, o da saúde como bem-estar, ele, assim como o autor Amarante (2008), menciona o conceito dado pela Organização Mundial da Saúde datado de 1948, já mencionado neste capítulo. E, por último, o conceito de saúde como direito, no qual nos traz a Constituição Federal de 1988, seção II e artigo 196, que afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, seção II, art.196).

A definição de saúde constante em nossa Constituição corrobora o conceito formulado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 1986, que conceitua a saúde como:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986, p. 4)

Todos esses conceitos utilizados mostram o quão amplo o significado da saúde pode ser, bem como suas várias dimensões. Não podemos considerar a saúde de um indivíduo apenas por uma dessas qualidades, pois não há como o indivíduo ser composto de apenas uma delas, uma vez que o ser social é um ser total e complexo que expressa à interação dos aspectos biopsicossociais, composto por essas múltiplas dimensões.

Um exemplo dessa consequência de não se suprir adequadamente tais necessidades, é o que nos traz a autora Sawaia (2001) no livro, “As artimanhas da exclusão”, vem nos remeter acerca do que ela chama de sofrimento ético-político. Isso segundo ela ocorre:

[...] pela situação social de ser tratado como inferior, sem valor, apêndice inútil da sociedade e pelo impedimento de desenvolver, mesmo que uma pequena parte, o seu potencial humano (por causa da pobreza ou em virtude da natureza restritiva das circunstâncias em que vive), é um dos sofrimentos mais verbalizados. E o que é mais importante, na gênese desse sofrimento está à consciência do sentimento de desvalor, da deslegitimidade social e do desejo de "ser gente", conforme expressão dos próprios entrevistados (SAWAIA, 2001 p.109).

Ou seja, a intensidade das necessidades de cada indivíduo, além do déficit na sua saúde, o sujeito sofre e pode se menosprezar diante de tal situação. Mas, não vamos adentrar nessa discussão. Apenas há se a necessidade de se exemplificar aqui a importância da saúde em nossas vidas, para que mais a frente, possa-se compreender de melhor forma, o atual cenário da saúde mental da cidade de Salvador-BA, visto a estrutura de suporte aos usuários dessa política, principalmente no que se refere à família destes.

Continuando a discussão acerca da saúde, essas múltiplas dimensões que afetam de alguma forma o indivíduo, e condicionam o seu bem-estar, são compreendidas enquanto determinantes sociais da saúde. (Buss e Filho, 2007).

No texto *A saúde e seus determinantes sociais*, de Buss e Filho (2007), há um esclarecimento sobre o que são os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e sobre a

criação da Comissão Nacional Sobre Determinantes da Saúde (CNDSS), esclarecendo qual é o seu papel:

Os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. – (BUSS e FILHO, 2007, p. 78).

Conforme esclarece Buss e Filho (2007), essa comissão foi criada em 13 de março de 2006, considerando a necessidade de promover a socialização dos significados dos determinantes sociais em nossa sociedade, e promover políticas para combater essas desigualdades que contribuíssem para o aumento da saúde e bem estar populacional (BUSS e FILHO, 2007). Dentre as ações, eles pontuam:

[...] programas e intervenções para o combate às iniquidades de saúde geradas pelos DSS [...] a promoção da equidade em saúde é fundamentalmente um compromisso ético e uma posição política que orienta as ações da CNDSS para assegurar o direito universal à saúde. [...] produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil [...] apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção [...] da equidade em saúde [...] promover atividades de mobilização da sociedade civil para tomada de consciência e atuação sobre os DSS. (BUSS e FILHO 2007 p.87)

Como podemos observar, a busca pelo equilíbrio dessas dimensões não é uma tarefa fácil, até porque, cada indivíduo possui uma necessidade diferente que depende da localidade onde mora, da sua condição econômica, psicológica e ainda mais: a necessidade de um indivíduo não necessariamente é a necessidade de um determinado grupo na sociedade. (BUSS e FILHO, 2007).

Agora que já abordamos acerca da saúde e seus determinantes, focaremos na conceituação da saúde mental. De acordo com Amarante (2008), a saúde mental é: “um campo ou área de conhecimento e de atuação no âmbito das políticas públicas de saúde, [...] não podendo ser reduzida apenas ao estudo e tratamento das doenças mentais”. O autor critica que, na nossa sociedade, existe a visão dualista, considerando apenas duas dimensões de todas as coisas, e, no caso da saúde mental, devemos ter uma visão mais abrangente, pois:

A saúde mental é um campo bastante polissêmico plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana social. (AMARANTE, 2008 p.19)

Assim, como a saúde não é apenas a ausência de doenças, saúde mental não é apenas ausência de transtornos mentais. Vejamos a perspectiva da OMS:

Os conceitos de saúde mental abrangem, entre outras coisas, o bem-estar subjetivo, a auto-eficácia percebida, a autonomia, a competência, a dependência intergeracional e a auto-realização do potencial intelectual e emocional da pessoa. Por uma perspectiva transcultural, é quase impossível definir saúde mental de uma forma completa. De modo geral, porém, concorda-se quanto ao fato de que saúde mental é algo mais do que a ausência de transtornos mentais (OMS, 2001 p3-4).

Diante do contexto, obviamente, não podemos falar de saúde mental sem mencionar sofrimento psíquico e transtorno mental, termos estes que são muito confundidos e às vezes tratados como se fossem um só.

Nota-se certa dificuldade em encontrar definições que diferenciem sofrimento psíquico e transtorno mental, contribuindo assim para certa confusão no entendimento do tema que, conseqüentemente, pode estimular o preconceito e a estigmatização.

Contudo, segundo o Ministério da Saúde (2013), “o sofrimento psíquico não é reservado àqueles que receberam algum diagnóstico específico, mas sim algo presente na vida de todos, que adquirirá manifestações particulares a cada um”, ou seja, não necessariamente uma pessoa com sofrimento psíquico está condicionada a uma patologia conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID ou DSM – V.

[...] Sofrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 p.30-32).

Cassell (1991) *apud* Apóstolo *et al* (2006) define o sofrimento como “um estado de desconforto severo, provocado por uma ameaça à integridade ou a continuidade da existência da pessoa”. Já Dantas e Tobler (2003) afirmam que o sofrimento vem quando não se tem maneiras de agir sobre as causas e diante das quais a fuga é impossível.

“O sofrimento é uma dor coletivamente sentida e ao mesmo tempo individualmente vivenciada” (Vale, 2007), pois, apesar de ser algo que pode atingir a todos nós, cada um irá sentir da sua forma, e o que causa sofrimento em um indivíduo, não necessariamente causa ou tem a mesma intensidade no outro. Ou seja, é subjetivo e não há como padronizar o sofrimento psíquico.

As principais fontes de sofrimento emergem da perda de autonomia, da presença de sintomas não controlados, das alterações da própria imagem, da perda de papéis sociais, da perda de dignidade e sentido da vida, e da redefinição de expectativas [...] O sofrimento surge, portanto, associado a um estado complexo negativo de mal-estar, caracterizado pela sensação de ameaça à integridade da pessoa, pelo sentimento de impotência e pelo esgotamento de recursos pessoais e psicossociais para enfrentá-la. (PINTO, 2013, p. 2-3)

Observa-se então, o quanto estamos sujeitos ao sofrimento diante das diversas maneiras que ele pode nos atingir e mais conseqüentemente, tal sofrimento acaba por atingir as pessoas com quem o indivíduo possui suas interações, e, o não entendimento desse sofrimento acaba por intensificá-lo, justamente pela falta de conhecimento do assunto.

Quando em maior intensidade e prevalência, pode vir a tornar-se um comprometimento psiquiátrico (também chamado de transtorno psiquiátrico menor), principalmente se já houver alguma predisposição genética que favoreça frustrações, medos e raivas, ao ponto de torná-las patológicas [...] A este sofrimento, deu-se a denominação de sofrimento psíquico. Apesar de não caracterizar-se necessariamente como uma doença, este conjunto de condições psicológicas definidas como sofrimento psíquico geram determinados sinais e sintomas que indicam desconforto psíquico. (CÂMARA, 2011 p. 46-48)

Como podemos notar, Câmara nos aponta a consequência na vida de um indivíduo, em caso da continuidade do sofrimento, mostrando-nos que uma frequência constante, acarreta - diante da soma de outros fatores -, em alguma patologia.

Já no que se refere ao termo transtorno mental, este foi oficializado pelo Projeto de Lei Nº 6013/01 no dia 17 de março de 2009, considerando mais adequado para definir alguma enfermidade psíquica e substituir o termo alienação mental¹ que é considerado um termo carregado de estigma. (CÂMARA, 2009)

O texto, Relatório sobre a Saúde no Mundo, Saúde mental: *nova concepção, nova esperança*, da Organização Mundial da Saúde, do ano de 2001, traz o seguinte conceito acerca de transtornos mentais:

Os transtornos mentais e de comportamento são uma série de distúrbios definidos pela *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Correlatos* (CID-10). Embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos geralmente se caracterizam por uma combinação de ideias, emoções, comportamento e relacionamentos anormais com outras pessoas. São exemplos à

¹ A alienação mental era conceituada como o distúrbio das paixões, que desinstabilizava a mente e a percepção da realidade, devido ao termo ser associado com periculosidade, houve a necessidade de alterar o termo. (AMARANTE, 2008)

esquizofrenia, a depressão, o retardo mental e os transtornos devidos ao uso de substâncias psicoativas. (OMS, 2001 p.9)

E ainda mais especificamente acerca do tema, o texto relata:

Entendem-se como transtornos mentais e comportamentais condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do modo de pensar e do humor (emoções) ou por comportamentos associados com angústia pessoal e/ou deterioração do funcionamento. Os transtornos mentais e comportamentais não constituem apenas variações dentro da escala do “normal”, [...]. Uma incidência de comportamento anormal ou um curto período de anormalidade do estado afetivo não significa em si mesmo a presença de distúrbio mental ou de comportamento. [...] é preciso que essas anormalidades sejam sustentadas ou recorrentes e que resultem em certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal em uma ou mais esferas da vida. [...] Nem toda deterioração humana denota distúrbio mental. Os indivíduos podem sofrer angústia em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais; a menos que sejam satisfeitos todos os critérios pertinentes a determinado distúrbio, essa angústia não constitui distúrbio mental. Há diferença, por exemplo, entre estado afetivo deprimido e depressão diagnosticável (OMS, 2001 p.18).

