

## **A Saúde Mental e o Cuidado à Pessoa em Sofrimento Psíquico na História da Loucura**

Eraldo Carlos Batista

*Universidade Estadual de Mato Grosso - UNEMAT*

---

**Resumo:** O cuidado em saúde mental, tanto no âmbito profissional quanto no contexto familiar, é fundamental no processo de reabilitação psicossocial da pessoa em tratamento psiquiátrico. No entanto, nem sempre foi assim. Ao longo do tempo a pessoa em sofrimento mental viveu em plena condição de exclusão na sociedade, sendo rejeitada e sob o estigma de louca. O objetivo deste ensaio foi analisar a atual política nacional de saúde mental, sobretudo a relativa aos programas de inserção social da pessoa com transtorno mental e compreender como a saúde mental foi concebida em toda a sua trajetória histórica, para se entender os avanços nas estratégias de cuidado a essa população. Conhecer o contexto histórico da saúde mental percorrido ao longo do tempo é fundamental para manter viva a luta pelos direitos e cidadania e pela superação de paradigmas preconceituosos e excludentes produzidos pela sociedade em relação à pessoa em sofrimento mental.

**Palavras-Chave:** Saúde mental. Cuidado. História da loucura.

## **Mental Health and Care for the Person in Psychic Suffering in the History of Madness**

**Abstract:** Mental health care, both professionally and in the family context, is fundamental in the process of psychosocial rehabilitation of the person undergoing psychiatric treatment. However, it was not always like this. Over time, the person in mental distress lived in a condition of exclusion in society, being rejected and under the stigma of mad. The objective of this essay was to analyze the current national mental health policy, especially that related to social inclusion programs for people with mental disorders and to understand how mental health was conceived throughout its historical trajectory, in order to understand the advances in health strategies. care for this population. Knowing the historical context of mental health covered over time is essential to keep the struggle for rights and citizenship alive and to overcome prejudiced and exclusive paradigms produced by society in relation to the person in mental suffering.

**Keywords:** Mental health. Watch out. History of madness.

## Introdução

Em cada época e em cada sociedade são instituídas novas formas de mentalidade, de conduta e de comportamento que exigem de cada segmento, grupos e indivíduos a adaptação às mudanças sociais de cada período histórico. Assim, o conjunto de acontecimentos, situações e fatos que formam o pensamento de uma sociedade em um determinado momento histórico passa a ser questionado posteriormente e sofre uma ruptura, cedendo lugar a outras maneiras de pensar e compreender determinados fenômenos.

No que se refere à saúde mental, testemunhou-se uma variação da concepção da loucura ao longo dos tempos, e suas representações foram elaboradas em torno da sua natureza histórica e transitória. Ao se remeter à história da loucura, vê-se que na Antiguidade os insanos eram pessoas valorizadas pela sociedade. Os seus comportamentos diferentes eram considerados um grande atributo para se comunicarem com as divindades, o que lhes conferia grande valor social e ao mesmo tempo lhes dispensava algum tipo de cuidado. Já na baixa Idade Média, em razão do domínio da Igreja, a doença mental estava associada aos dogmas religiosos. A família compreendia a loucura como uma doença mandada por Deus, e o louco vivia normalmente com os demais membros. Porém, já no declínio da soberania religiosa as coisas mudaram, e as pessoas com transtornos mentais passaram a ser indesejáveis e segregadas.

Mas é no período entre os séculos XVII e XVIII que a história da loucura e do cuidado em saúde mental ganha um capítulo importante. Esse período é marcado pela busca da cura definitiva da insanidade e pela atribuição ao louco como agente causador da desordem social pela sociedade, fatos estes que contribuíram para a evolução do sistema manicomial nos séculos seguintes. Assim, a internação passa a ser adotada como medida principal em relação ao tratamento da loucura, não somente com finalidades médicas, mas principalmente corretivas. A partir da metade do século XX, especificamente com o

movimento pós-guerra, surgiram grandes avanços na área do tratamento dos transtornos mentais, e várias experiências terapêuticas se consolidaram, iniciando-se um movimento maior que se consolidou na Reforma Psiquiátrica.

Diante do exposto, o texto que se segue é uma tentativa de apresentar, de forma resumida e não concluinte, a trajetória histórica da saúde mental a partir dos marcos políticos e sociais que contribuíram para o avanço do atendimento e do cuidado à pessoa com transtorno mental.

## A Trajetória da Saúde Mental: da Idade Clássica ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

No modelo atual de atenção e reabilitação psicossocial<sup>1</sup> na saúde mental, o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico ocupa um lugar primordial nas práticas de saúde da Reforma Psiquiátrica, a qual surgiu no sentido de questionar a instituição asilar e o modelo hospitalocêntrico. Assim, o cuidado tem denotação de humanização, reabilitação ativa e inclusão social na psiquiatria contemporânea. Entretanto, os antecedentes teóricos da Reforma Psiquiátrica têm mostrado que o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico era quase inexistente.

Até a primeira metade do século XX, a assistência ao doente mental apresentava-se de forma centrada nos hospitais psiquiátricos, cujo modelo de atenção restringia-se à internação e medicalização dos sintomas demonstrados pelo doente mental, excluindo-o dos vínculos, das interações, de tudo o que se configurava como elemento e produto de seu conhecimento (Colvero, Ide & Rolim, 2004).

Em face dessas evidências, considera-se necessário compreender como a saúde mental foi concebida para entender suas influências nas mudanças ocorridas na trajetória da psiquiatria que convergiram em novos modelos, enquanto saberes e práticas até a atualidade. Sendo assim, é preciso um retorno à Idade Clássica<sup>2</sup> como ponto de partida. Para tanto, tomar-se-á como fio condutor a obra “História da Loucura na Idade Clássica”, de Michel Foucault, que representa um marco para o estudo do nascimento

<sup>1</sup> No Brasil, a Reabilitação Psicossocial foi regulamentada com a publicação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, definindo, em seu Artigo 5º, que: “O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão

de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário” (Brasil, 2001).

