UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

JOICE SILVA DE JESUS

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DO SUS: UM ESTUDO A PARTIR DA REVISÃO DE LITERATURA

SALVADOR
2023

JOICE SILVA DE JESUS

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DO SUS: UM ESTUDO A PARTIR DA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social apresentado à Universidade Federal da Bahia como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profª Drª Valéria dos Santos Noronha

SALVADOR

2023

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO CONTEXTO DO SUS: UM ESTUDO A PARTIR DA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social apresentado à Universidade Federal da Bahia como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Salvador, 30 de junho de 2023

Banca Examinadora:

Prof.ª Drª Valéria dos Santos Noronha
Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
Universidade Federal da Bahia

Bruna Souto Ferreira
Assistente Social pela Universidade Federal da Bahia
Hospital Juliano Moreira

Carolina Leão Souza
Assistente Social pela Universidade Federal da Bahia
Residência Multiprofissional pelo HUPES/UFBA
Hospital Geral do Estado -HGE

Dedico esse trabalho a todos que acreditam em um cuidado em saúde mental digno, de qualidade e sem desigualdade de gênero.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer a minha família, e em especial a minha mãe por todo o apoio e confiança durante toda a minha vida. Mainha, você foi a melhor mãe que eu poderia ter!

A Camila e Milena, duas amigas que eu conheci durante a graduação e que eu nunca mais vou esquecer. Meninas foi muito mais fácil passar por esses anos de graduação quando eu estive com vocês, obrigada pelos momentos, pelos hambúrgueres e todo o resto.

Agradeço também a Andrea Machado, minha supervisora de campo na clínica psiquiátrica que me deu a oportunidade de me aproximar do campo da saúde mental e que dedicou seu tempo para contribuir com a minha formação, mesmo não recebendo para isso.

Aos meus amigos de longa data: Juciane Cardoso, Adriano Nunes e Paulo Ricardo, que escutaram todas as minhas reclamações durante esse período e que me deram todo o apoio e incentivo durante a escrita desse trabalho, meus amigos, queria dizer que vocês foram fundamentais para que eu chegasse até aqui.

Agradeço também ao pessoal do meu estágio extracurricular que também me deu todo o suporte, sou muito grata pelo tempo que passamos juntos, onde eu pude aprender bastante. Agradeço a minha supervisora de campo Kátia Telles, Ludmille Pereira, Lucas Correia e Adilma Nogueira, vocês fizeram com que esse período fosse bastante leve e prazeroso.

E não menos importante, gostaria de agradecer a minha orientadora de TCC, Valéria Noronha, professora, muito obrigada por toda paciência e dedicação durante esse ano juntas.

Agradeço as assistentes sociais Carolina Leão e Bruna Souto pela presença na banca examinadora e pela contribuição significativa ao trabalho.

Por fim, agradeço a todos os que passaram por minha vida durante a minha graduação, os pacientes da clínica, as colegas da turma de Serviço Social 2018.1.

RESUMO

Neste trabalho, pretende-se discutir a responsabilização exclusiva das famílias no cuidado em saúde mental. Foi importante demarcar a importância da Reforma Psiquiátrica no contexto do Sistema Único de Saúde- SUS na sociedade brasileira e sua relevância relacionada à atuação do Estado na condução da política de saúde mental. Muitos avanços foram identificados, mas inúmeros desafios ainda existem na dimensão da saúde coletiva e na consolidação de estratégias democráticas e participativas que envolvam as famílias e usuárias/os em saúde mental.

A partir de uma revisão de literatura, buscou-se discutir os impactos das políticas familistas que tem a família na sua centralidade, e como essa centralização pode ocasionar uma opressão/desigualdade de gênero, quando o Estado se desresponsabiliza e transfere esse cuidado apenas para as famílias.

Palavras-chave: Saúde mental; cuidado; família.

ABSTRACT

In this work, we intend to discuss the exclusive responsibility of families in mental health care. It was important to demarcate the importance of the Psychiatric Reform in the context of the Unified Health System - SUS in Brazilian society and its relevance related to the State's performance in the conduct of mental health policy. Many advances were identified, but countless challenges still exist in the dimension of collective health and in the consolidation of democratic and participatory strategies that involve families and users in mental health.

Based on a literature review, we sought to discuss the impacts of familist policies that have the family at its core, and how this centralization can lead to gender oppression/inequality, when the State takes no responsibility and transfers this care only to women. families.

Keywords: health system ,care, family

LISTA DE SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CONAD- Conselho Nacional da Política sobre Drogas

ESF- Estratégia de Saúde da família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LBHM- Liga Brasileira de Higiene Mental

MRSB- Movimento da Reforma Sanitária Brasileira

MTSM- Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSM- Política Nacional de Saúde Mental

PTS- Projeto Terapêutico Singular

PVC- Programa de Volta para Casa

RAPS- Rede de Atenção psicossocial

RPB- Reforma Psiquiátrica Brasileira

SRT- Serviços Residenciais Terapêuticos

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 10

2. DIÁLOGOS SOBRE O SUS E SAÚDE MENTAL: CONTEXTOS HISTÓRICOS, AVANÇOS E RETROCESSOS 14

2.1 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA 14

2.2 SUS E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA 22

3. O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMILIAS NO PROCESSO TERAPÊUTICO 32

3.1 AS POLÍTICAS FAMILISTAS E SEUS REFLEXOS NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL 32

3.2 QUANDO O ESTADO É O CUMPLICE? RESPONSABILIZAÇÃO EXCLUSIVA DAS FAMÍLIAS PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 39

3.3 CUIDADORAS E SUAS VOZES SILENCIADAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO DE GENERO, FAMILIA E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL 42

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS 47

REFERÊNCIAS 50

1. INTRODUÇÃO

Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o cuidado em saúde mental no âmbito familiar se torna fundamental pois apresenta um impacto positivo na vida das/os usuários e na reabilitação psicossocial.

Covelo e Moreira (2015), defendem que o sofrimento psíquico não se refere apenas ao membro que se desestabiliza, mas diz respeito a todos que compõem o ambiente familiar, pois a presença desse indivíduo pode ocasionar um desgaste material, organizativo, social e emocional na família, pois, segundo as autoras, o usuário de saúde mental pode se tornar dependente de seus familiares, a depender de cada caso.

É importante lembrar que o cuidado em saúde mental[1] sofreu diversas transformações ao longo das últimas décadas, dentre elas podemos destacar a valorização das famílias como um participe no cuidado em saúde mental, uma vez em que antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o grupo familiar era visto como o causador da doença. Portanto, o usuário em sofrimento psíquico deveria ser afastado do núcleo familiar, e consequentemente do seu território, para que dessa maneira pudesse receber um tratamento de maneira isolada sem contato com o mundo externo, através de métodos por vezes violentos, deixando de ser tratado como um sujeito de direitos.

Este trabalho é resultado de uma experiência de estágio supervisionado em Serviço Social, em um Hospital-Dia de uma clínica psiquiátrica de caráter privado, situada no município de Salvador-Bahia. Durante a imersão no estágio que durou três semestres, percebi o quanto o tema “família” era constantemente colocado nas rodas de conversas com os usuários, e mais do que isso, foi

[1] Galera e Cardoso (2011), consideram a demanda de cuidado em saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Atualmente, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras, relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral, tais como: escassez de recursos, inadequação da assistência profissional, estigmatização, violação de direitos dos doentes, dificuldade de acesso a programas profissionalizantes, etc.

identificado o quanto esse grupo contribuía de maneira positiva e também negativa ao tratamento desses sujeitos.

Se consideramos que ainda há um estigma[2] gigantesco relacionado aos indivíduos em sofrimento psíquico, reduzindo esses indivíduos aos transtornos nos quais eles receberam o diagnóstico, atribuindo-lhes inclusive periculosidade e incapacidade, por vezes esses preconceitos e discriminações eram reproduzidos no núcleo familiar desses indivíduos, fazendo com que, inclusive, eles tivessem outras referências de família diferentes daquelas centradas "tradicionalmente" entre pai-mãe-filhos. A partir dessas referências é que se construía, muitas vezes, o Projeto Terapêutico Singular desses indivíduos.

Outra questão importante que foi experimentada durante esse período, foram as reuniões de famílias, onde se tornou um espaço fundamental para integrar os familiares ao tratamento, de maneira que suas frustações, questionamentos e inquietações pudessem ser acolhidas, pois, esse cuidado praticado pelos familiares, como podemos ver um pouco mais a frente nesse trabalho, tem também um impacto na vida desses familiares. Durante esses encontros que eram semestrais, a grande maioria dos familiares que se deslocavam até a instituição, eram mulheres, dentre elas tínhamos mães (em sua maioria já idosa), irmãs e esposas. Como consequência dessa dedicação ao cuidado, e tendo em vista a questão de gênero como elemento fundante nessas relações sociais, era comum os relatos dos familiares de sobrecarga e do esgotamento durante esse processo, além da culpa e do medo imbricados nessa relação.

Por conta disso, surgiu essa vontade de saber como se dá a inserção das famílias no cuidado em saúde mental, uma vez em que a família sendo uma instituição de cuidado informal aos seus membros, permite que o Estado se

---

[2] O termo estigma (...) será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar anormalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem horroroso nem desonroso. (...) Um estigma, é então, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, embora eu proponha a modificação desse conceito, em parte porque há importantes atributos que em quase toda a nossa sociedade levam ao descrédito.
Goffman (2008) classifica três tipos de estigmas: as abominações do corpo (deformidades físicas); as culpas de caráter individual (vontade fraca, desonestidade e etc.) e estigmas tribais de raça, nação e religião. O estigmatizado pode ter sua característica distintiva expressa de maneira evidente, nesses casos se torna desacreditado. Nos casos em que não é facilmente perceptível tais características, chamamo-os de desacreditável.

beneficie de tais articulações de práticas e recursos feitas dentro do próprio seio familiar para garantir o acesso aos sistemas de saúde ou para suprir as deficiências do serviço. Nesse sentido, o Estado se isenta das suas responsabilidades como um promotor de bem-estar social, ficando então ao encargo das famílias suprir essas necessidades.

Todavia, essa desresponsabilização do Estado e a consequente sobrecarga das famílias brasileiras no cuidado em saúde mental, não leva em conta as mudanças nas estruturas das famílias nas últimas décadas, e por conta disso, o esgotamento por parte dos membros pode apresentar consequências desastrosas que veremos mais adiante.

Dessa maneira, o objetivo geral desse trabalho se constituiu em: “Compreender como se dá o processo de responsabilização das famílias no cuidado em saúde mental das/os usuárias/os”, para que dessa maneira possamos compreender até que ponto o Estado neoliberal se isenta das suas obrigações e atribui todos os encargos às famílias, sob o subterfúgio de que seria função básica da família a prestação de bem-estar de seus membros, que eles seriam os mais indicados para essa função.

Quanto aos objetivos específicos presentes nesse trabalho, destaco: Realizar uma contextualização histórica da política de saúde mental, enfatizando a importância do marco da Reforma Psiquiátrica; Explicitar o impacto negativo das políticas familistas e seus reflexos no cuidado em saúde mental e; Tecer breves considerações sobre a relação existente entre Gênero, Família e Cuidado em Saúde Mental.