Este relatório ainda apresenta uma relação dos transtornos mentais mais frequentes e as consequências dos mesmos na vida de cada indivíduo. O documento analisa as relações entre o transtorno mental e a situação econômica, social, biológica, ambiental do indivíduo, e como esses fatores contribuem para um desajuste na saúde mental.

[...] cerca de 450 milhões de pessoas atualmente vivas sofrem transtornos mentais ou neurobiológicos, ou então problemas psicossociais como os relacionados com o abuso do álcool e das drogas. Muitas sofrem em silêncio. [...] Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão nos próximos 20 anos a dúbia distinção de ser a segunda das principais causas da carga mundial de doenças. Em todo o globo, 70 milhões de pessoas sofrem dependência do álcool. Cerca de 50 milhões têm epilepsia; outros 24 milhões, esquizofrenia. Um milhão de pessoas cometem suicídio anualmente. Entre 10 e 20 milhões tentam suicidar-se. [...] Uma de cada quatro pessoas será afetada por um distúrbio mental em dada fase da vida. (OMS, 2001 p. vi – vii)

Como podemos ver 450 milhões de pessoas em 2001, é uma quantidade expressiva, em contraproposta aos gastos do governo na saúde mental no mesmo ano, demonstrando claramente que a mesma não recebe a devida importância:

Os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo o mundo. [...] Embora, segundo estimativas, os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, as verbas orçamentárias para a saúde mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em saúde. A relação entre a carga de doenças e o gasto com doenças é visivelmente desproporcional. Mais de 40% dos países carecem de políticas de saúde mental e mais de 30% não têm programas nessa esfera. Mais de 90% dos países não têm políticas de saúde mental que incluam crianças e adolescentes. (OMS, 2001 p.2)

Diante de tais reflexões, desenvolver-se-á uma discussão sintética acerca da história da loucura e as repercussões para a reprodução de modelos de tratamentos na saúde mental, até o auge da Reforma Psiquiátrica e as inovações que a mesma trouxe para o enfrentamento de perspectivas conservadoras. .

2.2. A REFORMA PSIQUIÁTRICA: NOVOS OU VELHOS DILEMAS?

Para compreender a concepção de saúde mental vivenciada no contexto histórico da nossa sociedade, bem como os desafios postos para os avanços e “desavanços” atuais da Reforma Psiquiátrica, faz-se necessário buscar a história da trajetória da “loucura”², como forma de elucidar o contexto a partir do qual a reprodução de modelos conservadores foram constituídos em nossa sociedade. Para tanto, foi utilizado como referência à obra de Foucault – História da Loucura na Idade Clássica, de 1972.

Em seu livro, Foucault explica, em detalhes, como se deu o surgimento dos manicômios e como era tratada a questão da loucura no final do século XV. Inicialmente, ele menciona que o surgimento dos manicômios se deu após o desaparecimento da lepra, no final da idade média, abrindo espaço, nos leprosários vazios, para o início dos internamentos dos loucos.

Porém, essa substituição não foi direta, nem rápida. Além de ter levado cerca de anos para esses espaços serem utilizados como manicômios, inicialmente as doenças venéreas ocuparam os mesmos espaços. Assim como a lepra, e, futuramente, com a questão da loucura, esses locais de tratamento eram utilizados não só em busca da cura pela população na época, mas já também como locais de exclusão.

Fato curioso a constatar: é sob a influência do modo de internamento, tal como ele se constituiu no século XVII, que a doença venérea se isolou, numa certa medida, de seu contexto médico e se integrou, ao lado da loucura, num espaço moral de exclusão (FOUCAULT, 1972, p.12).

Como mencionado anteriormente, a inclusão dos “loucos”³ nas instituições de exclusão se deu processualmente, entretanto, no século XV, eram excluídos socialmente de outra maneira, confinados em navios e levados para longe de seus locais de origem.

²Gostaríamos de esclarecer que, sabemos que essa expressão é utilizada hoje em dia de maneira discriminatória e de modo a estigmatizar os indivíduos em nossa sociedade. O termo foi utilizado apenas, para manter a originalidade das palavras do autor Foucault.

³ Termo utilizado na época para designar pessoas com transtornos mentais.

[...] Esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escorraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Esse costume era frequente particularmente na Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. Nos cinquenta anos que se seguiram, têm-se vestígios ainda de 21 partidas obrigatórias, tratando-se aqui apenas de loucos detidos pelas autoridades municipais (FOUCAULT 1972 p.13).

Foucault (1972) nos afirma que não dava para se saber, com exatidão o motivo pelo qual se criou esse costume de exclusão. Como hipótese, pensa-se ter alguma ligação com criminalidades e vagabundagens, mas que não justificaria todas as situações, pois em algumas exceções alguns loucos já eram recebidos em hospitais. Assim, ele supõe:

Portanto, os loucos não são corridos das cidades de modo sistemático. Por conseguinte, é possível supor que são escorraçados apenas os estrangeiros, aceitando cada cidade tomar conta apenas daqueles que são seus cidadãos [...] Mas há outras cidades, como Nuremberg, que certamente não foram lugar de peregrinação e que acolheram grande número de loucos, bem mais que os que podiam ser fornecidos pela própria cidade. Esses loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão. É possível supor que em certas cidades importantes — lugares de passagem e de feiras — os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali "perdidos", purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários (FOUCAULT 1972 p. 14).

Então, a partir da metade do século XVII, iniciou a ligação entre a loucura e os internamentos, utilizando os antigos leprosários para tal.

Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, abandonados a sua brutal vigilância. Vi-os em locais estreitos, sujos, infectos, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais Esquirol (1838) *apud* Foucault (1972).

Então, em 1656, ocorreu a fundação do Hospital Geral em Paris, local que serviu de espaço para confinamento tanto de loucos, quanto de mendigos, e criminosos. Segundo Jabert (2001), o Hospital Geral de Paris pode ser caracterizado como uma instituição destinada a promover o controle social da pobreza através da utilização de fortes aparatos repressivos.

Resende (1997), citado por Jabert (2001), aponta que o controle social da loucura na Europa, também estaria ligado a medidas de repressão a mendicância, resultando em casas de correção que, recolhia os loucos considerados inválidos para o

trabalho, assim como os mendigos e ociosos. Apesar disso, dentro dessa instituição começou a ocorrer, segundo ele, uma separação entre os denominados loucos, da população interna.

Jabert (2001) vem nos afirmar que, no final do século XVIII, começou a se questionar a respeito desses internamentos. Com os movimentos do iluminismo e liberalismo econômico, segundo ele, tornava-se necessário defender a liberdade individual, trazendo a importância de a população poder circular livremente para buscar emprego, porém, os loucos não eram considerados capazes de se adequar ao mercado de trabalho.

Segundo Bastos e Alves (2013), no século XIX, a loucura passou a ser analisada pela ciência, sendo denominada como “doença mental” e passando a tratar a loucura através de medicamentos e terapias. Rosa (2003) *apud* Bastos e Alves (2013) afirma que, no início do século XX, os loucos começam a ser separados dos demais pacientes em busca de estudá-los, na tentativa de se achar uma cura, começando assim a institucionalização desses indivíduos.

Contudo, a cura não é alcançada e o fracasso das instituições de internação no que tange à ressocialização dos indivíduos em processo de cuidados de saúde, desencadeia uma crise neste modelo, questionando-o, passando a haver maior ênfase na humanização da instituição psiquiátrica (BASTOS E ALVES, 2013 p.93).

Então, surgiram vários questionamentos a respeito deste modelo de tratamento que, além de não ter o efeito desejado, utilizava métodos cada vez mais desumanos, motivo este que levou ao surgimento, na década de 60, do movimento antipsiquiátrico. Bastos e Alves (Ibid.) ainda afirma que esse movimento contribuiu para que mais tarde fosse instituída a Reforma Psiquiátrica.

Após a proeminência de movimentos, e questionamentos acerca de tais métodos de tratamento ao longo dos anos, surgiu assim, em meio a esse cenário mundial, e na década de 70, o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil que defendia a extinção dos manicômios e asilos para pacientes com transtornos mentais, bem como o direito deles de viver em sociedade. O movimento surge com a justificativa de que os internamentos expressavam formas de exclusão social, com tratamentos totalmente desumanos, evidenciando o contínuo abandono de seus familiares.

Dessa forma, esse movimento ocorreu em vários países, e, inclusive, na Itália onde houve um importante avanço com a aprovação da Lei Nº 180 de 13 de maio de 1978, conhecida como Lei Basaglia:

Objetivou-se [com a lei] a redução de internação em manicômios, a não construção de novos, além da substituição dos serviços prestados nessas instituições por serviços desenvolvidos na comunidade, tendo como metas não a desassistência com a desospitalização, mas a modificação do atendimento, baseado nas mudanças das relações e dos poderes que nele demanda (BASTOS E ALVES 2013 p.94).