<sup>2</sup> A definição de Idade Clássica utilizada será a da arqueologia das ciências humanas, postulada por Michel Foucault, que apresenta três períodos: o Renascimento, a Idade Clássica e a Modernidade. O período do Renascimento, que vai até o século XVI; o período clássico, que compreende do fim do século XVI ao início do século XVIII; e o período da modernidade, que se inicia a partir do fim do século XVIII.

da psiquiatria e das práticas médicas de intervenção sobre a loucura.

A loucura na Idade Clássica ocupou um espaço moral de segregação e exclusão. Nesse período, a loucura era associada à vagabundagem. Uma das medidas tomadas para evitar que o louco ficasse vagando pela cidade era transportá-lo para outra cidade. Assim, os insanos viviam em plena condição de peregrinação. Ou seja, perambulavam de cidade em cidade por meio de embarcações, que levavam sua carga insana de uma cidade para outra (Foucault, 2013a). Diante das marcas de uma cultura excludente, “a representação da loucura na Idade Clássica advém, como existência nômade, por meio da ‘Nau dos Loucos e dos Insensatos’” (Amarante, 1995, p. 23).

Esse costume era frequente em alguns países da Europa, durante a primeira metade do século XV, como afirma Michel Foucault:

Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escoraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos [...] é possível supor que em cidades importantes – lugares de passagem e de feiras – os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali ‘perdidos’ purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários (Foucault, 2013a, p. 09-11).

Frequentemente, barqueiros eram encarregados de livrar a cidade de um louco detido pelas autoridades. A partir do século XVII, criaram-se vastas casas de internamento. Nesse período, na França, a cada cem habitantes, um era internado por alguns meses em umas delas.

A partir da metade do Século XVII, a loucura esteve ligada a essa terra de internamentos, e ao gesto que lhe designava essa terra como seu local natural. E é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos (Foucault, 2013a, p. 48).

Eram nessas casas que recolhiam, alojavam e alimentavam aqueles que se apresentavam de espontânea vontade ou aqueles que para lá eram encaminhados pela autoridade real ou judiciária. Em face desse complexo cotidiano, compreende-se que os dispositivos<sup>3</sup>, principalmente normativos, eram utilizados para constituir indivíduos adaptados à

ordem, por intermédio da abolição de condutas inaceitáveis e pela produção de novas características comportamentais (Costa, 1979).

Nesse período, o enclausuramento não possui uma conotação de medicalização. O olhar sobre a loucura não é, portanto, diferenciador das outras categorias marginais, mas o critério que marca a exclusão dessas categorias está se referindo à figura da desrazão (Amarante, 1995). Nesse sentido, a doença mental era utilizada como instrumento de apropriação ou de alienação do homem (Melman, 2001). O internamento na Idade Clássica é baseado em uma prática de ‘proteção’ e guarda, enquanto no século XVIII ganha características médicas e terapêuticas.

Nesse contexto, observa-se que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, percebe um lugar social reconhecido no universo da verdade. Porém, surge uma nova fase na história da loucura na qual se organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco. Esse movimento é marcado pela constituição da medicina mental como campo teórico/prático. É a partir da transformação social da loucura que ela ganha um olhar científico e passa ser considerada como um objeto de conhecimento: a “doença mental”. Tal passagem tem no dispositivo de medicalização e terapeutização a marca histórica de constituição da prática médica psiquiátrica (Amarante, 1995).

Neste momento histórico acontecem grandes transformações, algumas delas ocorreram nos hospitais. Anteriormente ao século XVIII, o hospital geral não é, em sua origem, uma instituição médica, mas se ocupa de uma ordem social de exclusão e assistência para os desafortunados e abandonados pela sorte divina e material. Sua função essencial era prestar assistência aos pobres e, também, separá-los e excluí-los. Pobre e doente eram perigosos e, por razões como essa, o hospital deveria estar presente, tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarnava (Foucault, 1992). Ou seja, o hospital caracterizava-se como um misto de casa de correção, caridade e hospedaria.

Cabe aqui acrescentar que o hospital, inicialmente, foi criado como instituição de caridade. Seu objetivo era oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa aos pobres, mendigos, miseráveis, desabrigados e doentes. Daí surge a expressão ‘hospital’ que em latim significa hospedagem, hospedaria, hospitalidade (Amarante, 2007).

Ao longo da Idade Clássica, a prática clínica foi se

<sup>3</sup> Para Foucault (1992, p. 244), dispositivo é “[...] um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas,

morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos”.

transformando, com a reorganização dos hospitais como espaço clínico, em uma ciência das entidades patológicas. O hospital se transforma em uma instituição medicalizada, pela ação sistemática e dominante da disciplina, da organização e esquadramento médicos (Foucault, 2013b).

É assim, da eliminação da doença no corpo dos indivíduos, que nasce a ideia de saúde na medicina moderna. O internamento ganha nova significação; tornou-se medida de caráter médico. Agora não é mais só espaço de exclusão social, como também espaço de tratamento. A loucura tornou-se objeto médico: ganhou valor de doença (Yasuí, 2010).

No final do século XVIII, surge a medicina moderna por meio do médico clínico que tem em Pinel sua principal e primeira expressão na psiquiatria. Contudo, as antigas práticas de internamento não foram rompidas, ao contrário, elas se estreitaram em torno do louco. O século XIX é marcado pelo movimento da medicalização e institucionalização das práticas terapêuticas; o tratamento do doente mental passa a ocorrer em grandes asilos, afastando-o de sua comunidade (Colvero, Ide & Rolim, 2004).

Nesse período, a obra de Pinel, estruturada pelo tratamento moral, representa o primeiro e mais importante passo histórico para a medicalização do hospital. O primeiro passo para o tratamento, de acordo com Pinel, seria o isolamento do mundo exterior, a institucionalização (Amarante, 2007). Nota-se que é a partir de Pinel que se dá a primeira reforma da instituição hospitalar, com a fundação da psiquiatria e do hospital psiquiátrico.