No que diz respeito à metodologia utilizada neste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com base em uma revisão integrativa de literatura, de natureza qualitativa e caráter exploratório, com o objetivo de analisar sob uma perspectiva crítica como vem ocorrendo essa responsabilização das famílias no âmbito da saúde mental através de outros estudos já produzidos. Conforme Lakatos e Marconi (2003),

> A pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc., até meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão. Sua finalidade é colocar o

> pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito, dito ou filmado sobre determinado assunto, inclusive conferências seguidas de debates que tenham sido transcritos por alguma forma, querem publicadas, quer gravadas. (LAKATOS; MARCONI, 2003, p.183)

Mendes, Silveira e Galvão (2008) apontam que o objetivo inicial da revisão integrativa de literatura é aprofundar o entendimento sobre um determinado fenômeno a partir de estudos anteriores, construindo uma análise ampla do objeto e contribuindo para a produção de estudos futuros. Portanto, “este método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo”, viabilizando novos conhecimentos sobre o fenômeno pesquisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.759-760).

Para tanto, foi necessária uma revisão de literatura para que os objetivos propostos fossem alcançados, através de um estudo crítico sobre a relação entre saúde mental, cuidado e família no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse procedimento metodológico tornou-se essencial para termos acesso a temática, pois, como se trata de um objeto histórico, se faz necessário um mergulho na literatura para entendermos como se deu todo esse processo.

Nesse sentido, esse trabalho se divide em dois capítulos, sendo que no primeiro intitulado “Diálogos sobre o SUS e a Saúde Mental: Contextos Históricos, Avanços e Retrocessos”, a proposta será apresentar o processo histórico da institucionalização da loucura até a reforma psiquiátrica brasileira. Em seguida, após a exploração de todos os avanços conquistados em um tratamento mais humanitário e territorial, haverá uma discussão acerca dos retrocessos e desmontes na Política Nacional de Saúde Mental.

No segundo capitulo que é intitulado como: Cuidado em Saúde Mental e a Responsabilização da Família no Processo Terapêutico, existirá um debate sobre a centralidade das famílias nas politicas de proteção social, em especial no campo da saúde mental- que é o foco do trabalho, e a partir daí possivelmente produzirá uma identificação dos impactos do cuidado em saúde mental para as famílias.

Por fim, encerro as reflexões com as considerações finais acerca da construção desse trabalho.

2. DIÁLOGOS SOBRE O SUS E SAÚDE MENTAL: CONTEXTOS HISTÓRICOS, AVANÇOS E RETROCESSOS

Nesse capítulo pretende-se apresentar o contexto histórico em que se deu a institucionalização da loucura até a Reforma Psiquiátrica brasileira, observando os movimentos da sociedade civil em prol de uma sociedade sem manicômios. Além disso, buscou-se analisar de modo muito breve, também os avanços e retrocessos ocorridos no campo da saúde mental, desde a Reforma Psiquiátrica até a gestão do ex-presidente Jair Messias Bolsonaro.

2.1 DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Neste tópico, a proposta de discussão está centrada em abordar o percurso histórico em que se deu a institucionalização da loucura no Brasil, que surge inicialmente para atender aos interesses da burguesia, deixando antever o racismo[3] e sexismo[4], presentes no momento da classificação dos ditos loucos. Yasui (2010) *apud* Sampaio e Bispo Junior (2021), ressaltam que as vertentes de cunho preventivista e higienista ganharam força durante esse período, e buscavam prevenir os casos de doença mental, por meio de ações que tinham um caráter xenofóbico, racista e higienista, com o objetivo de alcançar as melhorias sanitárias e nos modos de vida da população.

Segundo Sampaio e Bispo Júnior, “data do Brasil Império a emersão das concepções epistêmicas e legais que designaram o sofrimento mental como objeto de intervenção do Estado e de saber da psiquiatria, além da marca de periculosidade e desrazão” (2021, p. 5). Sampaio e Bispo (2021) ainda sustentam que a partir desse momento se fortalece a ideia de que os adoecimentos mentais estavam associados a periculosidade. Portanto, o indivíduo não deveria ter direito à cidadania, visto que representaria um perigo a

[3] Racismo é a crença ou convicção sobre a superioridade de uma raça ou determinadas raças, sobre as demais, com base em diferentes motivações, em especial, as características físicas e outros traços do comportamento humano. Dentro o sistema racista o valor do ser humano é determinado pela sua pertinência a uma nação racial coletiva.
[4] Discriminação ou preconceito baseado no gênero da pessoa.

sociedade. Sendo assim, esse pensamento favoreceu as internações de forma arbitrária e a política de encarceramento como um modelo assistencial aos doentes mentais.

O modelo dos manicômios tinha como principal premissa, o isolamento do louco da sociedade. Sendo assim, estes eram tirados do seu convívio social, de oportunidades de trabalho, da sua família, bem como de acesso a lazer, e também perdia sua autonomia. Todo esse isolamento tinha um objetivo "terapêutico", onde o asilo se tornava um ambiente para os loucos para que desta forma, eles pudessem ser observados como um novo objeto de conhecimento (AMARANTE e TORRE, 2018).

Segundo Amarante e Torre (2018):

> O confinamento da loucura no manicômio e seu submetimento como objeto de intervenção do alienismo produzem uma nova experiência da loucura, capturada pelo discurso médico, que de forma estratégica constrói a noção de loucura como erro e ausência de sentido, como desordem da razão e perda do juízo moral, e ausência de saúde psíquica. A alienação é entendida como um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar o pacto social. O alienado é o indivíduo que está fora de si, fora da realidade, é o que tem alterada a sua possibilidade de juízo; é incapaz do juízo, incapaz da verdade e por isso perigoso para si e para os outros. Daí a compreensão de que todo doente mental deve potencialmente ser "protegido" pela destituição dos seus direitos e da sua liberdade, como da autonomia sobre si e do direito de escolha e decisão sobre a sua vida –todo esse processo é intermediado pelo conceito de alienação mental, que nasce a partir da constituição do binômio asilo-alienismo, isto é, a internação manicomial e a captura conceitual como fundamentos da exclusão da loucura (AMARANTE e TORRE, p. 1092, 2018) ".

Dessa forma, o hospício passa a ser o local de tratamento para chegar ao processo de cura, recobrando a razão das pessoas que eram tidas como alienadas. Com isso, após o processo de cura, poderiam finalmente retornar a sociedade e ter os seus direitos de cidadão.

Essas concepções foram inspiradas em Philippe Pinel e suas produções sobre o alienismo[5]. Amarante (2007), destaca que Pinel não elegeu o termo

[5] "Alienação Mental era conceituada como um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo compreender a realidade" (AMARANTE, 2007, p. 30).

Doença Mental e sim alienação mental, que tinha como principal premissa, o isolamento do louco do mundo exterior, pois se considerava que as causas da alienação mental estaria presente no meio social, e o isolamento desse indivíduo permitiria afastá-lo temporariamente, colocando-o em um local onde as mesmas questões não poderiam mais prejudicá-lo. Amarante (2007) ainda observa que a ideia de alienação mental nasce associada a ideia de periculosidade, contribuindo para uma noção da sociedade que remetesse ao medo e a discriminação desses indivíduos. Esse estigma associado as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais ainda é muito presente atualmente, mesmo com a Reforma Psiquiátrica, o estigma social dos transtornos mentais possui raízes muito profundas e as consequências são tão dolorosas quanto a própria doença, pois muitas vezes, a pessoa diagnosticada com transtornos mentais é afastada do seu convívio social. Arantes e Bussinguer (2016) destacam que esse é um fenômeno social que marca e molda os sujeitos, transformando-os em verdadeiros estereótipos, onde eles são reduzidos a doença, como se eles não tivessem mais vontade própria, sonhos e nem desejos, tudo seria associado ao seu diagnóstico.

Sendo assim, a loucura começa a ser institucionalizada no Brasil com a chegada da Família Real durante o século XIX (FONTE, 2012). Primeiramente, as pessoas eram internadas nas Santas Casas de Misericórdias, onde a maioria dos internos eram recolhidos nas ruas, pois não era permitido que elas ficassem vagando sem rumo pelas vias públicas.

Indubitavelmente, as instalações das Santas Casas de Misericórdias, se tornam insuficientes para abrigar tamanha população que só tendia a crescer, uma vez em que o diagnóstico da loucura não carecia de avalição médica. Ademais, nesse período cresceu o movimento dos alienistas, inspirados em Phillipe Pinel e sua obra intitulada “Tratado médico e filosófico sobre a Alienação Mental”, que através da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, reivindicavam um local mais apropriado para o tratamento dos alienados e de forma isolada. A partir das reivindicações dessa Comissão, que surgiu o primeiro hospício do Brasil, inspirado nas concepções de Pinel e Esquirol, que propunham o isolamento como forma de tratamento.

Após todas essas mobilizações, foi inaugurado em 1852, o Hospício Pedro II, que foi o primeiro hospício do Brasil, e segundo Fonte:

> [...] nesse primeiro momento, o isolamento em relação a família é prioritário e indispensável apenas para um tipo específico de louco: o caso do louco que vaga pela rua, pois a família pobre não tem possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. Para famílias ricas, que quisessem manter junto dela o alienado, o internamento não deveria ser imposto, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que ela poderia reproduzir um hospício no interior de sua ampla residência (FONTE, 2012, p. 4):

Desta maneira, percebe-se como o tratamento destinado ao louco era diferenciado, a depender da classe social daquele indivíduo, onde aqueles com a situação econômica menos elevada, era retirada do seu território, e consequentemente do convívio com a sua família e era então enclausurado em um hospício, longe de tudo e todos por décadas de sua vida, sendo torturado e impedido de voltar para o seu convívio familiar.

Ainda no Hospício Pedro II, os internos eram divididos entre indigentes e pensionistas. Os indigentes não faziam o pagamento de mensalidades, e os pensionistas eram divididos entre três classes, onde na primeira classe, os chamados alienados, tinham um quarto individual; os da segunda classe dividiam o quarto com uma pessoa e os membros da terceira classe ficavam em uma enfermaria com mais 15 pessoas.

Informações obtidas no site do Centro Cultural do Ministério da Saúde sobre o funcionamento do Hospício Pedro II apontam que:

> As atividades laborais, ou seja, aquelas que tinham características de trabalho como terapêutica, eram recomendadas por motivos higiênicos e morais. No entanto, era obrigatório apenas para a terceira classe; para os pacientes das duas primeiras classes era recomendada somente a frequência à biblioteca, não existindo a obrigatoriedade de trabalho como coadjuvante na cura do paciente. A diferença de tratamento também se refletia nos cardápios e nos horários das refeições (Centro Cultural do Ministério da Saúde, 2014).

Essas instituições tinham ligação com a igreja, e, portanto, a moral estava entre os princípios para o tratamento, e os poucos médicos que existiam não tinham muita influência no tratamento.