Ao se considerar o contexto econômico e social da época, com o neoliberalismo e a crise da década de 70, é possível perceber que a situação não era nada favorável. Anderson (1995) nos diz que o neoliberalismo, tem como ideologia o livre comércio e é contra um Estado intervencionista e de bem-estar social. Conforme Almeida e Alencar, (2012), o neoliberalismo contribui para a extinção desse bem-estar social, passando a responsabilidade para a sociedade civil do que antes era o papel do Estado, deixando de ser um Estado regulador para se tornar um Estado gestor de recursos (modelo empresarial) e ainda flexibilizando as leis trabalhistas, precarizando as relações de trabalho, devido a necessidade do capital de se expandir, assim como, atingindo as políticas públicas sociais que, por sua vez, tornaram-se cada vez mais focalizadoras, e acarretando novas expressões da questão social Ou seja, o Estado tinha o seu foco voltado ao mercado, ao lucro e crescimento do capital, enquanto que as políticas públicas se tornaram selecionadoras de pobreza, cada vez mais focalizadas e “funilando” os direitos sociais dos indivíduos na nossa sociedade.

Destarte, a Reforma Psiquiátrica se deu ao longo dos anos, tendo como marco inicial a década de 70, marcada por muitas lutas em prol dos direitos dos pacientes assim como melhores condições nos respectivos tratamentos e humanização destes, denunciando a violência dos manicômios e criticando esse modelo, defendendo a liberdade desses indivíduos e a sua convivência em sociedade.

Conforme o Ministério da Saúde (2005), o II Congresso Nacional do MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), junto com a I Conferência Nacional de Saúde Mental, ambos em 1987, contribuíram ainda mais para fortalecer o movimento de luta, resultando assim, o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, na cidade de São Paulo, no mesmo ano. Em 1989, o projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que propôs a extinção dos manicômios no país, deu o “pontapé” para a aplicação da redução dos manicômios e sua substituição por uma rede de atenção a saúde mental – proposta mais tarde consolidada a partir do surgimento do primeiro CAPS, junto com o apoio dos trabalhadores e pacientes em luta, marcados com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental.

O projeto veio a ser efetivado apenas no ano de 2001, por meio da promulgação da Lei Nº 10.216, trazendo maior visibilidade ao movimento e garantindo sua expansão e progresso a partir das lutas sociais. No concerne ao seu conteúdo, a Lei:

Dispõe sobre a proteção e os direitos dos indivíduos com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. [...] só será indicada [a internação] quando os recursos extra-hospitalares se tornassem insuficientes. (BRASIL, 2001)

A Reforma Psiquiátrica foi um passo importante para a humanização e liberdade, assim como autonomia do sujeito, pois garantiu ao mesmo, além da liberdade do enclausuramento, a liberdade de opinar e decidir sobre o próprio tratamento, dando mais voz ao indivíduo. Mas ainda há grande necessidade de transformação, visto que a precarização das políticas e do acesso ao tratamento desses indivíduos, ainda tem muito que se melhorar. A Reforma Psiquiátrica trouxe mudanças sim, mas junto, trouxe novos dilemas diante desse contexto neoliberal. É necessária ainda muita luta e participação de todos em busca de melhor efetivação da política de saúde mental, para fortalecer esses indivíduos e a sua autonomia plena.

No próximo ponto, será abordada a política nacional de saúde mental e os seus programas disponíveis, resultados de todas essas lutas e mudanças, após a efetivação da lei.

2.3. A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Após as diversas lutas e mudanças do modelo de tratamento ao paciente de saúde mental, é possível observar a progressão no que se refere à garantia de tratamento, direitos e autonomia desses pacientes. Em apenas dois anos, mais especificamente de 2003 a 2005, foram reduzidos 6227 leitos⁴ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Será analisado agora o contexto atual da política nacional de saúde mental e os programas disponíveis a esse público alvo para esclarecer como são atendidos esses pacientes no cenário da Pós-Reforma Psiquiátrica.

⁴ Relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (2005).

Atualmente, a política nacional de saúde mental, regulamentada pela Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos indivíduos com transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, conta com alguns serviços para estes usuários: a Rede de Atenção Psicossocial, o Programa de Volta para Casa, e os Centros de Atenção Psicossocial.

O Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), regulamentada pela Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, que:

Constitui um conjunto de instituições para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde. São exemplos de instituições que compõem a Rede: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as unidades básicas de saúde, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) entre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Essas unidades compõem uma rede de atendimento ao paciente em sofrimento psíquico, e são fundamentais para a sua autonomia, uma vez que o tratamento é realizado de forma extra-hospitalar.

No que concerne ao Programa de Volta para Casa, trata-se de um serviço regulamentado pela Lei 10.708 de 31 de julho de 2003 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Segundo Miranda (2014), o programa tem como objetivo facilitar a inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, contribuindo para o bem-estar e estimulando o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania.

Além desses, tem-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), apoiado na Portaria Nº 336, aprovada em 19 de fevereiro de 2002, que:

Estabelece Centros de Atenção Psicossocial em três modalidades CAPS I, CAPS II e CAPS III. A própria portaria define que O CAPS I, possui capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, [...] o CAPS II, possui a capacidade operacional entre 70.000 e 200.000 habitantes [...] o CAPS III, com população acima de 200.000 habitantes. [...] os CAPSi, para atendimento à crianças e adolescentes, e os CAPS AD para atendimento a pessoas

com transtorno mental que também utilizam substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo Salles (2014, p.15), o CAPS foi criado para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, e construir, na rede de serviços de saúde, um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes, realizando, assim, o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, fortalecendo os laços familiares e comunitários destes.

É possível notar que, comparado ao tempo em que tínhamos como única via de tratamento a internação em manicômios totalmente precários, de estrutura e precários de humanização nos atendimentos, vive-se hoje e um importante progresso no campo de saúde mental em nossa sociedade. Nesse sentido, para atendimento extra-hospitalar, têm-se os CAPS nos quais esses pacientes frequentam e fazem atividades, com acesso a medicamentos, e assim progredem no seu tratamento, longe de uma internação institucional.

Dessa forma, o programa de volta para casa contribuiu para a reinserção desses pacientes que ficaram muito tempo institucionalizados, bem como a Rede de Atenção Psicossocial incluiu o acompanhamento das substâncias psicoativas como expressão e manifestação de um transtorno mental e comportamental, o que denota uma ampliação e mudanças da perspectiva de saúde mental em nossa sociedade.

Agora, para chegarmos ao ponto da nossa discussão principal, acerca da relação da família enquanto cuidadora do paciente em sofrimento psíquico, assim como o entendimento dos mesmos no que se refere à saúde mental e as consequências dessa compreensão no tratamento daquele indivíduo em acompanhamento, é necessário realizar uma apresentação de como está organizada essa rede de atenção à saúde mental em Salvador, com o objetivo de compreender como se consolidou os serviços da política de saúde mental, no território de Salvador, de forma a elucidar quais são as possibilidades de acesso desses pacientes, seus limites e suas possibilidades.

2.4. A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM SALVADOR

De acordo com site da Secretaria de Saúde da Bahia - SESAB ⁵ atualmente, na cidade de Salvador estão habilitados dezenove CAPS, sendo eles:

⁵ Disponível em <http://sage.saude.gov.br>. Acesso em 10/05/2017.

Quadro I – Relação dos CAPS em Salvador

TIPO	NOME/LOCAL
CAPS I	CAPS CREASI – Iguatemi CAPS Nzinga – Paripe
CAPS II	CAPS II Pau da Lima - Vale dos Lagos CAPS II Nise da Silveira - Cajazeiras, CAPS II Eduardo Saback de Moraes - Pernambucoés CAPS II Franco Basaglia - Piatã, CAPS II Antônio Roberto Pellegrino - Nazaré, CAPS II Águas Claras - Águas Claras CAPS II Aristides Novis - Engenho Velho de Brotas, CAPS II Adilson Sampaio - Bonfim, CAPS II Oswaldo Camargo - Rio Vermelho, CAPS II Rosa Garcia – Armação CAPS II UFBA – Garcia
CAPS III	CAPS III Maria Célia da Rocha– Alto de Coutos
CAPSi	CAPSi Liberdade - IAPI CAPSi Luiz Lessa - Piatã
CAPS AD	CAPS AD Pernambucoés – Pernambucoés CAPS AD Gregório de Matos - Pelourinho CAPS AD Gey espinheira – Pirajá

Fonte: (<http://sage.saude.gov.br>)

Dezesseis anos depois de sancionada a Lei 10.216/2001, os dados do Quadro I mostra que, para uma população 2.938.092 habitantes⁶ em Salvador, o cenário supramencionado não demonstra uma capacidade de atendimento aos residentes deste território, pois, conforme mencionado anteriormente, o Ministério da Saúde, declara que um em cada quatro indivíduos apresentará transtorno mental e comportamental. Além disso, conforme nos mostra o quadro, a quantidade de CAPSi (que atende crianças e adolescentes) e de CAPS AD (para atendimento de pessoas que além do transtorno mental, utilizam substâncias psicoativas) é um número muito pequeno para uma população de quase 3 milhões de habitantes.