Entretanto, o modelo pineliano de saber psiquiátrico foi duramente criticado pelo seu caráter fechado e autoritário. “Pinel, depois de ter ‘libertado os acorrentados’, reconstituiu em torno deles um encadeamento moral, que transformou o asilo numa espécie de instância de julgamento [...]” (Yasuí, 2010, p. 85). O referido autor ainda acrescenta que “nesse modelo o médico estava encarregado de efetuar mais um controle moral do que uma intervenção terapêutica” (p. 86).

Com o objetivo de reformular o modelo pineliano, que era de caráter asilar, começaram a surgir outros modelos de reforma. A primeira tentativa foi o projeto das colônias de alienados e, em seguida, das comunidades terapêuticas (Amarante, 2007). Nota-se, então, que a família do doente, nos primórdios da psiquiatria, permanecia totalmente alheia e sem participar ou interessar-se pelo “tratamento” que era

oferecido ao seu familiar. Nessa relação, a família agradecida dependia da instituição que a aliviava dos problemas que o doente mental lhe trazia (Colvero, 2002). Após a Segunda Guerra Mundial, com o surgimento do Estado de Bem-estar Social<sup>4</sup>, evidenciou-se uma maior preocupação com as políticas sociais. Nesse contexto, a instituição manicomial foi problematizada como um lugar de produção de doença mental (Dimenstein, Severo, Brito, Pimenta, Medeiros, & Bezerra, 2009).

Uma das modificações que ocorreram no final da Segunda Guerra mundial foi a diminuição da distância entre homens e mulheres, modificando as práticas sociais, trazendo mais oportunidades para elas ganharem autonomia, reduzindo as hierarquias de gênero. O movimento feminista se intensificou na luta contra o poder dos homens na subordinação das mulheres, embora as distinções entre papéis femininos e masculinos ainda continuassem nítidas (Bassanezi, 2000).

No campo da medicina, a psiquiatria vai deixar as grandes anomalias e voltar para a saúde mental e a sociedade, ao voltar seu olhar para os hospícios, descobre que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos assemelhavam-se àquelas do campo de concentração. Esse período pode ser identificado como um “divisor de águas” entre dois grandes movimentos que assinalaram a evolução dos modelos da assistência psiquiátrica (Colvero, Ide & Rolim, 2004, Amarante, 2007, Yasuí, 2010).

Nesse sentido, na segunda metade do século XX, surge um movimento contrário à psiquiatria clássica, orientado pelo esforço da desinstitucionalização, no qual a pessoa em sofrimento psíquico deveria deixar os hospitais e retornar à sua comunidade. Sob o ponto de vista da desinstitucionalização, como um paradigma emergente, a família assume seu papel como cuidadora do seu membro em sofrimento psíquico.

### **Do internamento aos Cuidados da Família: os Desafios da Desinstitucionalização no Âmbito Familiar**

De modo geral, a Desinstitucionalização é caracterizada como um modelo de desconstrução lenta e gradual de todos os preceitos do Hospital Psiquiátrico e de construção, fora do mesmo, de novos serviços que tivessem uma lógica inversa à da exclusão, do internamento, da opressão, própria dos Hospitais Psiquiátricos (Rotelli et al., 1990). Ela é

<sup>4</sup> Também conhecido por sua denominação em inglês, *Welfare State*, designa o Estado assistencial que garante padrões mínimos de renda, alimentação, saúde, alojamento e instrução a qualquer

cidadão como um direito político e não como caridade (Wilenski, 1975).



definida com base em três componentes essenciais: a diminuição das admissões hospitalares pela provisão de serviços comunitários; a desospitalização, após preparação, de pacientes internados por longos períodos; a criação e manutenção de uma rede de serviços na comunidade para atender a esses pacientes (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2008).

Para Melman (2001), o fenômeno da desinstitucionalização introduziu novos elementos no campo de negociação entre famílias e no campo da saúde mental e tal condição levou as partes a uma rediscussão de uma nova relação. E, nessa nova conjuntura, a família passa a ocupar um lugar primordial no processo de cuidado do membro em tratamento psiquiátrico. Desse modo, a desospitalização e o movimento da Reforma Psiquiátrica configuraram uma nova realidade e um número maior de pessoas passaram a ser assistidas em serviços extrahospitais.

Ainda de acordo com o referido autor:

As famílias se viram estimuladas e pressionadas a voltar a assumir a responsabilidade pelo cuidado de seus membros doentes. A presença do usuário na comunidade demandava a criação de dispositivos terapêuticos mais complexos e eficazes para enfrentar necessidades mais complexas e abrangentes de existência cotidiana dos pacientes psiquiátricos no espaço social (Melman, 2001, p. 61).

Observa-se que, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, a família passa a ser um agente central no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico grave, pois os “loucos” voltam a conviver na sociedade e no âmbito familiar. Na verdade, espera-se da família uma retomada à responsabilização pelos seus familiares portadores de transtornos mentais.

Outro fator importante a se destacar diz respeito às mudanças ocorridas no campo teórico e do saber médico sobre o papel da família como cuidadora do doente mental, já que ela também é marcada, tradicionalmente, pelo discurso e pelas práticas médicas. De acordo com Severo, Dimenstein, Brito, Cabral, & Alverga (2007), as relações entre a família e o indivíduo em sofrimento psíquico foram ganhando novas formas a partir das produções científicas e culturais em torno da loucura. Se nos dias atuais a família é vista como importante aliada ao assistencialismo em relação ao paciente em sofrimento psíquico, anteriormente, contrário a esse paradigma, o paciente era visto como ameaçador para a família.

Melman (2001) afirma que, historicamente, o aprisionamento do louco em hospitais psiquiátricos foi justificado por teorias médicas que defendiam a

necessidade do isolamento da família, justificando que a família precisava ser protegida da loucura, prevenindo-a das influências negativas, como indisciplina e desordem moral, afinal a família foi tomada como propiciadora de doença mental. Observa-se que a família, ora era protegida da loucura, ora era vista como causa do adoecimento, como afirma Donzelot (1986, p. 106), quando diz que: “a família, mais do que o doente [...] torna-se, portanto, o verdadeiro lugar da doença, e o médico psiquiatra é o único a poder discriminar, nessa patologia, o que compete à disciplina ou ao tratamento orgânico”.