Quando o Hospício Pedro II é então desvinculado da Santa Casa em 1890, passa a ser incorporado ao Estado recebendo o nome de Hospício Nacional de Alienados, desta maneira, a loucura passa então a ser medicalizada e a exclusão do louco do convívio social ainda é mantida como uma forma de tratamento.

Da mesma forma que surge o Hospital Pedro II, de maneira semelhante é criado o Manicômio de Barbacena, que é fundado em 12 de outubro de 1903, também tinha como método de tratamento, a exclusão social do louco, bem como a tortura e as péssimas condições nos espaços de convivência. Estima-se que cerca de 70% dos internos não tinham diagnósticos de transtornos mentais, porém eram mantidos enclausurados no manicômio com o objetivo de receber verbas para o financiamento da instituição (GODOY, 2014). Essa prática, *curiosamente*, ainda é bem comum, visto que em 2017, a portaria n° 3.588 que dispõe sobre as Redes de Atenção Psicossocial, facilita e até mesmo incentiva a criação de novos leitos para pacientes em hospitais psiquiátricos, uma vez que ele obrigatoriamente exige um percentual mínimo de 80% da ocupação dos leitos para receber os recursos para o seu funcionamento. Nesse sentido, essa portaria vai totalmente na contramão dos princípios defendidos pela luta antimanicomial, que serão abordados mais adiante.

Ainda segundo Godoy, sobre o perfil das pessoas mantidas no manicômio:

> [...] a história dos internos do mesmo hospital, dentre os quais homens, mulheres e crianças que, por algum motivo, deviam ser esquecidos: empregadas e crianças violadas por seus patrões e familiares; mulheres grávidas; homossexuais; epilépticos; gente que não se conformava com o descaso dos governos e acabou falando demais; gente que falava de menos, por ser tímida ou muda, e que parecia não ser de muita serventia. Sujeitos arquivados para o esquecimento; documentos apagados e perdidos na dispersão (GODOY, 2014, p.4).

Levando em conta o relato supracitado, questiona-se sobre a construção da figura desse dito louco, principalmente porque nem todos os indivíduos nem sequer tinham algum diagnóstico de transtornos mentais, eram apenas pessoas que eram indesejados na sua época, e, por conseguinte, eram mantidas em um ambiente hostil, contra a sua vontade, recebendo um tratamento desumano.

Esses locais foram construídos não com o objetivo de tratar a saúde desses indivíduos, foram construídos com essa desculpa, porém eram verdadeiros “depósitos” de pessoas que em alguma medida não eram aceitas no convívio social, onde segundo Alves (2010), havia um número significativo de pessoas que pertenciam às camadas mais pobres.

Alencar *et al* (2022), ressalta que nesse mesmo período, o biologicismo passou a explicar vários fenômenos psíquicos e culturais que se apresentavam no Brasil, bem como justificar as intervenções medicas em todas as camadas da sociedade e nas relações sociais.

Sendo assim, devido ao contexto político e econômico do Brasil, proporcionou-se a psiquiatria brasileira, a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) em 1923, uma instituição de utilidade pública, que era mantida por meio da filantropia e que se utilizava do pensamento eugênico com base na biologia (Alencar *et al*, 2022).

Segundo Amarante *apud* Fonte (2012):

> Se cristaliza o movimento de higiene mental, como um programa de intervenção no espaço social com características marcadamente eugenistas, xenofóbicas e racistas. A psiquiatria passa também a pretender a recuperação das raças e a constituição de coletividades sadias, colocando-se definitivamente em defesa do Estado, levando-o a uma ação rigorosa de controle social e reivindicando um maior poder de intervenção (AMARANTE, 1998, p.78 *apud* FONTE, 2012, p. 7).

Desta maneira, fica claro como essa institucionalização da loucura nesse período, tinha também um viés racista, efetivando o compromisso não com a saúde mental dos indivíduos, mas aprisionando a população negra em hospícios e dessa maneira, impedindo a sua reprodução, destituindo sua liberdade.

Além disso, com a deflagração do golpe militar em 1964, os prisioneiros políticos passaram a ser internados em hospícios. Nessa época, houve um aumento expressivo no número de internações em hospitais psiquiátricos que floresceram para poder atender as demandas da época (FONTE, 2012).

Com a abertura democrática, e o esgotamento do modelo econômico vigente na época, surgiram mobilizações na década de 70 por parte de profissionais da saúde, reivindicando melhores condições de vida e saúde. Essas mobilizações ficaram conhecidas como Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que também influenciaram o Movimento pela

Reforma Psiquiátrica brasileira começa então a avançar, principalmente com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que surge após médicos do Rio de Janeiro denunciarem publicamente as condições desumanas de tratamento que eram ofertadas nos hospitais psiquiátricos. Em seguida, ocorre uma greve dos profissionais da Divisão Nacional de Saúde Mental, o que culminou na demissão de 260 pessoas que trabalhavam nas instituições (Sampaio e Bispo Junior, 2021). A partir daí, em 1979, surge o MTSM, que se destacavam por criticar os saberes e as práticas da psiquiatria tradicional, e além disso, defendiam a diminuição dos leitos em hospitais psiquiátricos e a não criação de novos leitos, e paralelamente com o movimento antimanicomial que contava com pessoas de vários segmentos sociais em prol de um tratamento mais humanizado para pessoas em sofrimento psíquico.

Segundo o relatório do Ministério da Saúde, esse movimento consistia em:

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

Como o resultado de toda essa mobilização dos trabalhadores da saúde mental, dos usuários e familiares, as lutas em prol de uma sociedade sem manicômios começam então a ganhar forma. O texto apresentado em 1989, pelo então deputado Paulo Delgado, fica tramitando no congresso por cerca de 12 anos até ser finalmente sancionada como lei n° 10.216, em 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Com essa lei, o tratamento destinado as pessoas em sofrimento psíquico passa ser feito com uma base territorial e de maneira humanizada. Pela lei da Reforma Psiquiátrica, são direitos das pessoas com transtornos mentais:

> I - Ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
> II - Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
> III - Ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
> IV - Ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

> V - Ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
> VI - Ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
> VII - Receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
> VIII - Ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
> IX - Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Após dez anos de aprovação da lei da reforma psiquiátrica, é instituída, através da portaria n° 3088/11 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que prevê no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a ampliação e a articulação dos serviços que existiam até então, para pessoas em sofrimento psíquico, incluindo aqueles que fazem o uso de substancias psicoativas.

Contudo, muitos desafios ainda existem para serem enfrentados e/ou superados desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a criação da RAPS. Bisneto e Nicácio (2013) defendem que no campo da saúde mental dentro do contexto do neoliberalismo, há um incentivo ao uso da medicação por meio da indústria farmacêutica, promovendo um tratamento baseado em remédios como uma saída para o atendimento em massa. Com isso, o “tratamento” não é voltado para as subjetividades do sujeito, não se leva em conta as suas histórias de vida e resistência. Basaglia *apud* Amarante (1994) propôs colocar os transtornos mentais entre “parênteses”, não no sentido de negar a doença, ou a experiência de sofrimento, mas para destacar que a psiquiatria não teria capacidade absoluta de explicar o fenômeno da loucura.

2.2 SUS E A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: AVANÇOS E RETROCESSOS A PARTIR DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passa a ser um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Desta maneira, muitas mudanças são feitas no cenário da saúde no Brasil, uma vez em que antes o acesso a serviços de saúde era restrito as pessoas que contribuíam para a previdência social, e quem não conseguia contribuir, dependia da caridade ou da filantropia.

Neste período, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela lei 8.080/1990, há então uma descentralização da gestão da saúde, onde passa ser composto pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, sendo que cada ente teria suas co-responsabilidades, e mais do que isso, a participação social passa a ser requisitada através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

Dentre as Conferências de Saúde, podemos destacar a 8° Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986 onde foram lançadas as diretrizes para um sistema de saúde descentralizado e único (Brasil, 2019), e contou com a participação de vários segmentos sociais.

Dando continuidade às mudanças ocorridas com a redemocratização do país, além das mobilizações da sociedade civil e do MTSM, em 06 de abril de 2001, é então sancionada a lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica, também conhecida como Lei Paulo Delgado, que dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). Esta lei surge como um avanço no que diz respeito ao cuidado em saúde mental no Brasil. A atenção a esta população que anteriormente era feita de maneira isolada, com repressão e tortura, agora é feita com mais humanidade, e com base territorial.

Amarante e Torres defendem que a Reforma Psiquiátrica Brasileira se constituiu como:

> Portanto, podemos afirmar que no Brasil, a reforma psiquiátrica se constituiu, desde as suas raízes, como um movimento social de construção de um novo discurso e uma nova prática no lidar com a loucura e o sofrimento mental, fora do discurso psicopatológico e contra a exclusão social dos sujeitos em crise e vulnerabilidade psicossocial, e a favor de uma sociedade sem

> manicômios. Os marcos históricos e a vasta produção iconográfica, artística, militante, do modelo antimanicomial no Brasil demostram que a reforma psiquiátrica nasce das bases políticas de críticas ao autoritarismo e pela liberdade, e se consolida como movimento social e de reivindicação de direitos de cidadania, de inclusão das pessoas “diferentes” e sob o signo dos direitos humanos (AMARANTE e TORRE, 2018, p. 1103).

Com a promulgação da Lei Paulo Delgado, em 2001 foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, cujo tema era “Cuidar, sim. Excluir, não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social” (Brasil, 2001). Durante esse encontro, a pauta principal girava em torno da reorientação do modelo de assistência às pessoas diagnosticadas com transtornos mentais, e contou com profissionais da área de saúde, familiares e usuários, com o intuito de definir os recursos humanos, o financiamento, controle social, etc.

Tendo em vista esse redirecionamento no cuidado e saúde mental, pode-se destacar a Portaria/GM n° 336 de 19 de fevereiro de 2002, que definiu os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que definiu a organização do serviço, bem como o porte, a depender do município, além de estabelecer as especificidades de cada CAPS. Desta maneira, os CAPS são constituídos nas seguintes modalidades:

- CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes
- CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.

- CAPS ad: Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- CAPS ad III: Álcool e Drogas: Atendimento com de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Os CAPS formam importantes dispositivos na organização do modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, uma vez em que nessas modalidades o atendimento prestado, segue a lógica do território[6] onde os usuários residem.

Outro recurso importantíssimo no processo de desinstitucionalização da população que fora internada por anos nos hospitais psiquiátricos, é o Programa de Volta para Casa que foi criado pela lei federal 10.708 de 2003. Esse programa é um importante marco para a reinserção dos usuários que vinham de um longo período de internação nos hospitais psiquiátricos e que com o programa, os usuários passam a ter mais autonomia, desde que continuem fazendo parte dos serviços substitutivos do modelo hospitalocêntrico.

O Programa conta ainda como uma estratégia de reinserção do usuário na família ou na sua comunidade. Essa reinserção levaria em conta os vínculos que ele ainda teria com a sua família de origem e se seria possível retorna-la para o seu convívio.