Além dos CAPS, há também os Hospitais Psiquiátricos de Salvador, sendo eles: o Juliano Moreira, Mário Leal e também o Sanatório São Paulo que, - apesar de não ter cem por cento dos seus leitos públicos, segundo os dados⁷ da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) de 2015 - disponibiliza alguns leitos pelo SUS. Além deles, há também o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia que é específico para os casos de pacientes com transtorno mental e comportamental em

⁶ Segundo dados do IBGE de 2016, disponível em <http://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 11 de Julho de 2017

⁷ Disponível em www.saude.ba.gov.br. Acesso em 21/03/2017. Atualizado em 6 de Janeiro de 2015

conflito com a lei. Ainda segundo estes dados, existe um total de 254 leitos distribuídos entre esses hospitais. Veja o quadro abaixo:

Quadro II - Quantitativo de leitos pelo SUS – 2015:

Hospital	Quantidade de Leitos pelo SUS
Hospital Juliano Moreira	178
Hospital Especializado Mário Leal	30
Sanatório São Paulo	40
Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia	6
TOTAL	254

Fonte: Secretária de Saúde do Estado da Bahia, 2015. (www.saude.ba.gov.br)

Porém, considerando que o Relatório⁸ da SESAB apresenta dados do ano de 2015, realizou-se contatos com esses hospitais para a confirmação das informações relacionadas no Quadro II. Com base nesse levantamento, foi possível a elaboração do Quadro III a seguir discriminado:

Quadro III – Quantitativo de leitos pelo SUS - 2017:

Hospital	Quantidade de Leitos pelo SUS
Hospital Juliano Moreira	178
Hospital Especializado Mário Leal	30
Sanatório São Paulo	0
Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado da Bahia (HCT)	150
TOTAL	358

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Apesar da quantidade de leitos ter aumentado no Hospital de Custódia e Tratamento (HCT), a instituição está com a uma previsão de fechamento até o ano de 2019, conforme o levantamento de dados coletados por meio do contato supracitado⁹. E, além disso, os hospitais Mário Leal e o Juliano Moreira que possuem todos os seus leitos para uso do SUS, não alcançaram a cota de 40% dos atendimentos, segundo resultado do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria - 2012/2014, exibido na Portaria Nº 1.727, de 24 de novembro de 2016 que sendo assim, estes hospitais, foram descredenciados do SUS e fecharão as portas para novos atendimentos. Nesse contexto, destaca-se ainda a Portaria de Nº 001, de 17 de janeiro de 2017, que versa sobre a volta do uso de procedimentos como

⁸ Site: www.saude.ba.gov.br. Acesso em 10/05/2017.

⁹[Informação verbal] coletada na própria instituição.

psicocirurgia ¹⁰, e eletroconvulsoterapia ¹¹ no hospital Juliano Moreira, métodos conservadores que só demonstram o retrocesso e a precarização da atenção à saúde mental na cidade de Salvador.

É importante complementar que as 178 vagas disponíveis no Juliano Moreira são vagas mistas (tanto homens quanto mulheres podem ser internados) enquanto que no Mário Leal apenas homens podem ser internados, devido a estrutura do local não poder comportar uma ala separada para o público feminino e além disso, o mesmo ainda recebe pacientes de toda a Bahia. O Sanatório São Paulo, atualmente, conta com apenas setenta e um leitos, (o que antes foram 100) e dos 40 que em 2015 antes eram disponíveis para os usuários do SUS, hoje não mais estão disponíveis, ou seja, os leitos agora são cem por cento particulares.

Apesar da quantidade de locais para atendimento, eles ainda não são suficientes para atender toda a população de Salvador com transtorno mental e comportamental. . Então, com uma rede que não dá o suporte devido para o tratamento extra-hospitalar, as famílias, recorrem aos hospitais com a finalidade de buscar o acompanhamento e tratamento dos seus parentes em sofrimento psíquico.

Obviamente, que o fechamento desses hospitais estão de acordo com a Lei 10.216 de 2001 no que concerne à defesa da desospitalização psiquiátrica. Porém o fechamento desses hospitais pode significar a completa extinção de instituições que disponibilizem a atenção à saúde mental, bem como impossibilitar uma adesão, em médio ou longo prazo, de tais hospitais à reforma psiquiátrica.

É nesse cenário que se apresenta a necessidade de abordar as dificuldades vivenciadas por esses pacientes, e, principalmente, a família dos mesmos que, enquanto cuidadora, compartilha diversas dificuldades: de âmbito social, a partir de situações de preconceito e estigmas na sociedade e em seus grupos de convivência, de âmbito econômico, uma vez que, muitas vezes são famílias de baixa renda, residentes em locais periféricos de Salvador.

¹⁰ Intervenções abusivas que consistiam em desligar os lobos frontais direito e esquerdo de todo o encéfalo, visando modificar comportamentos ou curar doenças mentais. (MASIEIRO, 2003)

¹¹ Prática de provocar convulsões com vistas à melhora de sintomas psiquiátricos. (SILVA E CALDAS, 2008)

Através desses dados da atual rede de atenção à saúde mental em Salvador, podemos notar que essa rede ainda é insuficiente no quesito de suprir os atendimentos necessários para os pacientes e suas famílias, visto que a quantidade de unidades de atendimento dos CAPS é pequena diante de uma população tão grandiosa. A falta desses acompanhamentos nesses locais remete a necessidade de internação, uma vez que sem tratamento, o paciente pode vir a ter um surto. Esse outro quesito também se mostrou precário diante do que foi apresentado no quadro II, pois, apesar de um pequeno aumento de leitos, este aumento é referenciado ao Hospital de Custódia e Tratamento, instituição esta que atende a um público específico que são pacientes em sofrimento psíquico com algum tipo de conflito com a lei. Dessa forma, restam 208 leitos para os pacientes que não se enquadram nessas circunstâncias para quando o tratamento extrahospitalar se mostrar insuficiente. Ressalta-se que o Hospital Mário Leal ainda recebe pacientes psiquiátricos de toda a Bahia.

É necessário ainda recordar que quase todos os hospitais mencionados estão com ameaça de fechamento, diminuindo ainda mais a oportunidade de locais de atendimentos. Sabemos que esses fechamentos estão de acordo com a Lei 10.216, porém é válido lembrar que, diante da precarização da atual rede, não há como garantir o atendimento a essas famílias de maneira plena.

Pode-se observar que, apesar dos avanços da Reforma Psiquiátrica no que se refere à extinção dos manicômios e seus tratamentos desumanos, as condições estruturais viabilizadas pela política social para o acompanhamento e tratamento de forma a contribuir para a autonomia desses pacientes ainda não é plena diante de uma rede precária existente em nossa realidade social. É necessária uma maior estruturação e ampliação dessa rede para que a Lei 10.216 possa se efetivar.

3 – VÍNCULOS FAMILIARES E O SOFRIMENTO PSÍQUICO: A FAMÍLIA NO CENTRO DA ATENÇÃO

Neste capítulo, será ilustrado, primeiramente, acerca da família contemporânea, a fim de mostrar qual a realidade que essas famílias enfrentam em nossa sociedade no que se refere às formas de enfrentamento diárias para sua sobrevivência, diante do

sucateamento das políticas sociais no contexto neoliberal. A seguir, na reflexão acerca do percurso metodológico, serão abordadas também as técnicas e instrumentos utilizados, incluindo a reflexão detalhada das entrevistas. No último tópico, será abordado o papel da família na questão do cuidado, suas dificuldades e as consequências desse cuidado no paciente. Para o auxílio de toda a discussão, foi utilizado o apoio bibliográfico de Rosa (2003), assim como Goldani (1994) para explanar sobre a família, respectivamente, e do autor Goffman (1891) para esclarecer a respeito do estigma que tantos pacientes quanto familiares desses sofrem.

3.1. COMPREENDENDO A FAMÍLIA CONTEMPORÂNEA

A composição atual da família brasileira é obviamente bem diferente de alguns anos atrás, porque a nossa sociedade se encontra em constante mudança. Rosa (2003), afirma exatamente isso quando traz as diversas transformações pelo qual a sociedade passou, dentre elas a urbanização, a implantação da Lei do divórcio em 1977, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a construção de espaços de diálogo, debate e enfrentamento diante das formas de exclusão para a questão da sexualidade e de gênero.

A autora (Ibid.) mostra que com a Constituição de 1988 e o reconhecimento da igualdade de direitos entre homens e mulheres na época, fez com que a presença delas no mercado de trabalho crescesse, assim como a busca pela realização pessoal, e a busca pela independência. Isto traz novas características estruturais nas famílias, dentre elas o aumento do número de famílias separadas, e ao que ela chama de “recasadas” que corrobora para o crescimento do número de enteados, padrastos, madrastas e irmãos afetivos, e, além disso, de acordo com a autora, cresce também o número de famílias monoparentais, compostas por uma mãe ou pai com os filhos.

Apesar de figurar como instância de conservação de prática e valores nem sempre modernos, a família se constitui cada vez mais como agente de mudanças, movendo-se e impondo alterações na sociedade e alimentando-se reciprocamente das mudanças societárias. Ou seja, a família é simultaneamente determinada por fatores macroestruturais, mas também, se autodetermina, criando novas determinações para uma sociedade mais ampla. Reage e ressignifica as determinações mais gerais, as demandas que lhe são impostas, dando-lhes um sentido próprio. (ROSA, 2003 p. 185)

Rosa (Ibid.) exemplifica algumas dessas afirmações através de estatísticas de Goldani (1994) entre as quais, a redução da taxa de fecundidade, o aumento da expectativa de vida, e a diminuição do tamanho das famílias na década de 1991.

Goldani (1994) ainda complementa que “41% dessas famílias tinha uma média mensal de um salário mínimo, e 52% eram comandadas por mulheres em idade avançada”.

Com o neoliberalismo e a reestruturação produtiva, e a intensificação das manifestações do fenômeno da precarização social do trabalho, que fragiliza os vínculos estáveis de trabalho, e aumenta as taxas de desemprego etc., houve uma mudança drástica no arranjo familiar no que se refere aos meios de reprodução dessas famílias. (Rosa, 2003). É válido lembrar que a mudança estrutural que o neoliberalismo traz, repercute e se expande, principalmente, para as políticas sociais que passaram a ser focalizadoras e cada vez mais precarizadas como já mencionado anteriormente no item 2.2.

Para as famílias em que há cuidadores e pessoas em sofrimento psíquico, as necessidades são maiores, pois existem algumas necessidades mais específicas como gastos com transporte para buscar medicamentos e ir ao tratamento, exames etc., e ainda devemos destacar que em muitos casos, o paciente não contribui financeiramente com as despesas da família, aumentando assim o nível de dificuldade dessa família de se manter. (Rosa, 2003)

A soma dessas dificuldades, para esses indivíduos, pode contribuir também para o adoecimento desse cuidador, principalmente se for mulher que, em alguns casos, além do trabalho, e do papel de chefe de família, soma a si esse papel de cuidadora, fazendo muitas vezes com que ignore a própria saúde em prol da saúde do paciente com transtorno mental.