Essa teoria serviu para sustentar a institucionalização do louco, como foi afirmado anteriormente, pois, desde os primeiros anos do alienismo, o hospital psiquiátrico era visto como melhor remédio terapêutico para a alienação mental. Porém, pouco tempo depois, Esquirol listou as cinco funções do hospício, entre elas: garantir a segurança pessoal do louco e da sua família (Amarante, 2007).

No campo da política pública em saúde mental, esse modelo ganhou sustentação nas teorias psicológicas que responsabilizavam a família pelo transtorno mental ou mesmo isolavam a loucura do convívio familiar para a proteção da sociedade e dos outros membros da família. Tal compreensão foi e ainda é mantida por muitos estudiosos no campo da saúde mental que ainda têm como foco a relação causal entre família e sofrimento psíquico.

Nesse sentido, Severo et al. (2007) afirmam que os saberes *psi*, incluindo a psiquiatria, as teorias psicológicas e psicanalíticas vão, tradicionalmente, fornecer inúmeras explicações que atribuem à família as origens de patologias individuais, responsabilizando-a pelos conflitos sociais existentes e pelas doenças ou desordens sociais que os indivíduos apresentam. Nessa linha de pensamento, vincula-se a ideia de que família, por meio das suas relações, funciona como fator determinante para o surgimento da doença mental em um dos seus membros.

Em outra linha, em contraste com os paradigmas anteriores, as famílias de pessoas em sofrimento psíquico não são hoje percebidas como causas, mas como fortes aliadas no enfrentamento à doença mental. Diferentemente do que ocorria em outros momentos históricos, no processo da Reforma Psiquiátrica, principalmente na década de 1990, a família do paciente em sofrimento psíquico adquire papel central, mais como parceira e apoio para a reabilitação do que como principal responsável pelo processo de sofrimento psíquico (Vecchia & Martins, 2006).

Além disso, em oposição a essas teorias que

responsabilizam a família pelo adoecimento do paciente, a literatura dos últimos anos apresenta um movimento que se afasta do modelo da família patogênica, para se aproximar do modelo de enfrentamento e competência familiar (Campos & Soares, 2005). Esse movimento surge na era da desinstitucionalização e do tratamento comunitário, quando a família passa a ser vista como forte aliada na recuperação do paciente em sofrimento psíquico e na prevenção de sua cronificação (Melman, 2001).

Esse entendimento foi bem visto por diversos países e ampliou a participação dos familiares no tratamento dos pacientes psiquiátricos. Os familiares, principalmente as mulheres, no seu cotidiano passaram a atender às necessidades básicas dos pacientes, coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-los aos serviços de saúde (Barroso, Bandeira & Nascimento, 2009).

Porém, as famílias estão pouco preparadas para cuidar do indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico, distanciando-se daquilo que é proposto em saúde mental. Ou seja, nem sempre a família tem condições de assumir os cuidados. Cuidar de um membro em sofrimento psíquico grave, sobretudo nas crises psiquiátricas, implica grandes esforços da família, pois, em determinadas circunstâncias, ao transtorno mental grave associa-se a perda de determinadas habilidades psicomotoras exigindo, cotidianamente, cuidados físicos e higiênicos e o acompanhamento à saúde da pessoa que se encontra doente (Rosa, 2011).

No entanto, muitos são os esforços empreendidos pela sociedade para reparar os danos causados pelos muitos que prevaleceram o preconceito e a exclusão daqueles que foram considerados “loucos” na cultura brasileira.

A desinstitucionalização foi a principal alternativa para a desconstrução das práticas manicomial, visando o cuidado em liberdade. Esse movimento visa transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, no sentido de que conduzam à superação do estigma, da segregação e da desqualificação dos sujeitos, estabelecendo com eles uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (Amarante, 1997).

Constituindo um processo permanente de mudanças organizacionais, tecnocientíficas e práticas, voltadas para a humanização dos usuários de saúde mental, a desinstitucionalização é direcionada para reconstruir o que o manicômio modificou ou destruiu, tendo como foco a pessoa humana, considerando as necessidades da sua existência em

sofrimento, trazendo agora uma terapêutica possível, com liberdade de escolhas e trocas na sociedade (Dutra & Rocha, 2011).

O desafio de cuidar dessa pessoa passa por estratégias de construções diárias de novas possibilidades de viver e um dos efeitos do processo histórico de desinstitucionalização foi a preocupação sobre seu impacto às famílias, contribuindo para que elas adotem ou não as propostas e ações de transformação do modelo de atenção em saúde mental. Essa preocupação impulsionou, nas últimas décadas, estudos sobre as consequências das doenças psiquiátricas para a família (Campos & Soares, 2005).

A vida dos familiares como cuidadores tem sofrido alterações na sua rotina cotidiana, na organização social e de trabalho e até mesmo nas relações familiares entre os membros, a partir do momento em que a manutenção do cuidado em saúde mental deslocou-se das instituições de saúde para o lar desses pacientes (Cardoso, Galera & Vieira, 2012).

Por outro lado, a vida da pessoa desinstitucionalizada passa por um processo de reelaboração, quando se dá a retomada de sua vida com a sociedade e seus familiares. Nessa etapa, ela modifica sua maneira de viver através das trocas estabelecidas com outras pessoas ou instituições. Desse modo, a pessoa em sofrimento mental deixa de ser objeto de intervenção para tornar-se agente de mudanças de uma nova realidade, para edificar o sentido de cidadania e o movimento, então, passa a circular em todas as instâncias (Amarante, 1995).

Essas mudanças na vida desse indivíduo ocorrem permeadas não só de benefícios alcançados, mas, sobretudo, de dificuldades a serem superadas. A superação das dificuldades faz parte do processo de desinstitucionalização, no sentido de que se produz ao mesmo tempo em que fortalece esses cidadãos para a vida (Dutra & Rocha, 2011).