Outro importante avanço no que concerne a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), é a criação da Portaria n° 3088 de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras substancias psicoativas (SPA). Essa portaria prevê a ampliação e a articulação de serviços já constituídos no âmbito do SUS, além disso, o texto ainda defende ações para atenção psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico.

[6] No contexto da saúde coletiva e da saúde mental, o conceito de território está presente em múltiplas dimensões e sentidos. Aparece em documentos que expressam princípios e diretrizes das políticas de saúde e no planejamento das ações locais, e é elemento central para organizar a rede de cuidado na atenção psicossocial. (Lima & Yasui, 2018).

> Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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) (BRASIL, 2011).

Além disso, os objetivos da portaria supracitada são:

> Art. 3° são objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:
> I- Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
> II-Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
> III-Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A rede é composta por vários serviços e está presente na atenção básica, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS); Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura. Na Atenção Psicossocial Estratégica, através dos Centro de atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades. Na Atenção Residencial de Caráter Transitório, através das Unidades de Acolhimento (UA) e Serviços de Atenção em Regime Residencial. Além de estar presente na Estratégia de Desinstitucionalização, através dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa (PVC).

Com essa rede integrada de serviços, é possível consolidar a PNSM, com uma base comunitária, articulando os serviços, de uma maneira que o usuário não necessite sair do seu território para buscar atendimento, pois esses serviços objetivam uma atenção primaria.

Todavia, com a contrarreforma do Estado, e os desmontes das PNSM, vários retrocessos são percebidos no que diz respeito ao cuidado em saúde mental. As novas diretrizes anunciadas após a ocupação do governo por partidos conservadores vão na contramão dos direitos que foram conquistados com a RPB, e acende um alerta para a volta do modelo manicomial.

Em 2016, com a ocupação do governo por setores conservadores, o campo da saúde mental passa a sofrer alguns retrocessos. A Emenda

Constitucional n° 95, determina o congelamento de gastos por vinte anos, o que poderia provocar perdas expressivas para o SUS, além de limitar o desenvolvimento de políticas sociais. Sampaio e Bispo Junior (2021) destacam que a pobreza extrema, desemprego, violência e a ruptura com laços sociais estão ligados diretamente com a incidência de casos de sofrimento psíquico. Nesse caso, com esse limite de gastos a população mais vulnerável acaba ficando mais expostas, uma vez em que as políticas sociais, bem como o acesso a saúde, seriam limitadas, favorecendo assim, a iniciativa privada.

A restrição orçamentária ao SUS, faz com que os atendimentos da população sejam direcionados a iniciativa privada, desta maneira, o setor privado acaba recebendo uma valorização para a prestação de assistência à saúde da população. Entretanto, o financiamento público nas instituições privadas não permite que todos tenham acesso integral a saúde, uma vez em que a obrigação de prestar atendimento à saúde da população é um dever do Estado, e não do terceiro setor e entidades privadas.

Além disso, ainda na gestão de Michel Temer na presidência da república, é importante destacar a resolução 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de 14 de dezembro de 2017, que no seu texto, estabeleceu “novas” diretrizes para o funcionamento da RAPS. Com essa resolução, o hospital passa a ter um papel centro na RAPS, sendo que este teria um maior financiamento. Além dos hospitais psiquiátricos, a resolução ainda traz os hospitais-dia que funcionam de maneira semelhante a um CAPS, entretanto, os hospitais-dia, não funcionam com a lógica do território, e muitas vezes estão anexados a um hospital psiquiátrico, fazendo com que novamente os hospitais psiquiátricos tenham a centralidade na PNSM (Delgado *et al*, 2020).

Delgado *et al* (2020) evidencia que:

> Juntamente com a portaria 3.588, a resolução da CIT constitui a base de toda a mudança na PNSM, pois, ao definir um novo modelo de RAPS, estabelece uma ‘nova’ orientação do modelo assistencial, que, na verdade, é um retorno ao paradigma anterior à Reforma Psiquiátrica, com diversos elementos que apontam para um cuidado de característica asilar/hospitalar, em contraposição aos serviços de base comunitária (Delgado *et al*, 2020, p. 6).

Sampaio e Bispo Junior (2021) destacam que essas medidas favorecem a desconfiguração dos princípios organizativos das RAPS, com retrocessos que

tinham sido alcançados na RPB, gerando até mesmo riscos de subfinanciamento dos serviços extra hospitalares, bem como do desestimulo ao fechamento dos hospitais psiquiátricos, uma vez em que há um incentivo a ocupação de pelo menos 80% nos leitos dos hospitais para que recebam verbas de custeio (BRASIL, 2017).

Além disso, com a resolução 32/2017 da CIT, há também um movimento de fortalecimento das Comunidades Terapêuticas, que são entidades sem fins lucrativos que prestam serviços à comunidade, entretanto, muitas dessas instituições que recebem verbas públicas para o seu funcionamento, tem um caráter religioso- o que fere a laicidade do estado- e promovem torturas dentro das suas instalações, colocando a abstinência como modo de tratamento, sem levar em conta a redução de danos. Essas comunidades passam a compor a RAPS, porém não apresentam a equipe mínima com profissionais capacitados para gerir uma instituição que propõe um tratamento em saúde mental.

Montaño apud Bisneto e Nicácio sustentam que:

> [...] Mas contraditoriamente (ou não!), os governos continuam interessados em repassar verba pública para os empresários do setor psiquiátrico e "terceiro setor" filantrópicos, por meio de convênios com o SUS. Esses repasses pagam a internação para usuários dos serviços de saúde mental, para continuar enriquecendo a burguesia e outros setores conservadores que compõem a base de sustentação da sociedade capitalista. Pois, mesmo quando não há interesse econômico imediato, há, na maioria dos casos, no Brasil, favorecimentos pessoais ou ganhos políticos e ideológicos por trás das corporações sem fins lucrativos: "o chamado 'terceiro setor', mesmo que de forma encoberta e indiretamente, não está à margem da lógica do capital e do lucro privado (e até do poder estatal). Ele é funcional à nova estratégia hegemônica do capital, e, portanto, não é alternativo, e sim integrado ao sistema (2013 p. 181).

É importante relembrar que em 2022, os repórteres do programa fantástico da rede globo fizeram uma reportagem denunciando as situações de maus tratos envolvendo as comunidades terapêuticas. Durante as gravações para a matéria, os repórteres visitaram algumas instituições, dentre elas, a "Fundação Doutor Jesus", que fica no Estado da Bahia. As imagens apresentadas mostraram o responsável pela instituição debochando da ciência, além de propagar falas homofóbicas.

As Comunidades Terapêuticas apresentadas na matéria, ofereciam um “cuidado” totalmente diferente do proposto pela lei 10.216, uma vez em que as instituições ficavam localizadas em lugares isolados e não seguiam a lógica do território para o tratamento dos usuários. Nesta perspectiva, os usuários são privados do contato direto com suas famílias, o que retorna aos métodos anteriores a RPB. Além disso, o racionamento de comida e os castigos para as pessoas que eram internadas nas instituições mencionadas era uma prática recorrente.

Segundo a psiquiatra Debora Gomes Medeiros (2022) ouvida durante a reportagem, essas comunidades têm como o seu tripé *o trabalho, a disciplina e a espiritualidade*. Entretanto, como o adoecimento pode ocorrer por meio de muitos fatores, tais como: biológicos, psicológicos e sociais, atribuir um tratamento único para todos os usuários não teria resultado positivo, por conta disso, se faz necessário a construção o um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que avalia individualmente cada usuário e promove um tratamento baseado único para ele, considerando as suas preferências.

A reportagem ainda aponta que em 2019, o Ministério da Cidadania, que é o responsável pelos repasses de verbas às Comunidades Terapêuticas, destinou cerca de 81 milhões de reais, e que em 2022, esse valor chegou a 134 milhões de reais, o que configura um aumento de 65%. Enquanto isso, os CAPSad que possuem a especificidade no atendimento de pessoas que fazem o uso abusivo de álcool e outras drogas, recebeu um aumento de apenas 11% no mesmo período (G1, 2022). Percebemos aí, que há um subfinanciamento das instituições públicas, em detrimento da iniciativa privada, favorecendo e fortalecendo então as Comunidades Terapêuticas com o foco da abstinência e repressão.

Silva e Silva (2020) concluem que:

> [...] além desse redirecionamento da política ferir fortemente os princípios da Reforma Psiquiátrica que preveem a substituição do modelo asilar, de internação e exclusão social e criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visa atender interesses puramente mercadológicos da “indústria da loucura”, quando resolve favorecer ainda mais a iniciativa privada, transformando a saúde mental em um negócio (2020, P.110).

Com essas resoluções e portarias que alteram a PNSM, há também uma restrição da participação social nas decisões que compreendem o controle social que estão previstas inclusive na Constituição Federal de 1888, uma vez em que a portaria n° 3.588 de 21 de dezembro de 2017, foi aprovada sem nenhum debate público, ferindo a legislação vigente (Silva e Silva, 2020).

Indubitavelmente, com a continuidade de governos conservadores preservando uma agenda neoliberal na gestão do pais, outros retrocessos foram feitos na PNSM. Com a ascensão de Jair Messias Bolsonaro à Presidência da República em 2018, o percurso de desmontes das políticas públicas foi mantido e aprofundado.

A divulgação da nota técnica n° 11/2019, trouxe enormes retrocessos no que concerne o cuidado em saúde mental no Brasil. Com a nota, há uma retomada da eletroconvulsoterapia (ECT) para o tratamento de transtornos mentais graves no sistema público de saúde, e estabelece que esse seria um dos melhores tratamentos terapêuticos disponíveis, não mencionando que esse mecanismo de “tratamento”, anteriormente era utilizado para fins de tortura dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Além disso, a referida nota ainda preserva os hospitais como parte integrativa da RAPS, defendendo também o aumento desses dispositivos no cuidado em saúde mental, e repudiando o fechamento deles.

> O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. O país necessita de mais e diversificados tipos de Serviços para a oferta de tratamento adequado aos pacientes e seus familiares (Brasil 2019, p. 3-4).

A publicação dessa nota, foi feita com a justificativa que se estaria fortalecendo a RAPS. No entanto, analisando a nota, é possível perceber o contrário. O texto ainda destaca uma atenção destinada às crianças e adolescentes, mencionando que não há nenhum impedimento na internação de menores de idade (Brasil, 2019). Segundo Cruz et al (2020), essa nota oficializa a separação da Política Nacional de Drogas da Política Nacional de Saúde Mental. Guljor apud Cruz (2020), afirma que esta separação nas políticas teria o

intuito nítido de impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, principalmente o cuidado realizado em liberdade, sejam igualmente aplicados aos usuários de álcool e outras drogas.

Em 14 de abril de 2019, o então presidente, Jair Messias Bolsonaro, publicou um novo decreto n° 9.761 estabelecendo a nova Política Nacional de Drogas. Com esse decreto, havia a previsão do financiamento não só das Comunidades Terapêuticas, mas também a "entidades que as congreguem ou as representem" (Brasil, 2019). Cruz et al (2020), ressalta que esse decreto tem um grande potencial de ampliar o estigma em relação as pessoas que fazem o uso abusivo de substancias psicoativas, ao propor campanhas afirmando que os usuários dessas substâncias estariam financiando grupos criminosos.