Então, para satisfazer as necessidades individuais do paciente e as exigências de sua enfermidade, a mulher tem seu espaço de vida invadido pelas demandas do provimento do cuidado. Tem seus projetos pessoais obstruídos pela necessidade de prestar o cuidado, ao ter que investir emocional, temporal e economicamente, em geral sem garantia de nenhum retorno, nem retribuição. (ROSA, 2003 p.192-193)

O cuidador tem a difícil missão de cuidar da família, mantê-la economicamente, no caso da mulher ainda lhe é atribuído o papel de cuidar da casa, além do cuidado com o paciente que requer atenção. Essa difícil posição, contrapõe-se com o cuidar de si próprio, e traz um grande desgaste, sem contar o acesso a serviços precários da política de saúde mental que ao invés de contribuir para facilitar essa rotina do cuidado, por vezes a torna mais densa. Por isso, a importância de dar voz a esses atores e fortalecer

as lutas e a busca por melhorias na política de saúde mental, a fim de reduzir essa realidade árdua para que não tenhamos uma sociedade cada vez mais adoecida.

Para exemplificar essas afirmações, serão analisados, a seguir, os relatos desses familiares a respeito das dificuldades enfrentadas durante a rotina do cuidado.

3.2. O PERCURSO METODOLÓGICO

O desenho metodológico deste estudo está consubstanciado numa abordagem qualitativa, por meio das técnicas de pesquisa da entrevista semiestruturada com os pacientes de um hospital psiquiátrico, em Salvador da Bahia, cuja interação foi iniciada a partir da experiência do estágio supervisionado no curso de Serviço Social da Universidade Federal da Bahia, por um período de um ano. Através dessa abordagem, utilizou-se da técnica da observação participante neste espaço sócio-ocupacional do Serviço Social e a pesquisa documental acerca dos pacientes internados, através da análise dos prontuários disponibilizados pela instituição.

Para elucidar a metodologia na qual está pautada o acompanhamento do estágio supervisionado em Serviço Social, é importante aclarar que se trata de um componente curricular teórico-prático do projeto político-pedagógico do curso, cujo desenvolvimento se dá sob o apoio profissional e pedagógico de uma profissional e docente do respectivo curso, em observância ao que determina a Lei Nacional do Estágio Nº 11.788 de 25 de setembro de 2008, a Política Nacional do Estágio Supervisionado em Serviço Social, e o Regulamento interno da UFBA. Posto isto, também se faz importante esclarecer que a Instituição na qual o estágio foi realizado por esta pesquisadora, e a partir da qual foram selecionados os respectivos pacientes, é de natureza pública executando projetos e atividades decorrentes da Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde e formulados pelo Governo do Estado Da Bahia, em acordo com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes emanadas da Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 e atende à usuários com transtorno mental e sofrimento psíquico de todo o Estado.

Porém, antes, é necessário esclarecer que não se busca aprofundar nesta monografia a categoria percepção, apenas busca-se mostrar a importância e qual o impacto da compreensão do familiar no tratamento do paciente.

Segundo Minayo, a observação participante é importante, pois, “pode captar uma variedade de situações ou fenômenos que não podem ser emitidos por meio de perguntas, uma vez que observando diretamente na própria realidade transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (Minayo, 2002 p.59-60). Durante a experiência de estágio, no espaço criado pela instituição para ser socializado as dúvidas e esclarecimentos sobre a saúde mental, seu tratamento e inclusive a conscientização sobre a força que cada um ali tem para lutar por melhorias na política, foi possível executar esta técnica.

Nas reuniões familiares na instituição na qual o estágio supervisionado foi desenvolvido, conforme supracitado, reuniões essas que ocorrem semanalmente, foi possível identificar diversas dificuldades enfrentadas pela família enquanto cuidadora, que vão desde a sua compreensão pelo que é que está acontecendo com o familiar com transtorno mental, até as maneiras de se exercer o cuidado, como por exemplo, informações para lidar com o paciente quando o mesmo não quer tomar medicamentos.

Foi possível notar que aquele espaço é de grande importância a todos eles, pois, eles utilizam daquele espaço para tirar muitas de suas dúvidas. Ali, se encontravam famílias que já passavam pela situação de ter um paciente com transtorno mental há anos, e também aqueles que passavam pela experiência pela primeira vez. Tanto nas famílias mais experientes quanto em famílias ainda inexperientes com o assunto, predominavam dúvidas acerca do que é o transtorno mental sobre o qual seus familiares foram diagnosticados. Foi notável um grande número de incompreensões e de crenças particulares acerca do que se refere ao transtorno mental e comportamental. Havia familiares que acreditavam que o paciente estava em surto devido ter comido algo de origem duvidosa, remetendo à possibilidade de “magia negra¹²”, ou ao afastamento da igreja.

Esses tipos de pensamentos são preocupantes, pois, a partir do momento que se idealiza quaisquer deles como causa do transtorno mental, distancia-se da realidade e aproxima-se de crenças que não contribuem para a compreensão sobre o transtorno, além de também criar possibilidades de idealização de “um tipo de cura” desses pacientes que atende a perspectivas mitológicas. Não se pretende com tal afirmação descaracterizar a importância e valorização das crenças e aceções mitológicas, mas

¹² É necessário esclarecer que este termo fortalece estigmatizações com religiões de matrizes africanas e que se há o entendimento disto e que este não foi o objetivo. Apenas foi inserido para expor o pensamento de um indivíduo, de forma a refletir a necessidade de maiores esclarecimentos ao mesmo.

apenas atentar para o discernimento necessário entre os saberes que conduzem as ações de cuidado biopsicossocial com os pacientes.

Além disso, essas idealizações podem ser transmitidas aos pacientes enquanto indivíduo que convive naquele meio, e comprometer o seu tratamento, pois, tal visão pode se reproduzir e ser a mesma que o paciente se apropria, criando dificuldades para a adesão ao tratamento biopsicossocial. Isto não é afirmado com o objetivo de dizer que a família é culpada por ter esses pensamentos, pois, está mais do que claro que esses tipos de pensamentos ocorrem devido à falta de informação que não chega aos mesmos e a impossibilidade de ocupar espaços esclarecedores como estes.

Por isso, esses espaços de socialização e discussão, entre a instituição e os usuários são importantes para o esclarecimento a essas famílias acerca das melhores formas de se relacionar com o transtorno, além de possibilitar intervenções profissionais na direção de reduzir o estigma sofrido por estes pacientes, muito visto no comportamento das famílias e até vindo do próprio paciente.

É importante esclarecer que a família também sofre estigmatização e exclusão da sociedade a partir do momento que a família é culpabilizada pela situação em que o paciente se encontra e dos atos cometidos pelo paciente durante o surto.

Outro fator muito solicitado pelas famílias e observado durante a participação desta pesquisadora nas reuniões familiares da unidade, são as melhores saídas a se ter quando não se há o atendimento integral nos CAPS, pois um grande número de familiares reclamava da falta de atendimento nesses locais, seja por falta de profissionais, fechamento para reforma, mudanças de local e em alguns casos de CAPS do interior da Bahia, a constante troca de profissionais de acordo com a gestão municipal e muitas vezes, enquanto da nova contratação, estes ficam sem atendimento. Isto nos mostra a precariedade dos serviços prestados a esta população que não asseguram a autonomia desses indivíduos e vão de contra ao que defende a Lei 10.216 anteriormente citada.

A terceira questão mais abordada pelos familiares durante esses encontros na instituição é sobre dúvidas quanto à prestação de cuidado. A administração de medicamentos é uma das preocupações mais emergentes desses cuidadores que utilizam de diversas estratégias para que o paciente tome o medicamento: dentre esconder na comida, na água ou no suco. Em alguns casos, o paciente deixa de se alimentar para não tomar o medicamento, pois acha que não precisa, porque não está doente, e

consequentemente ele deixa de tomar regularmente o medicamento, proporcionando maiores possibilidades de ir para a emergência de um hospital psiquiátrico e, a depender do caso, até de internação.

É muito comum ouvir na fala de familiares e dos próprios pacientes, que, evitam tomar medicações porque não querem ser considerados doentes ou “loucos”. Isso mostra claramente a questão do estigma que esses pacientes sofrem, e refletida na frase de um deles quando diz: “Eu não sou louco, eu trabalho”. Isso mostra a associação da loucura com a incapacidade, coisa que eles não desejam se associar. A estigmatização do transtorno mental e comportamental é muito frequente e interfere bastante no cotidiano do cuidado entre a família e o paciente.

Através da análise documental “podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as hipóteses”. (Minayo, 2002 p.74) E de fato, através da análise das situações de vida dos pacientes relatadas nos prontuários, foi possível obter respostas que se igualem as experiências declaradas pelos familiares durante as reuniões, como o paciente que afirmou ao profissional de enfermagem que ficou mal e precisou ser internado porque comeu um bolo “enfeitado” que corrobora com a hipótese de que o que o familiar pensa sobre a saúde mental e o paciente é relativo ao que o próprio paciente pensa do tratamento e sobre si. Falas descritas como “ Não sou louco, eu trabalho”, “ Eu não sou doente”, “Injetaram doença mental em mim” “ Eu só quero trabalhar mas, não deixam” mostram grande estigmatização desses sujeitos, que associam o sofrimento psíquico com incapacidade, debilidade no caso de associar com a doença e como algo bastante negativo.

Para compreender o objeto de estudo proposto, foram realizadas três entrevistas com familiares/cuidadores de pacientes de um hospital psiquiátrico da cidade de Salvador-Bahia. É sabido que o quantitativo de entrevistas não é o suficiente para que se possa gerar uma compreensão aprofundada acerca desta realidade, mas, as mesmas já mostram certos indícios de mútuas dificuldades entre os entrevistados que corroboram com o objeto deste estudo.