É nessa conjuntura que se dá a construção da reabilitação psicossocial. Contudo, as expectativas e os desejos de reconstrução da vida exigem do sujeito ex-interno adaptação ao novo ambiente e, concomitantemente, a família também precisa se adaptar à nova convivência com a chegada desse membro. A permanência desse paciente em casa requer um cuidado prático e contínuo alterando o cotidiano da família. Ou seja, o surgimento de uma doença mental no familiar agrava drasticamente o quadro de insegurança e desconforto na família, o que representa, em geral, um forte abalo (Batista, 2020).

Passam, então, a fazer parte da rotina familiar:

Garantir as suas necessidades básicas; coordenar suas atividades diárias; administrar sua medicação;

acompanhá-los aos serviços de saúde; lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise; fornecer-lhes suporte social; arcar com seus gastos; e superar as dificuldades dessas tarefas e seu impacto na vida social e profissional do familiar (Barroso, Bandeira & Nascimento, 2009, p. 1957).

Assim, a doença mental representa um grande impacto para a família, provocando desorganizações nas formas habituais de lidar com situações do cotidiano, na medida em que a família enfrenta as alterações de comportamento do familiar e passa a assumir o cuidado dele, a responder às demandas dessa função (Campos & Soares, 2005). A família é, na maioria das vezes, o suporte de acolhimento do doente mental, além dos demais profissionais de saúde que atuam na rede de saúde mental. Ela passa a conviver mais de perto com o paciente em sofrimento psíquico, situação que tende a gerar mais dificuldades no relacionamento, sofrimentos e, por vezes, reinternações do doente (Sant'Ana, Pereira, Borenstein, & Silva, 2011).

Essa alteração na convivência familiar gera uma atmosfera de tensão e de reprodução no grupo familiar e promove conflitos e sensações de impotência e incapacidade, tornando, na maioria das vezes, inviável a construção de alternativas no cotidiano da família (Severo et al., 2007). Nesse sentido, a convivência com a doença mental pode tornar doentias as relações familiares. Em outras situações, a responsabilidade de cuidar é potencializada pela falta de esclarecimentos e informações por parte do sistema de saúde, que não fornece respostas definitivas sobre a causa e o prognóstico da doença (Campos & Soares, 2005). Nesse contexto, é fundamental o trabalho de esclarecimento pelo profissional de saúde que dá suporte à família.

Observa-se que a ausência de informações e as dificuldades na relação família/paciente geralmente são reforçadas pelos profissionais que atendem a pessoa em sofrimento psíquico e, indiretamente, pelas famílias. Tradicionalmente, em seu cotidiano de trabalho, os agentes de saúde culpabilizam a família pelo surgimento da doença mental (Severo et al., 2007), tendo em vista que os serviços de saúde, muitas vezes, trabalham com a ideia de uma família idealizada.

Esse fato é denunciado quando se afirma que as condições da família para ficar com o paciente não são explicitadas e parte-se, na maioria das vezes, da ideia de que a família, porque é família, tem essa condição. Essa concepção acaba por atribuir à família toda responsabilidade de cuidar desse paciente,

provocando um estado de sofrimento nos familiares (Gonçalves & Sena, 2001).

Em razão do processo de desinstitucionalização, a família e, em especial, o familiar/cuidador é submetido a constantes eventos estressores no curso dessas doenças, que podem afetar, além das relações familiares, a saúde do próprio familiar/cuidador, sempre trazendo algum grau de sobrecarga e provocando a constante necessidade de adaptações (Cardoso, Galera & Vieira, 2012).

Além disso, nem todos os membros da família têm uma boa estrutura econômica e emocional para enfrentar as reações do membro em sofrimento mental (Ahnerth, Dourado, Gonzaga, Rolim & Batista, 2020). É preciso, portanto, repensar a forma como estão sendo efetivadas as políticas públicas voltadas ao cuidador familiar. Nesse sentido, os programas voltados para essa modalidade de atendimento necessitam dar mais atenção para a necessidade de cuidar da própria família, pois há uma sobrecarga emocional e financeira dessa. O cuidado com essas famílias e mais especificamente com os cuidadores do paciente em sofrimento psíquico deve, além de instrumentalizá-los para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, fornecer aos próprios cuidadores acolhimento e cuidado com relação à própria saúde.

Contudo, ressalta-se que a família, na qual se inclui o cuidador familiar, não pode ser unicamente responsabilizada pelo cuidado do membro em sofrimento psíquico grave.

A família consanguínea não precisa e não pode ser tudo. Além de supervalorizá-la, as pessoas também apresentam uma forte tendência a idealizá-la, esperando encontrar em seu seio tudo aquilo de que necessitam, todo o apoio, o afeto inesgotável, a resposta para todos os males. Esse processo de idealização conduz à ilusão de pensar que a única solução para sustentar um paciente e inseri-lo na comunidade passa necessariamente pela família (Melman, 2001, p. 120):

O que se nota é que as mudanças no paradigma do cuidar não foram trabalhadas junto às famílias, que passaram de produtoras do adoecimento psíquico do ente à responsáveis pelo seu acompanhamento ao tratamento e que foram consideradas como únicas capazes de suprir todas as necessidades do membro que se encontra em sofrimento psíquico. É nesse cenário que a história de vida desses familiares ganha novas formas, novas vivências e novos desafios (Batista, 2019).

É preciso compreender que as transformações propostas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica visam o grupo familiar como elo entre o paciente, sua

comunidade de origem e os serviços de saúde mental. A família não pode ser vista como um fim nessa conjuntura, mas fazendo parte desse processo, não mais como sujeitos passivos, porém, como sujeitos atuantes que ajudarão a viabilizar o projeto terapêutico do membro que se encontra em sofrimento psíquico. Nesse caso, o trabalho dos profissionais dos serviços de saúde mental junto às famílias é primordial para manter esse ente afastado das internações psiquiátricas.

### **A Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Políticas Públicas em Saúde de Assistência à Pessoa em Sofrimento Psíquico**

A Reforma Psiquiátrica surge a partir de diversos movimentos sociais que questionavam a eficácia das instituições asilares. Ela está relacionada às condições econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões e países, determinando as práticas singulares. Nesse sentido, entende-se que a Reforma Psiquiátrica é um processo em construção e que não ocorre de forma consensual ou homogênea. Assim, a Reforma Psiquiátrica pode ser definida como um movimento social, articulada a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural, que visam a transformar a relação entre a sociedade e a loucura (Oliveira, 2002, Maciel, Barros, Silva, & Camino, 2009).