É importante destacar que ainda na gestão do ex-presidente Bolsonaro, ainda foi publicado o decreto 9.926 de 22 de julho de 2019. Com esse decreto, foi excluída a participação de especialistas e integrantes da sociedade civil no Conselho Nacional da Política sobre Drogas. Dentre os especialistas excluídos estão: psicólogos, médicos, assistentes sociais, além de conselhos especializados.

Todavia, com a derrota de Jair Messias Bolsonaro à Presidência da República, e a ascensão de Luiz Inácio Lula da Silva ao poder, esse decreto que estava em vigor desde 2019, foi então revogado e substituído pelo decreto n° 11.480 de 6 de abril de 2023 que dispõe sobre o Conselho Nacional da Política sobre Drogas. Com esse novo decreto, todos os profissionais que haviam sido excluídos da composição da CONAD, voltam a fazer parte, além é claro, da sociedade civil, que volta a ser representada por um quantitativo de 10 representantes da sociedade civil.

Examinar o percurso histórico em que se deu a institucionalização da loucura no Brasil, nos permite compreender que colocar os hospitais psiquiátricos na centralidade do cuidado em saúde mental, bem como o financiamento das comunidades terapêuticas, é uma contradição frente as conquistas alcançadas com a RPB, pois retoma novamente um modelo de segregação e também de violência, uma vez em que já foram feitas inúmeras denúncias do tratamento desumano nas Comunidades ditas Terapêuticas.

Com a RPB, o cenário do cuidado em saúde mental produziu mudanças significativas, pois estimulou o fechamento de mais de 70 mil leitos manicomiais,

dos 100 mil existentes no início da década de 1980, restando apenas 30 mil (Amarante, Torre, 2018). Além disso, essas mudanças corroboram para o entendimento de que pessoas em sofrimento psíquico também tem direito ao acesso à cidade, ao trabalho, à família, etc. e que os movimentos sociais e a participação políticas são fundamentais para garantir a inclusão daqueles que foram segregados.

Entretanto, com o cenário de desmontes e retrocessos na PNSM, entre os anos de 2016 a 2022, onde o governo foi representado por setores conservadores neoliberais, os desafios se mostram constantes, e acendeu um alerta para a volta do modelo manicomial.

No entanto, com a ascensão de um gestor mais progressista na Presidência da República, que têm trazido algumas pequenas mudanças positivas na PNSM revogando o decreto 9.926/2019, é possível esperar que as mudanças positivas continuem sendo feitas, pois as inovações que foram trazidas pela RPB trouxeram grandes contribuições para garantir a participação da comunidade na construção e na consolidação do SUS.

3. O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E A RESPONSABILIZAÇÃO DAS FAMILIAS NO PROCESSO TERAPÊUTICO

Nesse capítulo pretende-se discutir a centralidade das famílias nas políticas públicas, especialmente no campo da saúde mental, bem como as consequências da desresponsabilização do Estado, o que se torna um reforço à desigualdade de gênero, atribuindo o papel do cuidado à dimensão feminina. Nesta seção, há uma pretensão de produzir uma problematização crítico a respeito do ***care*** (cuidado) exercido pelas mulheres no seio familiar fortalecendo interesses políticos e econômicos do Estado neoliberal, posto que o não investimento em dispositivos públicos, há uma convocação imposta às mulheres para assumirem o trabalho doméstico e o cuidado em suas residências. (Gouveia, 2018).

3.1 AS POLÍTICAS FAMILISTAS E SEUS REFLEXOS NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

A Constituição Federal de 1988 produziu novos rumos no que diz respeito ao cuidado no Brasil, considerando que antes da promulgação do referido texto, as políticas de proteção social não eram consideradas como um dever do Estado, e, portanto, ficavam ao encargo das famílias, da filantropia ou quando em casos específicos, o Estado então intervia.

Teixeira (2015), revela que de 1930 a 1980, a família ocupou um espaço secundário nas políticas sociais brasileiras, e que essas políticas eram voltadas para alguns indivíduos de alguns segmentos, onde se encontravam fragmentadas em problemáticas envolvendo “indivíduos-problemas” e situações específicas como o abandono, trabalho infantil, idosos, questões relacionadas a saúde mental, dentre outros, não envolvendo a família na sua totalidade. A ação envolvia apenas os sujeitos que eram considerados o “problema”, sem questionar, muitas vezes a origem e muito menos a estrutura social.

Todavia, por muito tempo se imperou a lógica da assistência social que estava na ideia de que as famílias eram constitutivas do problema social de seus membros, e seus responsáveis não tinham a capacidade de criar, educar e proteger seus membros. É lógico que essa concepção apenas se referia as

classes mais empobrecidas da sociedade, pois Fonte (2012), revela que no período da institucionalização da loucura no Brasil, para as famílias ricas não era obrigatória a internação do familiar dito como louco, pois esta poderia reproduzir um manicômio dentro das suas casas, entretanto para as famílias mais pobres, esse direito era vedado, pois existia a possibilidade desse indivíduo perambular pela rua, e portanto era necessário isolar o problema, afastando-o das famílias onde acreditavam que era a origem dos problemas.

Teixeira (2015) relembra que:

> Imperava, da emergência do sistema de proteção social até a década de 1980, o paradigma da incapacidade familiar e da institucionalização dos seus membros, como crianças, idosos, portadores de doenças mentais, dentre outros, considerados uma ameaça para a sociedade pelos problemas de que eram portadores (Teixeira, 2015, p. 228)

Os modelos de proteção social que são criados após a Carta Magna, trazem a família na sua centralidade. Pereira (2010) relembra que desde a crise econômica mundial no final dos anos 1970, a família vinha sendo redescoberta como um importante agente de proteção social na esfera privada. Com isso, a autora destaca que nesse período faziam parte das agendas governamentais o apoio familiar, especialmente no que diz respeito às crianças; políticas de valorização da vida doméstica, para que o trabalho remunerado pudesse ser conciliado com as atividades do lar, etc. Ela ainda reforça que a instituição familiar sempre fez parte dos arranjos de proteção social, sendo que “os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autonomizada e voluntarista da família na provisão de bem-estar de seus membros” (PEREIRA, 2010, p. 29).

No entanto, apesar de todas as tendências de incentivo às famílias no cuidado dos seus membros, Pereira (2010) evidencia que não existe uma política de família especificamente em muitos países de capitalismo central e muito menos nos periféricos, como o Brasil.

Segundo Teixeira (2015), a família tem “ressurgido” no contexto das políticas públicas como uma espécie de agente de proteção social de maneira informal para os seus membros. Ela reforça ainda essa se tornou uma tendência nas políticas sociais e econômicas, tanto nacionais quanto internacionais,

reforçando a centralidade da família como objeto, sujeito e instrumento das políticas públicas.

Nesse sentido, dando continuidade a centralização das famílias nas agendas públicas, a Constituição Federal 1988, no Art. 226, defende que: “a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”, e no parágrafo 4° do mesmo artigo, ainda conclui que: “entende-se, também, como entidade familiar a comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes” (BRASIL, 1988). Essa definição, indubitavelmente, acaba sendo permeada de controvérsias, uma vez em que esse conceito restringe a família ao tripé composto por pai-mãe-filhos, ou então pai e filhos ou mãe e filhos. O referido texto deixou de incluir famílias que fogem a esse padrão de família nuclear[7]. Kroth (2008, *apud* Gelinski e Moser, 2015), observa que os juristas questionam o que seja a família e propõem que esta compreensão necessitaria de um olhar multidisciplinar que incluísse os estudos da área do direito, da antropologia, da sociologia, da psicologia, além das pesquisas da PNAD[8] do IBGE[9], pois, segundo ela isso seria necessário para “afirmar a complexidade das relações familiares e para demonstrar a existência de componentes psicossociais e culturais na compreensão das famílias” (KROTH, 2008 apud GELINSKI e MOSER 2015, p. 131).

Segundo Gelinski e Moser (2015):

> Em termos das políticas públicas, há menções específicas à definição de família e à forma de proteção que é oferecida para as famílias. Aliás, é nessas políticas que se corporifica o claro chamado para que as famílias assumam parcela de responsabilidade na proteção social, conforme será visto na área da assistência social e da saúde” (GELINSKI e MOSER, 2015, p. 131).

Na política de saúde, se destaca a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que compõe a RAPS, e tem como objetivo substituir o modelo tradicional hospitalocêntrico que era centrado no indivíduo doente e o médico, e com o novo modelo, de atenção básica, a família se torna o centro, como objetivo de trabalho, com ações de promoção, proteção e prevenção. Dessa forma, a

[7] A família nuclear é entendida por uma família composta por pai, mãe e filhos convivendo no mesmo lar.
[8] Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios.
[9] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

atenção básica visa a resolução de vários problemas de saúde com base territorial, encaminhando o usuário para outros níveis de atenção caso seja necessário.

É importante ressaltar que ocorreram significativas mudanças nas famílias nas últimas décadas, e essas mudanças afetam diretamente no cuidado exercido por essas pessoas. Gelinski e Moser (2015), analisando os dados do IBGE, destacam que houve uma significativa queda no tamanho das famílias brasileiras, considerando que em 1960, a média era de 6,3 filhos por mulher, em 2010 esse número cai para 1,86, e que como essa alteração se torna uma coisa recorrente, por conta da queda da taxa de fecundidade, a estimativa do censo é de que até 2040, o país atinja o chamado “crescimento zero”, fazendo com que a partir daí apresente a queda do seu contingente populacional. As autoras ainda observam o aumento do número de famílias chefiadas por mulheres, com filhos e sem cônjuge.

Sunkel (2006 apud CASTILHO e CARLOTO, 2010), defende que na contemporaneidade, além desses arranjos familiares, se faz necessário considerar as novas demandas sociais como o envelhecimento da população que cada vez mais tem uma expectativa de vida maior, a gravidez precoce; a redução no número de filhos, dentre outras situações, que impactam diretamente nas estruturas familiares e que necessitam de novas estratégias para proteção dos seus membros.

Dessa maneira, considerando as mudanças das famílias nas últimas décadas, ao pensar nas políticas de saúde que centralizam a família, se faz necessário levar em consideração esses rearranjos familiares, bem como suas formas de vida e resistência, para que sejam avaliados os limites e as possibilidades dentro desses agrupamentos, para com isso, possibilitar a autonomia desses sujeitos.

Nessa perspectiva, Teixeira (2015) defende que o sistema de saúde atualmente não está preparado para receber e dar suporte à família e às equipes, por conta de carências de serviços institucionais efetivos; de más condições de trabalho dos profissionais; da falta de adesão (negam-se, por exemplo, a trabalhar a subjetividade e objetividade do cuidado de pessoas com diagnostico transtorno mental, exigindo-se que a família aceite e lide com a doença sem lhe oferecer suporte e orientação). Fica explicito que, se a família for capacitada,

orientada e conduzida, ela poderá cuidar do seu doente sem o auxílio dos serviços institucionais.