A utilização da abordagem qualitativa segundo Minayo (2002) se dá devido a seu aprofundamento nas relações humanas de forma que as estatísticas não deixam essa percepção. A técnica de entrevista foi utilizada, pois foi considerada a melhor forma de se obter informações quanto ao objeto de estudo, pois, segundo Minayo (2002, p. 57),

através da entrevista é possível “se obter informes contidos nas falas dos atores sociais [...] que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada.”.

Aos três entrevistados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. Foi utilizado o apoio de um gravador em duas delas, após permissão dos entrevistados. Inicialmente, foi esclarecido sobre o sigilo das informações e a ausência de quaisquer ônus aos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em obediência ao que determina a Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. As entrevistas realizadas foram transcritas, e, posteriormente analisadas, destacando os principais pontos que dialogam com o objeto proposto. Inicialmente, pode-se notar que, em todos os casos investigados, o papel do cuidador é feito pelo familiar de laços consanguíneos mais próximos, na figura do pai, filho e irmã.

As perguntas iniciais foram realizadas a fim de se traçar um perfil dessas famílias. Nota-se que se trata de famílias em vulnerabilidade socioeconômica que residem em bairros periféricos de Salvador e que possuem baixa escolaridade em sua maioria. Todos os pacientes das famílias entrevistadas se encontram desempregados, sendo que dois deles estão recebendo benefícios assistenciais. Todos os pacientes das famílias entrevistadas também possuem em comum outros familiares com transtorno mental.

Dentre os entrevistados, o participante 1 (E1), é aposentado e reside com o filho que tem transtorno mental há catorze anos e era acompanhado pelo hospital psiquiátrico onde esta pesquisadora realizou o estágio supervisionado supramencionado. O filho não possui nenhum benefício e os dois vivem do salário da aposentadoria do pai, além da irmã que reside na casa vizinha e também recebe ajuda do pai, devido ao seu esposo está também desempregado. Vivem numa casa alugada, apesar de ter tido casa própria, mas tivera que se mudar, pois durante o surto, o filho brigou com um traficante e foram ameaçados.

Quando questionado acerca de quem acompanha o paciente as consultas e na busca de medicamentos assim como a administração dos mesmos, de todos os entrevistados, apenas o E1 respondeu que era ele (o pai do paciente) quem administrava. Os outros dois entrevistados informaram que era o próprio paciente que administrava as medicações.

E1: “Ele que pede, [medicação] se não pede tá doente.” “Quer tomar todo de uma vez”.

O entrevistado E1, afirma que inicialmente, escondia a medicação na comida, no entanto isso não é mais necessário. Afirma também que possui a lista dos locais para retirada de medicamentos da prefeitura, sempre acompanha o filho no tratamento, e nunca faltaram uma consulta, diz que o paciente gosta de vir para as consultas, apesar de ambos levarem uma hora de ônibus até o local da consulta.

Quando questionado sobre a percepção do paciente sobre o seu processo de adoecimento, o entrevistado E1 afirma que o “paciente sabe que sim, e que sabe que tem que tomar as medicações”. Apesar de a comunidade vizinha ajudar e gostar dele, o entrevistado afirma que diante do surto, houve caso de maltratarem o paciente: “[...] bateu nele na cabeça e levou cinco pontos, a humanidade não considera não”.

Ele ainda traz o desabafo de sua posição enquanto cuidador, quando diz que ficou quatro anos sem fazer um *check-up* para analisar as condições da própria saúde: “porque fiquei preso com [nome do paciente] e agora to voltando a se cuidar”.

O entrevistado (E2), que é filho do paciente, afirma que ele e a avó moram ao lado da casa do pai, que reside sozinho. Filho não tem proximidade com o paciente no quesito cuidador. Ao que se diz, o próprio paciente é quem cuida de si mesmo, administra o próprio medicamento e vai sozinho ao tratamento, tendo o auxílio da família durante o surto, quando há necessidade de ir para a emergência. Como o entrevistado relata que não participa do processo de tratamento do pai, ele não soube dizer se o mesmo estava tomando a medicação regularmente. Apenas afirmou que o pai disse estar tomando a medicação, porém segundo ele, quando ambos estavam na emergência, o paciente informou ao médico que não estava tomando os medicamentos. Apesar de não estar tão presente no tratamento, ele traz a experiência da primeira vez em que o pai teve surto. Disse que o paciente sumiu do trabalho e só apareceu no dia seguinte, relatando que alguém o estava perseguindo.

E2 - “eu (filho do paciente) tinha quinze anos, não sabia que era uma doença e achava que era verdade o que ele tava falando (sobre estar sendo perseguido)”.

E2 ainda informa que houve mudanças na estrutura familiar após o descobrimento do transtorno mental, no qual sua mãe, esposa do paciente se separou do mesmo após a sua melhora e estabilização.

E2 diz ainda, não conhecer nenhum CAPS, e afirmou que, apesar de não acompanhar o pai no tratamento, afirma que o paciente se sente à vontade com as consultas, mas que o mesmo já recusou tomar a medicação, apesar de não ter dito ao

filho o motivo. Paciente também nunca falou sobre como se sente ou se vê ou se se reconhece enquanto sujeito com transtorno mental.

Nesse caso, é possível perceber que a ausência de um cuidador direto, cria dificuldades em manter regularmente o uso da medicação.

A entrevista E3, terceira e última participante, é irmã da paciente e mora na vizinhança. Afirma que a paciente residia sozinha, há sete meses devido ao surto, quando a entrevistada pegou os filhos dela para criar. Assim como no caso do E1, a paciente também sofreu ameaças do dono da casa em que ela residia de aluguel após um episódio de surto. A entrevista E3 informou que a paciente é quem administra a própria medicação e que vai sozinha até as consultas, tendo a presença da irmã apenas ocasionalmente. Ela ainda conta que a paciente abandonou o tratamento há um mês, que não toma a medicação há mais ou menos dois meses, e que possui transtorno mental há sete anos. O esposo se separou dela devido ao transtorno mental da paciente, entre outros motivos.

Afirma também que a paciente não se enxerga como pessoa em sofrimento psíquico e não aceita tomar os medicamentos:

E3: “ela acha que não tem nada e que não precisa, ela fala: não sinto nada tomar remédio pra que? ”.

Quando os entrevistados foram questionados sobre o seu entendimento acerca do que é transtorno mental, eles responderam:

E1 - “uma pedrinha que nas células não se movimenta, uma vai morre as outras vai morrendo, porque até, não vai nascer outra, uma depende da outra. Não tem movimento, aí cada uma vai com o tempo, vai esquecendo, precisando da outra e vai morrendo.”.

E2 - “uma deficiência que ainda não tem uma causa pesquisada. Mas creio que seja a deficiência de uma vitamina, utilização de álcool. As formas de tratamento são medicamentos”.

E3 - “pessoa que tem que andar em tratamento porque se não tomar os medicamentos ela volta a ter”. Esse entrevistado ainda acrescentou que acha que irmã (a paciente) ficou assim por conta da separação que ela teve do ex-marido, e porque o novo marido é muito ciumento, e a privava de sair.

É possível notar que todos eles possuem algum conhecimento, ainda que seja proveniente do senso comum, de alguma das características a respeito do transtorno

mental e seu tratamento, mas que, mesmo aqueles que possuíam experiência de um familiar com transtorno mental, ainda carecem de informações, acompanhamento e constantes orientações.

Através desses relatos é possível notar que quanto mais esclarecido está o familiar da sua condição de cuidador, e mais próximo do paciente o mesmo se encontra, as chances do paciente ter a compreensão sobre o seu transtorno e sobre a sua necessidade de fazer tratamento são maiores. Até porque, quanto mais próximo do tratamento encontram-se ambos, mais envolvidos estarão nesses espaços elaborados pelas instituições a fim de esclarecer as dúvidas sobre o transtorno mental e as formas de enfrentamento das dificuldades acerca do cuidado.

Isso é verificável, através do entrevistado E1, que compreende a necessidade de tratamento do filho e o acompanha de perto, enquanto que o paciente entende que é necessário o uso das medicações e das idas às consultas. Já nos outros dois entrevistados, apesar de os cuidadores morarem próximos, apenas se mostram presentes no acompanhamento do tratamento, quando do paciente já está em alto desequilíbrio emocional, não participando ativamente do tratamento enquanto cuidador, e esses pacientes não aceitam o tratamento integralmente, havendo uma relação entre pacientes que não se veem enquanto indivíduo que possui um sofrimento psíquico com a dos cuidadores que estão distantes do processo de cuidado dos mesmos. Não está com isso se dizendo que os pacientes em sofrimento psíquico são indivíduos totalmente dependentes, mas há um afastamento considerável nos outros dois casos aqui relatados (E2 e E3) em contraponto com o primeiro entrevistado (E1).

Obviamente, o número da amostra é pequeno para se indicar resultados gerais, mas, o que se pode notar através desses relatos é que apesar de as entrevistas realizadas não possibilitarem a verificação da hipótese enunciada, necessitando uma pesquisa mais aprofundada e complementar sobre o tema proposto, foi notável que nos casos relatados em que há um distanciamento do familiar responsável pelo cuidado do paciente e até uma fragmentação da família, depois de constatado o transtorno mental, possivelmente devido ao processo de fadiga ocasionado pelas idas e vindas do hospital, irritação com a falta de suporte e estrutura dos serviços, do acesso dificultoso aos profissionais e até com o paciente, ocorre um prejuízo no tratamento deste paciente, que o faz irregularmente. Há também, uma necessidade de maior entendimento acerca da saúde mental pelos cuidadores que tem apenas uma vaga ideia sobre do que se trata,

necessitando de maiores espaços de socialização sobre a saúde mental e sobre se esclarecer mais e melhor a respeito das formas de cuidado.

3.3. O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DA SAÚDE MENTAL

Goffman (1891) explica que a sociedade estabelece um modelo de categorias e tenta catalogar umas as outras, designando atributos considerados comuns e naturais para cada categoria. Alguém que demonstra ter atributos incomuns ou diferentes é pouco aceito pelo grupo social, que não consegue lidar com o diferente, e em situações extremas, considera este indivíduo como pessoa má, perigosa, que “deixa de ser vista como pessoa na sua totalidade e capacidade de ação e transforma-se num ser desprovido de potencialidades”. Esse sujeito é estigmatizado socialmente.