A Reforma é um processo que vai além da ideia de libertar o sujeito que se encontrava em permanente internação. Ela promove uma mudança na antiga ideologia psiquiátrica de controle e segregação dos indivíduos em sofrimento psíquico. Ou seja, o objeto da atenção psiquiátrica deixa de ser a doença e volta-se para o sujeito inserido no contexto social, em que a proposta da assistência terapêutica é focalizada no indivíduo em toda sua complexidade (Amarante, 1995).

Assim, essa nova Política de Saúde Mental carrega em seu bojo o seu potencial de ruptura com a cultura manicomial que emergiu, historicamente, ancorada na abstração das definições sobre a doença mental, na invenção do hospital psiquiátrico como locus da apreensão daqueles considerados perigosos e incapazes para os atos da vida social, de produção do saber sobre a doença e seu tratamento, na delegação de um novo tipo de poder aos especialistas, a privação de liberdade mediada pela relação de tutela (Foucault, 2013a).

Os primeiros movimentos surgiram na Inglaterra, na França e nos Estados Unidos. Nesses países a convergência de uma série de fatores sociais e econômicos contribuiu para desencadear o processo

de mudança e de construção da nova política de saúde mental. No Brasil, esses movimentos culminaram com a Reforma Psiquiátrica, cujo principal objetivo é evitar que o sofredor psíquico seja privado de seus laços afetivos e sociais por causa da internação psiquiátrica, de modo que promova uma assistência humanizada, com respeito aos direitos humanos (Feitosa, Silva, Silveira, & Santos Junior 2012). Assim, um dos principais efeitos no processo histórico da reformulação do atendimento e cuidado à pessoa em sofrimento mental no Brasil foi a reinserção deste indivíduo em seu ambiente familiar e social (Batista & Ferreira, 2015, Do Carmo & Batista, 2017).

Os primeiros delineamentos da Reforma Psiquiátrica brasileira iniciaram-se na década de 1970, principalmente na segunda metade, com a emergência de críticas ao caráter privatizante da política de saúde governamental e à ineficiência da assistência pública em saúde. Surgiram, também, denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços e, de maior importância, as denúncias de abandono e maus-tratos que ocorriam nos hospitais psiquiátricos do país (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2008).

Esses fatos fizeram com que a Reforma Psiquiátrica brasileira se diferenciasse das outras reformas ocorridas em outras partes do mundo, como postula Yasui, (2010). Para o referido autor, a Reforma no Brasil:

[...] se refere a um processo social complexo, caracterizado por uma ruptura dos fundamentos epistemológicos do saber psiquiátrico, pela produção de saberes e fazeres que concretizam na criação de novas instituições e modalidades de cuidado e atenção ao sofrimento psíquico e que buscam construir um novo lugar social para a loucura. Esse processo situa-se, no caso brasileiro, no contexto histórico e político do renascimento dos movimentos sociais e da redemocratização do país, na segunda metade dos anos 70 (Yasui, 2010, p. 27).

Segundo Yasui (2010), esses movimentos sociais nasceram nas periferias das grandes cidades e a partir das suas necessidades de sobrevivência. Nasceram das conversas entre vizinhos, nas discussões em encontros públicos, em igrejas, sendo organizados e pautados em reivindicações vinculadas às condições de vida. Dentre esses, destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por profissionais da saúde e apoiado por associações de familiares, sindicalistas e outros, pois contribuiu significativamente para construir uma crítica coletiva ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo



hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Amarante, 1995; Amarante 2007; Yasui, 2010).

O MTSM influenciou diretamente a formulação da Lei Federal 10.216, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno psíquico e a desativação das instituições de modelo asilar (Brasil, 2005; Feitosa et al., 2012). A partir dos anos 1980, ocorreram muitas modificações, no sentido de procurar transformar a relação da sociedade com a loucura. Foram criados serviços substitutivos aos manicômios e realizadas reformas dos asilos e dos ambulatorios, ampliação da sustentação política dos projetos de humanização, reintegração dos usuários, aprimoramento das estratégias e do tratamento clínico, entre outros.

As propostas advindas do final da década anterior resultaram na promulgação da Constituição Federal de 1988, quando foi aprovada a lei da criação do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>5</sup>, apontando para mudanças como a descentralização, hierarquização dos serviços e universalização do direito à saúde, fundamentadas em princípios como universalidade, equidade, integralidade, regionalização e controle social (Severo et al., 2007).

Em setembro de 1989, surge o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, tornando-se o centro da Reforma Psiquiátrica por anos. Ainda na década de 80, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo. Essa década ainda marcou o surgimento das associações de usuários e familiares que atuaram na construção de novas possibilidades de atenção e cuidados na luta pela transformação de assistência em saúde mental (Yasui, 2010).

Nos anos 1990, foi publicada a portaria nº 189/1991, que modificou a sistemática de remuneração das internações hospitalares, reduzindo o tempo de internação<sup>6</sup>, criando procedimento que tinham por finalidade contemplar as diferentes experiências assistenciais que já estavam sendo realizadas, consolidando o SUS e sua descentralização<sup>7</sup>. Em 1991, é implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1992, foi publicada a Portaria nº 224/1992, que incentivou a criação de diversas unidades

assistenciais no Brasil com o nome de NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e CAPS; em 1994, ocorre a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) (Yasui, 2010).

Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população descrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (Brasil, 2004).

Em 2001, foi assinada a lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a chamada Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001). Embora a referida Lei tenha como objetivos a proteção das pessoas em sofrimento mental, seus direitos e modelo assistencial em saúde mental, o seu texto final está muito distante do projeto original, aprovado em 1989, o qual propunha a extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços, conforme “antigo Projeto de Lei Paulo Delgado” (Yasui, 2010).