Dando continuidade a centralidade da família nas políticas de proteção social, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) defende a Matricialidade Sociofamiliar[10] como estratégia na atenção básica. Segundo o texto:

> Na proteção básica, o trabalho com famílias deve considerar novas referências para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear, e partindo do suposto de que são funções básicas das famílias: prover a proteção e a socialização dos seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado (BRASIL, 2004, p. 35).

Teixeira (2015), observa que a matricialidade sociofamiliar que está presente na proteção social básica, apresenta algumas contradições no momento em que coloca a família como central na concepção, implementação dos benefícios e serviços, programas e projetos, o lhes dá uma dimensão de sujeitos de direitos à proteção social, no entanto, por outro lado, reconhece e visa a potencialização dos papeis familiares na prevenção, pois seriam consideradas as suas funções básicas. Ou seja, a família da mesma maneira que se torna sujeitos direitos também lhe é incumbida a função de proteger e prevenir quaisquer tipos de problemas que venha a ocorrer com aquele familiar.

A PNAS ainda reconhece que os arranjos familiares que historicamente definiram a família mudaram ao longo dos anos e é preciso reconhecer a família como uma rede de cuidados.

> As reconfigurações dos espaços públicos, em termos dos direitos sociais assegurados pelo Estado Democrático de um lado e, por outro, dos constrangimentos provenientes da crise econômica e do mundo do trabalho, determinaram transformações fundamentais na esfera privada, ressignificando as formas de composição e o papel das famílias. Por reconhecer as fortes pressões que os processos de exclusão sociocultural geram sobre as famílias brasileiras, acentuando suas fragilidades e contradições, faz-se primordial sua centralidade no âmbito das ações da política de assistência social, como

[10] Segundo a PNAS o termo matricialidade sociofamiliar se refere à centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da política de assistência social.

> espaço privilegiado e insubstituível de proteção e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida (BRASIL, 2004, p. 40-41).

Nesse sentido, para que as famílias consigam assumir as responsabilidades que lhe são reservadas, se faz necessário que ela seja redefinida, ou seja, entendida como um conjunto de pessoas que se acham unidas não só por vínculos consanguíneos, mas também por laços consanguíneos e de cooperação, rompendo com a lógica que considera o núcleo familiar como uma unidade econômica ou de cálculo de rendimento *per capita* para concessão de benefícios sociais (PEREIRA, 2007).

Se levarmos em conta o campo da saúde mental que é o foco desse trabalho, podemos perceber o quanto a família tem um papel fundamental no tratamento dos usuários dos serviços substitutivos ao modelo manicomial. Considerando que após a RP, os usuários deveriam ser atendidos numa lógica territorial, é extremamente necessário que esse acompanhamento psicossocial se estenda aos familiares. Todavia, para que esse tratamento seja feito de uma maneira respeitosa não só com os usuários, mas também com os familiares, se faz necessário que esses familiares não sejam responsabilizados de maneira exclusiva com o tratamento desses indivíduos, e que o Estado exerça a sua função na oferta de serviços extra hospitalares que consiga suprir as necessidades desses usuários.

Nesse sentido, Teixeira (2015), sustenta que:

> É necessário um trabalho educativo que reforce o protagonismo das famílias na luta por serviços de inclusão social dos portadores de transtornos mentais na vida social, como serviços alternativos diurnos, parcial ou integral, com retorno ao fim do dia para a convivência com a família e a comunidade, serviços de ocupação do tempo livre, de inclusão no mundo do trabalho, de serviços contínuos para atender às situações de crise, além de espaços para ouvir e trabalhar com a família (TEIXEIRA, 2015, p.231).

Pereira (2010) enfatiza que existe de maneira hegemônica, um desejo espontâneo de cuidar e uma predisposição para proteger, educar e até fazer sacrifícios. Ela ainda ressalta que: “isso não poderia ser mais favorável para um esquema de bem-estar que, como o pluralismo, valoriza e explora a flexibilidade

provedora, as relações de boa vontade e o engajamento altruísta" (p. 36). Ela ainda salienta que dessa forma, o Estado não reivindica mais esse posto de condutor das políticas sociais, que pelo contrário, cada vez mais ele se afasta, abrindo caminho assim para o mercado e para as famílias.

A autora ainda sustenta que:

> "[...] ao mesmo tempo em que incentiva a desinstitucionalização e a desprofissionalização no campo das políticas sociais, está se legitimando a diminuição da participação governamental no enfrentamento dos problemas sociais. Daí a atual valorização do papel voluntarista da família como fonte privada de proteção social" (PEREIRA, 2010, p. 35-36).

É importante destacar que a permanência do familismo[11] nas políticas sociais muitas vezes não leva em conta as transformações que as famílias vem passando nas últimas décadas. Dentre as transformações Castilho e Carloto (2010), evidenciam as modificações no modelo "tradicional" do homem provedor e a mulher dona-de-casa, bem como uma tendência crescente das famílias que são chefiadas somente por mulheres, sem a presença de um homem nem com o auxílio de recursos financeiros e nem com o apoio moral. As autoras recorrem a Sunkel (2006) e enfatizam que este modelo de proteção "familista" sobrecarrega a mulher, pois insiste no modelo tradicional de família do homem provedor e da mulher cuidadora.

Indubitavelmente, é importante a centralidade da família nas políticas sociais, entretanto, isso deve ser feito visando a inclusão social, e não ao reforço de papeis clássicos, histórica e culturalmente divididos por gêneros, contribuindo ainda mais para essa desigualdade. Teixeira (2015) reforça ainda que é necessário a oferta de uma rede intersetorial de serviços para atender suas necessidades e demandas que de fato possa garantir a vida familiar e evitar rupturas e violações de direitos.

[11] Teixeira (2015) relata que o termo foi utilizado por Saraceno (1992) e Esping-Andersen (1999) para tratarem da orientação das politicas sociais que responsabilizam as famílias por grande parte da proteção social, considerando o principio de que o Estado só deve intervir quando elas não conseguem resolver os problemas. A consequência é um subdesenvolvido sistema de serviços para as famílias.

3.2 QUANDO O ESTADO É O CUMPLICE? RESPONSABILIZAÇÃO EXCLUSIVA DAS FAMÍLIAS PELO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

O Estado neoliberal, implica, necessariamente, na redução e no corte de gastos sociais, na privatização e na mercantilização das políticas de proteção social (Estado mínimo), e como consequência, podemos ver verdadeiros desmontes nas políticas de proteção social, o que pode dificultar o acesso da população a serviços que pelo artigo 196 da Constituição Federal, a saúde se torna um direito de todos e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, podemos identificar que os retrocessos apresentados na PNSM são resultados desse Estado mínimo, e que as consequências dessa "desproteção" estatal nos últimos anos contribuíram de maneira significativa para o processo de responsabilização exclusiva das famílias no cuidado em saúde mental.

Considerando o contexto de emergência sanitária global, a Organização Mundial da Saúde (OMS), destacou em 2020 que a pandemia de COVID-19 já produziu um impacto significativo na saúde mental da população. A organização ainda informa que no primeiro ano de pandemia, houve um aumento de 25% nos casos de depressão e ansiedade no mundo inteiro. Essa chamada, faz um alerta para que todos os países invistam nos serviços de apoio a saúde mental das pessoas. No entanto, mesmo no período anterior a pandemia, já era possível observar um desmonte na RAPS do Brasil, como foi destacado no primeiro capitulo deste trabalho.

Em seguida, ainda podemos destacar que em 2018, o Ministério da Saúde suspendeu quase 78 milhões em repasses para a saúde mental (PINHEIRO, 2018). Essa suspensão nos recursos destinados aos CAPS, contribui para que o tratamento destinado as pessoas com transtornos mentais muitas vezes seja interrompido, ou até mesmo negado, ficando o tratamento ao encargo das famílias. Esse cuidado atribuído às famílias brasileiras já era esperado, pois, Steffenon (2011, apud TEIXEIRA, 2015) destaca que nas entrelinhas das legislações, há uma tendência de apontar a família como a responsável por seus dependentes, independente de laços afetivos ou de condições de cumpri-los.

Teixeira (2015) observa que há um descompasso entre a importância atribuída ao papel da família e a falta de condições mínimas de vida digna e de suporte e serviços familiares ofertados pelo poder público, o que mostra que na prática ocorre mesmo é a responsabilização da família pela proteção social de seus membros.

A autora ainda observa que:

> O que se percebe, entretanto, em relação ao sistema de proteção social, é a visível adoção do princípio da subsidiariedade da intervenção do Estado que, nunca exclusivamente estatal, e só aparece quando a família falha na proteção e cuidados. Sua intervenção em nível de proteção social básica, preventiva e promocional é sempre para potencializar e valorizar as funções protetivas e de cuidado na família, para que a assistência seja realizada na e pela própria. Trata-se de condicionalidades, explicitas ou implícitas, para a família se constituir em sujeitos de direitos, não sendo um direito incondicional advindo apenas da condição de cidadania e do direito das pessoas serem criadas, desenvolver-se e permanecerem no grupo familiar (Teixeira, 215, p. 217).

Teixeira (2015) ainda sustenta que existem muitos problemas nas políticas familistas, e dentre eles, está a falta de cuidadores em tempo integral, a redução do tamanho das famílias na atualidade e das redes de apoio informais, o que segundo ela, seria um empecilho para a revolução feminina e a inserção plena das mulheres no mercado de trabalho em condições de igualdade com os homens, uma vez em que parte significativa das mulheres atualmente ocupam cargos de trabalho remunerados fora do domicilio e ainda chefiam as famílias o que se tornou uma tendência crescente nas últimas décadas.

Marcondes (2020) ainda complementa ao relatar que com as políticas familistas, a instituição familiar é estabelecida como a principal instituição para o atendimento das necessidades básicas, porque parte da provisão é realizada no âmbito doméstico ou porque esse vínculo é essencial para acessar tais provisões ofertadas pelo Estado ou mercado.

Portanto, é notório, como as políticas acabam seguindo um caráter “familista” de integração das famílias no cuidado e consequentemente na desresponsabilização por parte do Estado, sendo assim, caindo para o campo da moral. O estado “falha” na provisão de bem-estar aos indivíduos e para suprir essa falta, as famílias necessitam criar uma rede de apoio para conseguir lidar com as consequências dessa omissão por parte do Estado. Marcondes (2020)

ainda informa que há uma naturalização da responsabilização das mulheres pela promoção de bem-estar cotidiano, e que esse é o ponto de partida para explicar a ausência do tema na agenda de políticas públicas.