Goffman, ainda nos afirma que, ao conhecemos uma pessoa, criamos uma identidade social virtual para a mesma, e à medida que passamos a conhecê-la realmente e a identidade social real vem à tona, ocorre uma discrepância entre a identidade que criamos para a pessoa quando a conhecemos, e a identidade que ela realmente possui. Quanto maior a diferença entre essas duas identidades, maior será o estigma. Para ele, a sociedade reduz as oportunidades e esforços deste indivíduo quando reproduz a estigmatização, por lhe atribuir incapacidades, ou condená-lo como uma pessoa fraca, incapaz ou perigosa, excluindo este sujeito socialmente.

No caso da saúde mental, foi possível observar durante a experiência desta pesquisa, que quando se há o conhecimento de que o indivíduo possui um transtorno mental, logo lhe atribui incapacidades como não poder sair sozinho, não poder ter um emprego para não se machucar, não poder sair para se distrair com receio de não voltar. Essas falas foram observadas em familiares durante as reuniões na instituição.

Essa estigmatização nos indivíduos que estão em sofrimento psíquico ou transtorno mental e comportamental é muito grande, e é extremamente preocupante, pois, interferem diretamente na sua autonomia. Ao se excluir esses sujeitos, retira-lhes a oportunidade de se viver em sociedade, ter um emprego, e ser visto como um sujeito comum. Por isso, a importância do papel da assistente social, para garantir que os direitos cheguem até esses sujeitos e seja possível construir caminhos, a partir das políticas sociais, que busquem a reafirmação da autonomia fragilizada por essa estigmatização.

Dialogando com o que Goffman afirma, Rosa (2003) esclarece que “o transtorno mental provoca deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência do grupo”. Ela explica que uma das primeiras reações da família é tratar o surgimento do familiar com transtorno mental como algo corriqueiro, buscando não aceitar o transtorno mental e dar explicações diferentes a este acontecimento.

A normalização pode ser explicada como um mecanismo de defesa porque a família compartilha dos valores da sociedade e sabe que o transtorno mental é estigmatizado e estigmatizável e ela também é um agente no processo de estigmatização. (ROSA, 2003 p. 244)

Existe uma ansiedade e tensão muito grande devido às diversas dúvidas que surgem diante da novidade no ciclo familiar. É comum a família se culpar e se perguntar o que fez de errado para que o paciente tenha adoecido. Há uma preocupação grande quando aos gastos futuros, como lidar com isso, como se dá a cura e quando. (Rosa, 2003).

A autora afirma que a primeira internação marca negativamente a família e que, inicialmente, buscam acompanhar de perto, junto ao sentimento de culpa. Com o passar do tempo, tendem a se distanciar iniciando o processo de fadiga, das idas e vindas do hospital, irritação contra os serviços, aos profissionais e até contra o paciente.

A reação inicial da família contra o sistema de saúde pode ser parcialmente explicadas pela pedagogia implementada do serviço que a exclui da abordagem e implicitamente promete a cura. É como se emitisse uma mensagem: “deixa que o serviço resolve, à vocês só resta aguardar pela cura e melhora” (ROSA, 2003 p.250)

Esse desgaste na família intensifica com a permanência da doença e devido a isso, a mesma pode passar a acreditar que a instituição tem obrigação de ficar com o paciente, começando assim o relacionamento do abandono, desatenção e adiamento da busca do paciente em alta. (Rosa, 2003)

Isso pode ser observado com o distanciamento dos entrevistados E2 e E3 que não participavam ativamente do tratamento do paciente, excetuando quando da necessidade de ir a emergência psiquiatria. Além disso, durante o período de um ano também foi verificável isso quando pacientes em alta demoravam a sair dos leitos mesmo com os familiares avisados, adiando a busca do paciente o máximo que podiam e em casos específicos indicando cansaço ou medo pela volta do paciente, lembrando

a agressividade durante o episódio de surto. Obviamente há um desgaste na família que se encontra totalmente despreparada para receber uma responsabilidade dessas, e muitas vezes não sabe nem do que se trata o transtorno mental.

O processo de superproteção frequentemente é perpassado por uma desqualificação cuja exacerbação tende a culminar num processo de invalidação em que o ritmo e o tempo próprio do paciente tende nessas circunstâncias, a ser percebido como diferente, mas é rotulado de forma negativa. (Rosa, 2003 p.253) Ou seja, quando o cuidador superprotege o paciente impedindo-o de fazer até as coisas mais simples, além de aumentar o nível e a quantidade de responsabilidades para si no processo de cuidado, ele invalida o paciente, estigmatizando-o como incapaz de realizar tais tarefas.

Esse tipo de comportamento interfere na identidade do sujeito, nas suas escolhas, o incapacitando enquanto ser pensante, enquanto pessoa. Para a família, incapacitá-lo dessa maneira, cria uma maior responsabilidade, quando ela vê essa necessidade de estar em constante vigia e em estar fazendo tudo pelo paciente, tornando a sua responsabilidade mais densa, e causando maior desgaste. Conseqüentemente, a família pode começar a enxergar o sujeito como um peso e a olhá-lo de forma negativa, como nos afirma a autora.

Interessantemente a maioria dos pacientes entrevistados, tendem a ter uma auto imagem negativa de si mesmo, ou se avaliam em função do trabalho que representa para terceiros. (ROSA, 2003 p 256)

Como mencionado anteriormente, essa afirmação da autora ilustra exatamente o objetivo proposto desse trabalho, em mostrar as possibilidades a respeito do pensamento do cuidador acerca da saúde mental, e como podem influenciar no modo como o paciente pensa sobre si, e, conseqüentemente, interferir no tratamento do mesmo. Nesse sentido, o paciente pode se negar a tomar medicamentos porque associa a medicação com a “loucura” e doença e o mesmo não quer ser considerado assim, principalmente por que admitir isso, para alguns deles, é como admitir uma incapacidade e uma dependência que não querem ter.

Durante a experiência de estágio, era comum relatos de familiares afirmando que os pacientes não queriam tomar remédio porque não estão doentes, porque não são “loucos” e como no caso da entrevista E3 porque não está sentindo nada. Durante o contato com os pacientes internados também foi possível verificar esta relutância quando da administração dos medicamentos feito pelos profissionais.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir diante do que foi exposto, que dezesseis anos depois da mudança histórica trazida pela Reforma Psiquiátrica, que buscou acabar com os tratamentos totalmente cruéis e deixou os pacientes sobre o cuidado da família, ainda há muita desorientação da família acerca sobre o cuidar, e diante da realidade da nossa sociedade que há uma grande dificuldade em se manter e sobreviver, e da precarização da política de saúde mental no Estado neoliberal, cria-se uma sobrecarga a estes cuidadores que, na maioria das vezes, possuem dificuldades financeiras para manter as despesas atribuídas aquele núcleo.

Essas atribuições na rotina diária do cuidado, principalmente pelo fato de acreditarem na incapacidade e dependência do paciente, podem repercutir em compreensões equivocadas que não valorizam a autonomia do sujeito. Essa visão é absorvida pelo paciente que se sente excluído dentro da própria família e se considera um “peso” para a mesma, apenas pelo fato de ter um transtorno mental.

Portanto, foi possível observar que a percepção da família sobre o paciente é reverberada na perspectiva que o paciente tem de si, havendo uma estigmatização manifestada pelo próprio cuidador e uma autoestigmatização da pessoa em sofrimento psíquico. O paciente busca não se perceber e não ser visto como alguém que precise de cuidados, fazendo com que essa visão incida no tratamento, evitando ir às consultas e de tomar medicamento para não ser considerado um incapaz e independente.

É importante ressaltar que não está aqui se intencionando culpabilizar essas famílias. A maior parte dessas famílias pensam assim pelas dificuldades enfrentadas com a falta de suporte no cuidado desses pacientes, somado ao seu lugar na estrutura do capital, enquanto classe trabalhadora, desprovida dos meios de produção, por vezes, e na constante busca para se reproduzir, através da exploração da sua força de trabalho.

É necessário, adentrar-se mais profundamente nesse objeto de estudo, para conseguir compreender de melhor maneira de que formas mais pode a percepção dos familiares influenciar no tratamento desses indivíduos, assim como se notou que o distanciamento influenciou na não continuidade do tratamento, ainda que numa amostra pequena de entrevistados. Nota-se o desgaste muito grande que contribuiu para o afastamento, e também até uma segregação familiar por conta do transtorno mental e isso não se deve a rotina do cuidado, mas sim a dificuldade de se ter o suporte

necessário tal como demanda a Lei 10.216 de 6 de abril de 2001, para manter essa rotina, para que não gere uma sobrecarga sobre os mesmos. Pode-se ver o quão importante é uma rede de suporte estruturada, pois, a falta de suporte a esses cuidadores, acarretou nessa sobrecarga na rotina de cuidado, e trabalho, e incidiu na impossibilidade de autonomia do usuário que não se dispôs a continuar o tratamento. É preciso também maior disseminação de informações acerca da saúde mental e suas políticas, assim como mobilizações pela luta por melhorias.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CAMARA. **Câmara aprova direitos para pessoas com transtorno mental.** Brasília. Mar.2009. <Disponível em> <http://www.2camara.leg.br/agencia/noticias/132030.html> <Acesso em > 13/07/2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (BRASIL). **Diretrizes Assistenciais para a Saúde Mental na Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, 2008. p.75.

ALVES, Shirley Marly; BASTOS, Antônia do Nascimento. **A família como elemento significativo no tratamento do paciente com transtornos mentais.** Caderno saúde e desenvolvimento. Vol.2 n.2 - jan/jun 2013.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008. p.120.