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se efetiva por meio da implantação dos serviços substitutivos. Os serviços substitutivos são dispositivos de atenção em saúde mental que possibilita o cuidado da pessoa em sofrimento psíquico sem retirá-lo totalmente de seu meio. Esses equipamentos se pautam em intervenções que devem se inserir no ambiente dos sujeitos, tendo como foco principal o ambiente familiar (Prazeres & Miranda, 2005, Severo et al., 2007).

Desde então, as novas políticas públicas na área de saúde mental têm avançado em direção à expansão e ao fortalecimento da rede de serviços substitutivos e intermediários. Dentre esses serviços, estão o Serviço Residencial Terapêutico, os Lares Abrigados, os Hospitais-dia e, principalmente, os CAPS (Hirdes, 2009, Cardoso & Galera, 2011, Pessoa Júnior, 2013).

Como já visto, o CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS e configura-se como:

<sup>5</sup> O SUS foi instituído no Brasil pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8.142/90, tendo como finalidade alterar a situação de desigualdade no atendimento à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento a todos os cidadãos, indiscriminadamente, sem ônus (Brasil, 2002).

<sup>6</sup> A portaria estabeleceu um número máximo de diárias a serem pagas por Autorização de Internação Hospitalar (AIH), abrindo a

possibilidade de um controle maior por parte do gestor estadual ou municipal (Yasui, 2010, p. 57).

<sup>7</sup> O conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS é o que dispõe o artigo 4º, caput, da Lei nº 8.080/90. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 27 ago. 2014.

[...] um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Brasil, 2004).

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Batista, 2016).

Em 2002, foi publicada a portaria nº 336/2002, a qual abandonou de vez o Termo NPAS, propondo um novo modelo de assistência, os CAPS, constituindo-se como; “serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território <sup>8</sup>”; classificados em cinco tipos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (Brasil, 2004).

Os diferentes tipos de CAPS são:

**CAPS I e CAPS II:** são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

**CAPS III:** são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

**CAPSi:** CAPS para infância e adolescência, destinado atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

**CAPSad:** CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação (Brasil, 2004).

Somadas ao conjunto desses serviços foram incluídas as ações da saúde mental na atenção básica como: um programa permanente de formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica, promoção dos direitos dos usuários e familiares, incentivo à participação no cuidado, garantia de um tratamento digno e de qualidade à pessoa em sofrimento psíquico (Pinho, Hernández & Kantorski, 2010, Pessoa Júnior, 2013), além da manutenção e criação de programas, dentre esses o Programa “De Volta Para Casa”.

Criado em 2003 pelo Ministério da Saúde, o Programa “De Volta para Casa” visa a: [...] reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressas de longas internações, segundo critérios definidos na Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que tem como parte integrante o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial (Brasil, 2003). O objetivo do programa é assegurar um meio eficaz de suporte social, evitando o agravamento do quadro clínico e o abandono social de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica.

Esta estratégia vem ao encontro de recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) para a área de saúde mental com vistas a reverter gradativamente um modelo de atenção centrado na referência à internação em hospitais especializados por um modelo de atenção de base comunitária, consolidado em serviços territoriais e de atenção diária (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, o Programa “De Volta para Casa” concerne em um dos principais avanços da Reforma Psiquiátrica referente à desinstitucionalização. Pois, trata-se de uma estratégia de auxílio financeiro aos pacientes com transtorno mental egressos de internação, visando inseri-los na comunidade por intermédio de suas famílias de origem, para que se responsabilizem por esse parente que necessita de apoio e um lugar onde possa desenvolver-se em comunidade (Alves & Silveira, 2011).

Os documentos que regulamentam o Programa “De Volta para Casa” são a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, a qual Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações, e a Portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003. O seu objetivo é:

Contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (Brasil, 2003).

Esse programa foi criado com vistas a fornecer suporte para a reintegração social das pessoas com longo histórico de hospitalização, por meio do pagamento mensal aos seus beneficiários de um

<sup>8</sup> Ambiente social e cultural concreto, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares (Brasil, 2004).

auxílio-reabilitação. Ou seja, o Programa “De volta para Casa” vai ao encontro das propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que visa o rompimento com o paradigma hegemônico centralizado no saber médico em ações individuais que, em contrapartida, prioriza a família em sua dimensão sociocultural, tornando-o objeto de atenção de suas ações (Souza, 2013).

Dessa forma, entende-se que a política de saúde mental no Brasil configura uma nova forma de compreender e tratar as pessoas em sofrimento psíquico que depende da estruturação de modelos assistenciais orientados pela perspectiva da integralidade, entendida aqui não apenas em referência à apreensão integral dos sujeitos, mas também aos novos valores e dispositivos técnicos (Brasil, 2005, 2007).

Diante do exposto, observa-se que a Reforma Psiquiátrica Brasileira, nas quatro últimas décadas, protagonizou a criação de novos serviços de atenção à saúde mental que tiveram implicações diretas no cuidado à pessoa em sofrimento mental. As políticas públicas em saúde têm demonstrado avanços nesse seguimento e colocando a família como foco das ações programáticas e intervenção, realizando ações preventivas e considerando sua importância no acompanhamento, tratamento e reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico (Severo et al., 2007, Maciel et al., 2009).

Contudo, cabe aqui ressaltar que, apesar de todas as modificações que ocorreram no sentido de superar o modo asilar no Brasil, com a finalidade de transformar a relação da sociedade com a doença mental e a exclusão social, as mudanças ainda são insuficientes. Existem ainda outras formas, presentes no cotidiano das relações sociais, como gestos, olhares e atitudes, intolerâncias às diferenças que

contribuem para a manutenção do preconceito, acerca do sofrimento psíquico.

### Considerações Finais

Conhecer a trajetória da saúde mental possibilita compreender como a sociedade, ao longo do tempo, percebeu a loucura e cuidou da pessoa em sofrimento mental. Contudo, verifica-se que, apesar das grandes mudanças ocorridas diante da realidade dos transtornos psiquiátricos no Brasil e no mundo, muitos desafios ainda não foram superados. O estigma sobre a doença mental e o preconceito vivido pelos que sofrem de algum tipo de transtorno mental são fatores que interferem na efetividade do processo de reabilitação desses sujeitos. Além disso a família também é vítima de segregação, pois é alvo do preconceito social a ponto de ser relegada da sociedade.