É importante destacar que o processo de reinserção do usuário na família é essencial para o seu tratamento, bem como reafirmar os princípios defendidos na Reforma Psiquiátrica, que seria de um tratamento mais humanizado, com a defesa da liberdade e autonomia desses indivíduos e com uma base territorial. No entanto, essa "responsabilização" no cuidado acaba deixando antever uma perspectiva de gênero, considerando que as mulheres historicamente ocupam a maior parcela nos espaços de cuidado, como destacam Caldana e Pegoraro (2008):

> Enquanto fonte de apoio ao usuário, a família aparece como prestadora de cuidados informais em saúde. A literatura aponta algumas características desses cuidadores informais: no geral são os familiares que exercem, junto ao usuário, cuidados classificados como não-técnicos e de forma não remunerada. Normalmente, são as mulheres do núcleo familiar, mães, irmãs e avós, que cuidam ou se responsabilizam por usuários de serviços psiquiátricos extra hospitalares (CALDANA; PEGORARO, 2008, p. 83).

Marcondes (2020) afirma que a política social é a política pública que responde a demanda por satisfação de necessidades sociais básicas, materializando-as em direitos, serviços ou prestações sociais. Ainda enfatiza que: "por meio delas, o Estado assume algum nível de responsabilidade pela provisão de bem-estar social, em uma lógica de direitos". No entanto, quando o Estado não assume a sua parcela de responsabilidade, caberá as famílias assumir esse vazio que o Estado deixou, o que alguns consideram como sua função natural, o que acarreta em jornadas extensivas de trabalho, além da sobrecarga gerada nesse processo.

Devido a todo esse processo de desresponsabilização por parte do Estado, Mioto et al (2015), sustenta que:

> Particularmente, as famílias vêm sendo cada vez mais chamadas a responder pela provisão de bem-estar. Neste contexto é que se inaugura o debate sobre os processos de responsabilização da família no campo da política social. Processos que vem sendo analisados a partir das formas como

> a família é incorporada pela política social, bem como pelo caráter instrumental que assume no seu interior (MIOTO *et al*, 2015, p. 148).

Pegoraro e Caldana (2008), relembram que as políticas de desinstitucionalização que foram adotadas por vários países após a segunda guerra mundial, e no Brasil, a partir do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, permitiram com que os profissionais de saúde observassem a importância da relação dos pacientes com as famílias, tanto para a compreensão do quadro apresentado por eles, como para que fosse possível prestar cuidados à própria família.

Marcondes (2020) ainda tece uma crítica apontando que as práticas hoje mantidas precisam ser revistas, para medidas que democratizem as práticas sociais de cuidado, e corresponsabilizem o Estado e os homens também pela sua provisão, uma vez em que esse cuidado, é majoritariamente executado pelas mulheres, conferindo-lhes o cuidado aos seus familiares, o que poderia dificultar e/ou comprometer a sua inserção no mercado de trabalho, comprometendo a sua autonomia e liberdade.

3.3 CUIDADORAS E SUAS VOZES SILENCIADAS: CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO DE GENERO, FAMILIA E CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Como já foi dito, o conceito de família se alterou através do tempo e da história da humanidade. O modelo de família composta por pai-mãe-filhos, deve ser revisto por formuladores de políticas públicas que pretendem trazer a família para o centro da formulação e implementação de tais políticas que são pautadas pelo direito. Entretanto, o que se observa, segundo Pegoraro e Caldana (2008), é que existe uma prática comum entre as equipes de saúde no momento de prestar atendimento aos familiares dos usuários do campo da saúde mental, que se resume a listar informações tidas como relevantes sobre o tratamento e prognostico, sem que existisse um espaço para ouvir as experiências vividas pela família nas atividades de cuidado, além de suas dúvidas. Elas ainda relatam

que há uma necessidade para a atuação da equipe é prover cuidado aos familiares que prestam cuidado. É lógico que, todas essas questões levantadas pelas autoras precisam ser discutidas tendo em vista a precarização do trabalho, bem como o desmontes nas RAPS que faz com que inclusive o número de profissionais para prestar atendimento seja reduzido, porém a quantidade de trabalho a ser realizado continua aumentando cada vez mais.

Como já foi destacado, há muitas controvérsias sobre o conceito de família, no entanto, o seu surgimento possui um grande significado. Federici (2017), expõe que a família surge no período de acumulação primitiva como a instituição mais importante para a apropriação e para ocultamento do trabalho das mulheres. Ela ainda discorre que ocorreram significativas mudanças dentro da esfera da família, separando-as da esfera pública e com isso, se tornando o principal centro para a reprodução da força de trabalho.

Sobre esta base, se impõe nas relações sociais de uma nova divisão sexual do trabalho, onde se diferencia as tarefas que deveriam ser realizadas por homens, bem como as tarefas que deveriam ser realizadas pelas mulheres na sociedade. Federici (2017), relata que esta divisão sexual foi, sobretudo, uma relação de poder, uma divisão dentro da força de trabalho, ao mesmo tempo em que foi um imenso estimulo à acumulação capitalista, uma vez em que as atividades de produção social estavam destinadas aos homens enquanto a reprodução social - que inclui o cuidado-, eram e ainda são destinadas às mulheres.

Federici (2017) ainda sustenta que:

> A diferença de poder entre mulheres e homens e o ocultamento do trabalho não remunerado das mulheres por trás do disfarce de inferioridade natural permitiram ao capitalismo ampliar imensamente “a parte não remunerada do dia de trabalho” e usar o salário (masculino) para acumular trabalho feminino. Em muitos casos, serviram também para desviar o antagonismo de classe para um antagonismo entre homens e mulheres. Dessa forma, a acumulação primitiva foi, sobretudo, uma acumulação de diferenças, desigualdades, hierarquias e divisões que separam os trabalhadores entre si e inclusive, alienaram eles mesmos (FEDERICI, 2017, p. 232-234).

Evidentemente, com o crescimento da crítica social feminista, a crença de que as mulheres deveriam apenas se voltar para a esfera domestica no cuidado

de suas famílias enfraqueceu, e a partir daí as mulheres começam a reivindicar também os espaços nos mercados de trabalho. No entanto, essa inserção no mercado de trabalho, como podemos perceber, não eximiu as mulheres das atividades domesticas, principalmente as mulheres negras e aquelas pertencentes as classes sociais mais empobrecidas, fazendo com que elas acumulassem dupla ou até mesmo tripla jornada de trabalho, se contarmos o trabalho realizado dentro do ambiente doméstico e com os filhos. Sorj (2013), observa que os estudos feministas foram cruciais para ampliar um novo vocabulário para as atividades que eram exercidas dentro das residências, como “trabalho não pago”, “trabalho não mercantil” e “trabalho reprodutivo”, uma vez em que o sistema capitalista se beneficia desse tipo de trabalho.

Sorj (2013) ainda evidencia que:

> O modelo de família constituído por “um homem provedor e uma mulher cuidadora” enfraqueceu, provocando rupturas com as referências culturais tradicionais de feminilidade e maternidade e desafiando as convenções sobre a posição das mulheres na sociedade. A ordem anterior foi substituída por um novo padrão desigual de divisão do trabalho, no qual as mulheres combinam trabalho remunerado e trabalho doméstico, enquanto os homens investem seu tempo prioritariamente no trabalho pago. (SORJ, 2013 p. 481).

Marcondes (2020), evidencia que as relações de gênero são estruturantes da forma de cuidar, mas que também existem outras formas imbricadas nessa relação, como aqueles referentes a classe, raça e etnia.

Naturalmente, aqui se vale uma breve consideração sobre a prestação de cuidados. Para tanto, recorremos a Hirata *apud* Marcondes (2020), que define o cuidado como:

> Entendemos por cuidado as práticas sociais que articulam trabalho, emoções e padrões éticos, e que se materializam na interação face a face entre quem cuida e quem é cuidado. Seu objetivo é atender necessidades humanas (objetivas e subjetivas), contribuindo para garantir a sustentabilidade da vida humana (HIRATA *apud* MARCONDES, 2020, p. 180-181).

Essas questões levantadas, tendem a reforçar a divisão sexual do trabalho e, portanto, a desigualdade de gênero (FEDERICI, 2017), visto que essas tarefas do cuidado estariam mais voltadas para o feminino- da reprodução, enquanto os homens estariam voltados para a produção, fora do ambiente

familiar. É importante ressaltar, que todo esse cuidado tem também um impacto na vida e saúde dessas mulheres, pois, a tarefa de cuidar, requer tempo e dedicação, visto que alguns usuários do campo da saúde mental necessitam de cuidados diários e não poderiam ficar sem supervisão, sendo assim, seria preciso se dedicar “apenas” ao trabalho na esfera doméstica que é invisibilizado e não remunerado, comprometendo, inclusive, o rendimento e a autonomia dessas mulheres.

A Organização das Nações Unidas (ONU), identifica as mulheres como um grupo bastante vulnerável ao adoecimento mental. Segundo relatório da ONU 2002, mas que continua atual devido as transformações da sociedade e a continuidade das mulheres nos espaços de cuidados como se fosse algo natural de gênero, a Organização defende que:

> A todos os níveis socioeconômicos, a mulher, pelos múltiplos papeis que desempenha na sociedade, corre maior risco de perturbações mentais e comportamentais do que outras pessoas na comunidade. As mulheres continuam a arcar com o fardo das responsabilidades de serem simultaneamente esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem uma participação cada vez mais essencial no trabalho, sendo a principal fonte de rendimento em cerca de um quarto das famílias (ONU, 2002, p.45-46).

Nessa esteira, uma pesquisa realizada por Kantorski et al (2019), destacou que há uma maior incidência de cuidado por parte das mulheres, o que corrobora os elementos aqui apresentados, e por acumular jornadas de trabalho dupla, ou até mesmo tripla, o resultado desses múltiplos papeis pode ser inclusive o adoecimento. Kantorski et al (2019) sustentam que:

> [...] os múltiplos papeis desempenhados pela mulher na sociedade contribuem para um aumento significativo da incidência de transtornos mentais e comportamentais, uma vez que elas continuam com o fardo da responsabilidade que vem associado com os papeis de esposas, mães, educadoras e, por fim, cuidadoras (KANTORSKI et al 2019, p. 65).

Pegoraro e Caldana (2008), explicam que é extremamente necessária uma abertura para escutar as famílias dos indivíduos em sofrimento psíquico, para descobrir qual é a real necessidade de cuidado daquela família. Além disso, elas ainda afirmam que é urgente a compreensão por parte das equipes de que

o sofrimento não se localiza apenas nos usuários, ele pode se estender para as famílias. Essa aproximação do ambiente familiar, segundo as autoras, possibilita intervenções dentro desse contexto e possibilita também compreender o papel que esse usuário desempenha dentro desse grupo.

Essas intervenções no ambiente familiar, contribuiriam para diminuir o peso, bem como a responsabilidade nesse cuidado, por isso, é tão necessário um atendimento que extrapole o serviço e inclua também aqueles em que o usuário considera como referência de família, podendo ter vinculo sanguíneo ou não. A escuta e a informação prestada aos familiares dos usuários é de fundamental importância também, na medida em que eles também fazem parte desse processo, sendo assim seria indispensável o conhecimento sobre os sintomas, e as particularidades que envolvem o transtorno. Pegoraro e Caldana (2008) revelam que muitas vezes a família é colocada em um local de passividade ou visita nos serviços de saúde após a primeira internação psiquiátrica, sem ser instruída quando os usuários recebem alta.