ANDERSON, Perry. **Balanco do neoliberalismo.** In: Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra 9-23. 1995

APÓSTOLO, J.L.A; BATISTA, A.C.M; MACEDO, C.M.R; PEREIRA, E.M.R. **Sofrimento e o conforto em docentes submetidas a quimioterapia.**Rev. Referência. Vol.2, nº 3 – Dez. 2006.

BATISTELLA, Carlos, **Saúde, doença e cuidado:** complexidade teórica e necessidade teórica. In: O território e o processo saúde-doença. EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007. p. 25-50

BORGES, Elisabete; PEIXOTO, Maria José. **O sofrimento no contexto da doença.** Rev. Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental n.6 Porto dez. 2011.<Disponível em>http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602011000200006> Acesso em: 10/05/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados – 12,** ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. < Disponível em> http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf <Acesso em> 10/06/2017.

BRASIL. Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental** < Disponível em:>http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm <Acesso em:> 17/09/2016.

BRASIL. Lei 11.788 de 25 de setembro de 2008.**Dispõe sobre o estágio dos estudantes.** < Disponível em> http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11788.htm<Acesso em> 08/08/2017.

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo v. 21, n. 4, 2008. p. 588-594.

BUSS, Paulo. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Rev.Ciência & saúde coletiva, v. 5, n. 1, 163-177. 2000.

CÂMARA, Yzy Maria Rabelo. **Percepção, vivência e enfrentamento do sofrimento psíquico em crianças usuárias de CAPS infantil**. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2011. p.124.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (BRASIL). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Editora Fiocruz, 2008.p. 216.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL. **Da saúde**. Seção II. Art. 196. Brasil. 1988.

DANTAS, Marília Antunes; TOBLER, Vanessa Locke. **O sofrimento psicológico é a pedra angular sobre a qual repousa a cultura de consumo**. Psicologia PT. v. 20, n. 10, 2003. p. 5 <Disponível em>http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0175 <Acesso em> 20/06/2017.

DE ALENCAR, Mônica Maria Torres; DE ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira. **Serviço social trabalho e políticas públicas**. Editora Saraiva, São Paulo. 2012. p.186.

DIÁRIO OFICIAL DA BAHIA. Portaria Nº 001 de 16 de janeiro de 2017, p. 34. **Designa comissão de eletroconvulsoterapia e psicocirurgia**. <Disponível em> <http://dovirtual.ba.gov.br/egba/reader2/> <Acesso em> 10/05/2017

FELTES, Danielle Lasarotto; HOCH, Verena Augustin. **Saúde Mental: (re)conhecendo a pessoa em sofrimento psíquico em suas potencialidades**. Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Joaçaba - Santa Catarina. 2015 p. 25

FERNANDES, Rafaella Leite. **A Reforma Psiquiátrica e a política de saúde mental do Rio Grande do Norte: papéis e funções de profissionais e gestores**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2014. p. 140.

FILGUEIRAS, Luiz. **O neoliberalismo no Brasil: estrutura, dinâmica e ajuste do modelo econômico**. In: Neoliberalismo y sectores dominantes. Tendencias globales y experiencias nacionales, CLACSO, Buenos Aires. p. 179-206, 2006.

FILGUEIRAS, Luiz AM. **Reestruturação produtiva, globalização e neoliberalismo: capitalismo e exclusão social neste final de século**. Encontro Nacional de Estudo do Trabalho, v, Rio de Janeiro, p. 895-920, 1997.

FILHO, Alberto; BUSS, Paulo. **A saúde e seus determinantes sociais**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. EPSJV/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007. 266 p.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1997.p.608.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. LTC, 4ed. 1891 – p.124.

GOLDANI, Ana Maria. **As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas**. Cadernos de pesquisa, n. 91, p. 7-22, Nov. 1994.

GONÇALVES. Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Ver. Latino-am Enfermagem 2001 março; 9 (2): 48-55.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA. Portaria Nº 001 DE 17 de Janeiro de 2017. **Designa comissão de ECT e psicocirurgia** <Disponível em> <http://dovirtual.ba.gov.br/egba/reader2/> <Acesso em> 21/03/2017

HIRATA, Edson Shiguemi. **Projeto pandora: a percepção do familiar sobre a depressão**. Rev. Brasileira de Medicina. N. esp h2. Vol. 71 Out p. 5-8 <Disponível em>http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5923 <acesso em> 29/05/2017.

HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil**: uma (re) visão. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):297-305, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. <Disponível em> <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=292740> < Acesso em> 02/08/2017

ITÁLIA. Lei Nº180 de 13 de Maio de 1978. **Controles e tratamentos sanitários voluntários e obrigatórios**. <Disponível em> <http://www.ifb.org.br/legislacao/Lei%20180%20-%20Italia.pdf> <Acesso em> 20/06/2017.

JABERT, Alexander. **Da nau dos loucos ao trem de doido**: As formas de administração da loucura na primeira república – o caso do Estado do Espírito Santo. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2001. p. 153

JUNIOR, L.S.M.S. **Desconstruindo a definição de saúde**. Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM) jul/ago/set de 2004, p. 15-16 <Disponível em > <http://www.dis.unifesp.br/pg/Def-Saude.pdf> < Acesso em> 13/06/2017.

KLAFKE, Teresinha Eduardes; SANTIN, Gisele. **Família e o cuidado em saúde mental**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.

LEAVELL, H; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. Mc-Graw-Hill Inc., São Paulo. 1976 p.744

LINO, Marcia Aparecida. **A convivência de pessoas com transtornos mentais e seus familiares no contexto do domicílio**. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006. p. 79

MASIEIRO, André Luis. **A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros**. Rev. Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos vol.10 n.2 Rio de Janeiro Mai/Ago. 2003. < Disponível em> <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000200004> <Acesso em> 10/06/2017.

MINAYO, M. C. D. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Editora Vozes, 2011. p. 80.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. Ministério da Saúde. Brasília. n 34. 2013 p. 176.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 336, de 19 de Fevereiro de 2002. **Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III**. < Disponível em>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html <Acesso em> 10/01/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 1.727, de 24 de novembro de 2016. **Dispõe sobre a homologação do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria 2012/2014**. <Disponível em><http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/novembro2016/dia28/portaria1727.pdf> <Acesso em > 21/03/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 121, de 25 de Janeiro de 2012. **Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial**.<Disponível em>http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html<Acesso em> 10/05/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria N° 466, de 12 de dezembro de 2012. **Visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado**. <Disponível em> http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html<Acesso em> 08/08/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n° 3088 de 23 de Dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.<Disponível em> http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html> Acesso em> 10/05/2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS. Brasília. 2005. p. 56.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Cartilha Direito à saúde mental**. Ministério Público Federal, 2012 <Disponível em> www.cfess.org.br/arquivos/cartilha-saude-mental-2012.pdf < Acesso em> 10/06/2017.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo v. 37, n. 2, , 2003. p. 43-50.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo.** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001. p.150.

PINTO, Pedro Serra. **Humanização da Dor e do Sofrimento:** Refletir sobre o cuidar em fim de vida . Rev. Nursing. n, 289. Ano 26. 2013< Disponível em> <http://www.nursing.pt/humanizacao-da-dor-e-do-sofrimento-refletir-sobre-o-cuidar-em-fim-de-vida/> < Acesso em> 10/06/2017.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas; PEREIRA JR, Alfredo. **Transtorno mental:** dificuldades enfrentadas pela família. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo v. 37, n. 4, , 2003. p. 92-100.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. LEI Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003. **Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.**<Disponível em> http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm Acesso em> 10/05/2017.

QUEIROZ, Tais Fernandina. **O apoio matricial no município de Aracaju- SE:** a perspectiva dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial. Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012 p. 89.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo. Ed. Cortêz, 2003. p.367.

SALA DE APOIO A GESTÃO ESTRATÉGICA (SAGE). **Número de CAPS no Brasil.** Ministério da Saúde. <Disponível em>http://sage.saude.gov.br/paineis/planoCrack/lista_caps.php?output=html& < Acesso em> 10/07/2017.

SALLES, Anna Carolina Rozante Rodrigues. **Modos de vida de pessoas com transtornos mentais:** avanços e desafios da desinstitucionalização psiquiátrica na contemporaneidade Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Seropédica, 2014. p.72.

SANTOS, Gemelle Oliveira; DA SILVA, Luiz Fernando. **Há dignidade no trabalho com o lixo? Considerações sobre o olhar do trabalhador.** Rev. Mal- Estar Subj. v.9 n.2 Fortaleza jun. 2009 < Disponível em> http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482009000200013 Acesso em: 23/05/2017.

SAWAIA, Bader **O Sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão.** In: As artimanhas da exclusão. Petrópolis, Editora Vozes, 1999 p. 97-118.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Cartilha de orientação em Saúde Mental:** Um caminho para a inclusão social. Brasília – DF. Jan. 2009. p. 28 <Disponível em> <http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/cartilha-orientacao-saude-mental-secrta-saude-df.pdf>< Acesso em> 23/05/2017.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Informações sobre hospitais psiquiátricos na Bahia.** <Disponível em> http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=8864:informacoes-sobre-hospitais-psiquiatricos-na-bahia&catid=93:link-interno < Acesso em> 21/03/2017.

SILVA, Maura Lima Bezerra; CALDAS, Marcus Tulio. **Revisitando a Técnica de Eletroconvulsoterapia no Contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Psicologia ciência e profissão, 2008, 28 (2), 344-361.

VALE, Jesiane Calderaro Costa. **A compreensão do sofrimento no escalpamento: um estudo utilizando o grafismo e o teste das fábulas.** Universidade Federal do Pará, Bélem. 2007. p. 87.

VIANNA, L.A.C. **Processo saúde-doença.** Curso de Especialização em Saúde da Família-UNA-SUS| UNIFESP,2011 < Disponível em> http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf< Acesso em > 03/06/2017.

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 1986.p.29 < Disponível em> conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf < Acesso em> 12/07/2017.