Fatores geradores de sobrecargas psicológicas, como abdicação da vida social e do trabalho, incidem sobre os cuidadores criando condições propícias para o seu adoecimento. Tais desafios apontam para a efetivação de estratégias de cuidados mais eficazes não somente com a pessoa em sofrimento mental, mas com todos os atores envolvidos na Rede de Saúde Mental. Nesse sentido, compreender o contexto histórico da saúde mental percorrido ao longo do tempo é fundamental para manter viva a luta pelos direitos e pela cidadania dessa população e, consequentemente, para que continue a superação de paradigmas preconceituosos e excludentes produzidos pela sociedade em relação à pessoa em sofrimento mental.

### Referências

- Alves, C. C. F., & Silveira, R. P. (2011). Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no acri: o contexto do território na desinstitucionalização. *Revista de APS*, 14(4),454-463.
- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007). Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos; 1997. p. 163-85.
- Amarante, P. (1995). (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ahnerth, N. M. D. S., Dourado, D. M., Gonzaga, N. M., Rolim, J. A., & Batista, E. C. (2020). "A Gente Fica Doente Também": Percepção do Cuidador Familiar sobre o seu Adoecimento. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 13(1), 1-20.

- Bassanezi, C. Mulheres dos anos dourados. In M. Del Priore, (Org.). *Histórias das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2000.
- Barroso, S. M., Bandeira, M., & Nascimento, E. D. (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25, 1957-1968.
- Batista, E. C. (2016). A saúde mental no brasil e o atual cenário dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 2(16), 29-35.
- Batista, E. C. (2019). Narrativas do cotidiano de um cuidador familiar da esposa em sofrimento psíquico. *Textos e Debates*, 1(32)107-124.
- Batista, E. C. (2020). Experiências vividas pelo cônjuge cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 32(1), 31-39.
- Bourdieu, P. (2012). *A dominação masculina*. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2007). Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção: Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). *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. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual do Programa “De Volta para Casa” / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). *Lei 10.216, de 6 de Abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). *Portaria n. 2077/2003*. Dispõe sobre a regulamentação da Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, nos termos de seu artigo 8º. Diário Oficial da União, Brasília.
- Campos, P. H. F., & Soares, C. B. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, 11(18), 219-237.
- Cardoso, L. & Galera, S. A. F. (2011). Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra- hospitalar. *Rev Esc.Enferm. USP*, 45(1), 87-94.
- Cardoso, L., Galera, S. A. F., & Vieira, M. V. (2012). O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta Paul Enferm*, 25(4), 517-23.
- Colvero, L. A, Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 197-205.
- Colvero, L. A. (2002). *Desafios da família na convivência com o doente mental: cotidiano conturbado*. 2002. 111 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP.



- 
- Costa, J. F. (1979). *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Dimenstein, M., Severo, A. K., Brito, M., Pimenta, A. L., Medeiros, V., & Bezerra, E. (2009). O Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc.* São Paulo, 18(1), 63-74.
- Do Carmo, F. J., & Batista, E. C. Impacto físico, emocional e social em cuidador familiar da pessoa em tratamento psiquiátrico. *Revista Espaço Acadêmico*, 17(197), 114-131.
- Donzelot, J. (1986). *Polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Dutra, V. F. D., & Rocha, R. M. (2011). O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. *Rev. Enferm. UERJ*, 19(3), 386-391.
- Feitosa, K. M. A., Silva, T., Silveira, M. D. F. D. A., & Santos Junior, H. P. D. O. (2012). (Re) construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 40-54.
- Foucault, M. (2013a). *História da loucura na idade clássica*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (2013b). *O nascimento da clínica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica do poder*. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Freitas, B. S., Matos, C. C. R., Silva, P. M., Santos, J. S., & Batista, E. C. (2017). Perfil de usuários diagnosticados com esquizofrenia de um caps do interior de Rondônia. *Nucleus*, 14(1), 41-54.
- Gonçalves, A. M., & de Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 9(2), 48-55.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 297-305.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A. O., & Camino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(3), 436-447.
- Melman, J. (2001). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares*. São Paulo: Escrituras.
- Oliveira, F. (2002). *Construindo saberes e práticas em saúde mental*. João Pessoa: Ed. UFPB.
- Prazeres, P. S. D., & Miranda, P. S. C. (2005). Serviço substitutivo e hospital psiquiátrico: convivência e luta. *Psicologia: ciência e profissão*, 25(2), 198-211.
- Pessoa Júnior, J. M., Nóbrega, V. K. M., Oliveira, J. D. S., & Miranda, F. A. N. (2013). Trajetória de um serviço substitutivo em saúde mental à luz da história oral. *Ciênc. cuid. Saúde*, 12(2), 298-306.
- Pinho, L. B., Hernández, A. M. B., & Kantorski, L. P. (2010). Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(1), 28-35.
- Rosa, M. L. (2011). *Transtorno mental e o cuidado na família*. 3. ed. São Paulo: Cortez.
- Rotelli, F. et al. (1990). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec,
- Sant'Ana, M. M., Pereira, V. P., Borenstein, M. S., & Silva, A. L. D. (2011). O significado de ser familiar

---

cuidador do portador de transtorno mental. *Texto contexto enferm*, 20(1), 50-8.

Severo, A. K. D. S., Dimenstein, M., Brito, M., Cabral, C., & Alverga, A. R. (2007). A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2), 143-155.

Souza, A. M. A. (2013). *Demanda de saúde mental na estratégia saúde da família em Recife-PE: aspectos epidemiológicos*. 118 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco.

Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2006). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 159-168.

Vidal, C. E. L., Bandeira, M., & Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J bras psiquiatr*, 57(1), 70-79.

Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

*Eraldo Carlos Batista*

Doutor em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS/FCR – Faculdade católica de Rondônia.

E-mail: eraldo.cbhotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-7118-5888>

*Recebido em:* 15/12/2018

*Aceito em:* 02/05/2020