Kantorski et al (2019) defende que é de fundamental importância que as práticas de cuidados que são executadas pelos familiares em parcerias com os serviços de saúde mental levem em consideração a questão de gênero, como um marcador de estrema importância, pois como foi apresentado, esse marcador pode interferir de maneira significativa nos cuidados desempenhados pela família a seus familiares adoecidos. Além disso, como também já foi destacado, considerar esse marcador é essencial por conta da dupla jornada dessas mulheres, o que pode gerar uma sobrecarga e até mesmo o adoecimento dessas cuidadoras. E mais do que isso, é imprescindível parar de naturalizar o cuidado como algo inerente as mulheres, pois isso só reflete os valores morais e sobrecarrega essas mulheres.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos o percurso em que se deu a institucionalização da loucura no Brasil até a Reforma Psiquiátrica, podemos notar avanços significativos referentes ao cuidado, que passou a ser ofertado de uma maneira mais digna, humanizada e com um caráter territorial, contribuindo assim para que os usuários do campo da saúde mental que em outrora eram tidos como indivíduos sem direitos, vivenciando situações que incluíam torturas como parte de seu "tratamento", passaram a ser vistos como sujeitos de direitos. Portanto, as usuárias/os em saúde mental devem ser respeitadas/os na sua integralidade e podendo fazer parte das escolhas que possuem relação ao seu tratamento, na medida do possível.

É inegável que as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica, tendo esse cuidado do usuário dos serviços de saúde mental dentro do seu próprio território é de fundamental importância para o seu tratamento, uma vez em que são nesses espaços que ocorre a resistência desses indivíduos. Portanto, a centralização das famílias se faz necessária, à medida que suas necessidades também são escutadas e atendidas, para que dessa maneira, não haja uma responsabilização exclusiva por parte desses grupos.

A construção desse trabalho permitiu compreender que a inserção das famílias na formulação e implementação dessas políticas de saúde mental como uma condição importante e crucial, mas ao mesmo tempo acende um alerta para a responsabilização exclusiva das famílias no processo terapêutico de reabilitação psicossocial, tendo em vista os desmontes nas RAPS, fazendo com que esse tratamento destinado aos usuários seja comprometido e que tenha uma dependência da sua rede comunitária, gerando uma sobrecarga desses indivíduos. Além disso, o financiamento das Comunidades (ditas) Terapêuticas, que recebem recursos por parte do Estado, permitem que voltemos ao período anterior à Reforma Psiquiátrica, uma vez em que essas instituições não seguem a lógica do território e afasta esses indivíduos das suas famílias, promovendo um "tratamento" com base na abstinência e na tortura.

No processo de formulação das políticas de saúde mental que visam a reconstituição e/ou manutenção de laços familiares, é preciso levar em conta as transformações na forma de vida e reprodução dessas famílias, bem como as

representações do que é família para esses sujeitos, considerando os arranjos e os impactos imbricados na forma de cuidar.

Nesse sentido, recomenda-se que os serviços substitutivos do modelo manicomial passem a adotar práticas que favoreçam o processo de desconstrução da naturalização das mulheres como cuidadoras naturais, com um incentivo da participação de outros membros da família durante o processo terapêutico.

Sem dúvidas, um cuidado em saúde mental em que apenas o indivíduo seja o alvo das intervenções, faz com que esse atendimento seja focalizado e retorne ao período anterior a reforma psiquiátrica, se assemelhando ao modelo manicomial, onde se isolava o problema, buscando a "cura[12]". Nesse sentido, para que a reabilitação psicossocial seja alcançada, é preciso levar em conta o território desses indivíduos, analisando o contexto em que ele está inserido, para que dessa maneira seja possível garantir a autonomia desses sujeitos.

Em suma, um Estado que se isenta na proteção social e deixa o bem-estar social ao encargo das famílias de maneira exclusiva, contribui de forma significativa para a desigualdade de gênero, uma vez em que como já foi supracitado, as mulheres ocupam a maior parcela nos cuidados de seus membros. Dessa maneira, se colabora para a exploração do trabalho não pago das mulheres, o que impossibilita, por vezes, a sua liberdade, autonomia e que auxilia de maneira direta no seu processo de adoecimento, cooperando para que esta também se torne uma futura usuária dos serviços de saúde mental, se conseguir acesso ao serviço, considerando os desmontes que já foram explorados nesse trabalho.

Importante nos atentarmos para uma tendência mundial do *care (cuidado)* sendo atribuído a uma condição feminina, incorporando as desigualdades de gênero, raciais e de classe nesse processo. Para pesquisas futuras, a profissão de Serviço Social deverá considerar essa realidade, indagando quais mulheres assumem o cuidado?

[12] Aqui, utilizamos o termo cura entre aspas, pois, acreditamos que muitos transtornos são provenientes da ordem societária (capitalismo) em que é pautada na acumulação de capital por parte dos burgueses, consequentemente gerando uma desigualdade social. Além disso, a desigualdade de gênero e raça, também podem contribuir para o adoecimento da população, através de desemprego, racismo, misoginia, etc. portanto, essa "cura" de alguns transtornos só seria possível com a superação desse sistema. Nesse sentido, preferimos usar o termo reabilitação psicossocial.

Nesse contexto, socialmente a mulher fica responsável direta, se não exclusiva, pelo cuidado ao outro. Historicamente, a divisão de tarefas entre os gêneros colocou a mulher na posição de dedicar-se a casa, à família, e suas tarefas se voltam para o cuidado de crianças, enfermos e idosos. Esse acúmulo de função reflete-se negativamente na saúde da mulher quando comparada ao homem que exerce o mesmo papel.

Esse estudo pretendeu levantar as questões relacionadas à relação entre saúde mental, família e cuidado, buscando considerar as transversalidades e atravessamentos presentes nessa dinâmica. Considerando como algo fundamental no âmbito da nossa profissão, pensarmos que é preciso dar visibilidade e vozes à essas mulheres silenciadas no ato de cuidar. Quais são suas demandas, que questões trazem, que direitos e políticas acessam. Deixo como desafio continuar trilhando essa construção, pois o conhecimento é sempre inacabado.

REFERÊNCIAS

ALVES, Francielle Lopes; MIOTO, Regina Célia Tamaso. O Familismo nos Serviços de Saúde: expressões em trajetórias assistenciais. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 208-220, 2015.

ALVES, Lourence Cristine. O Hospício Nacional de Alienados: Terapêutica ou higiene social?. 2010. 131 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. “De volta à cidade, sr. cidadão!”-reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, p. 1090-1107, 2018.

BISNETO, José Augusto; NICACIO, Erimaldo Matias, org. **A prática do assistente social na saúde mental.** Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013;

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 14 de abril de 2023.

BRASIL. **Decreto n. 11.480 de 6 de abril de 2023**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11480.htm#art13

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **De Volta para Casa:** manual do programa. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 11/2019**-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Assunto: Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 4 fev. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social** (PNAS/SUAS). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, novembro de 2005.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (CCMS). **Hospício de Pedro II: da construção a desconstrução,** 2014. Disponível em:<http://www.ccms.saude.gov.br/hospicio/cotidiano.php>. Acesso em: 18 de maio de 2022.

CARDOSO & GALERA. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. esc. enferm. USP** 45 (3) • Jun 2011 • https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000300020 .

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONÇALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, educação e saúde**, v. 18, 2020.

DA SILVA, Berenice Lira; DA SILVA, Alessandra Ximenes. A Política Nacional de Saúde Mental: uma reflexão acerca dos retrocessos nos governos Temer e Bolsonaro. **Serviço Social em Revista**, v. 23, n. 1, p. 99-119, 2020.

DE GODOY, Ana Boff. Arquivos de Barbacena, a Cidade dos Loucos: o manicômio como lugar de aprisionamento e apagamento de sujeitos e suas memórias. **Revista Investigações**, v. 27, n. 2, 2015.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva.** São Paulo: Elefante, 2017.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no brasil. **Estudos de Sociologia**, [S.l.], v. 1, n. 18, mar. 2013. ISSN 2317-5427. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>. Acesso em: 22 abr. 2022.

GALVÃO, MENDES & SILVEIRA. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

GELINSKI, C. R. O. G.; MOSER, Liliane. Mudanças nas famílias brasileiras e a proteção desenhada nas políticas sociais. **Mioto RCT, Campos MS, Carloto CM, organizadoras. Familismo, direito e cidadania: contradições da política social. São Paulo: Cortez**, p. 125-46, 2015.

GOFFMAN, E. **Estigma - Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada** - capítulo 1: Estigma e Identidade Social 4ª Ed. Rio de Janeiro. LTC, 2008.

KANTORSKI, Luciane Prado et al. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, p. 60-66, 2019.

LIMA & YASUI. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **ENSAIO** • Saúde debate 38 (102) Set 2014 • https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos da Metodologia Científica.** São Paulo: Editora Atlas, 2003.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. 21o ed. Editora Vozes, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; CAMPOS, Marta Silva; CARLOTO, Cássia Maria, (Orgs.). **Familismo, direito e cidadania:** contradições da política social. São Paulo: Cortez, 2015.

MORAES, Patrícia Maccarini et al. Familismo e política social: aproximações com as bases da formação sócio-histórica brasileira. **Revista de Políticas Públicas**, v. 24, n. 2, p. 802-818, 2020.

O GLOBO- G1. **Comunidades Terapêuticas recebem milhões do Poder Público para acolher dependentes, mas submetem internos a castigos.** 19 de junho de 2022. Disponível em: < https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/06/19/comunidades-terapeuticas-recebem-milhoes-do-poder-publico-para-acolher-dependentes-mas-submetem-internos-a-castigos.ghtml>. Acesso em: 22 de março de 2023.

_____.**Comunidades Terapêuticas têm recebido cada vez mais dinheiro público, repassado por municípios**, estados e pela União. 20 de junho de 2022. Disponível em: < https://g1.globo.com/fantastico/noticia/2022/06/20/comunidades-terapeuticas-tem-recebido-cada-vez-mais-dinheiro-publico-repassado-por-municipios-estados-e-pela-uniao.ghtml>. Acesso em: 22 de março de 2023.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pandemia de COVID-19 desencadeia aumento de 25% na prevalência de ansiedade e depressão em todo mundo.** 2 de março de 2022. Disponível em: < https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide> Acesso em: 20 de maio de 2023.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, Gênero e Saúde mental: Contribuições para a profissionalização do cuidado feminino.** SP, Cortez, 2018.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 82-94, 2008.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; BISNETO, José Augusto; VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.) **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. –** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SAMPAIO, Mariá Lanzotti; BISPO JÚNIOR, José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2020.

SEIXAS, André Augusto Anderson; MOTA, André; ZILBREMAN, Monica L. A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 1, p. 82-82, 2009.

TEIXEIRA, Solange Maria et al. Política social contemporânea: a família como referência para as políticas sociais e para o trabalho social. **Familismo, direito e cidadania: contradições da política social.** São Paulo: Cortez, p. 211-239, 2015.