

FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: UMA ANÁLISE DA TRANSIÇÃO DO PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO PARA O MODELO COMUNITÁRIO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

Adriana Cruz da Silva da Maia¹

Adriana Pellanda Gagno²

Resumo

O presente artigo propôs-se analisar os impactos do processo da desinstitucionalização da pessoa em sofrimento psíquico, após a Reforma Psiquiátrica, em seu âmbito familiar, com a implantação do modelo de atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil. Assim, para elaboração dessa pesquisa realizou-se um estudo bibliográfico e documental no campo da saúde mental. A pesquisa foi realizada de forma exploratória, proporcionando a familiaridade com o fenômeno que está sendo investigado. Dessa forma, e com a finalidade de responder ao problema proposto no referido trabalho, a pesquisa contribuiu para o meio acadêmico e social ao apresentar uma análise crítica dos riscos do recuo do Estado no contexto da saúde mental no Brasil com a responsabilização do cuidado familiar à pessoa com transtorno mental. Riscos que permeiam a defesa da responsabilidade de cuidado restrita à família, o retrocesso nas ações e políticas públicas, que tende a transferir para o setor privado a responsabilidade social, acarretando em escassos investimentos na área da saúde mental, levando à precarização do serviço e ao aumento de espaços que seguem a lógica manicomial ainda nos dias atuais.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Família. Saúde Mental.

¹ Aluna do curso de Especialização em Gestão Social em Políticas Públicas do IFPR - Campus Curitiba. Bacharel em Serviço Social. E-mail: adrianacsm@outlook.com.br

² Psicóloga, Mestra em Psicologia e Doutora em Educação pela Universidade Federal do Paraná - UFPR. Professora do Instituto Federal do Paraná – IFPR Campus Curitiba. E-mail: adriana.gagno@ifpr.edu.br

1. Introdução

O processo de desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais no Brasil iniciou-se como perspectiva de luta por direitos das pessoas em sofrimento psíquico no início de 1970, com o movimento da Reforma Psiquiátrica. Esse processo, que se consolidou no ano de 2001 com a Lei 10.216, trouxe alterações significativas para a política pública de saúde mental, tendo como principal proposta a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos qualificados e programas de reabilitação psicossocial, ou seja, a troca do modelo hospitalocêntrico, então predominante no Brasil, pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário (BISNETO, 2011).

A Reforma Psiquiátrica, que já ocorria em grande parte dos países europeus, chega no Brasil por meio do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que levantou fortes críticas ao estado precário dos manicômios, às formas violentas de tratamento e ao processo de exclusão social nesses espaços. Iniciando assim, até os dias atuais, um longo processo de construção que visa um novo contexto de vida para a pessoa com transtorno mental, bem como para seus familiares, com a intenção de proporcionar a humanização na relação entre a pessoa com transtorno mental, a família e a sociedade (VASCONCELOS, 2008).

Desse modo, a problematização proposta nesta pesquisa baseou-se nos impactos do processo de desinstitucionalização, após a Reforma Psiquiátrica, no âmbito familiar, com a implantação do modelo de atendimento psiquiátrico comunitário no Brasil. Tendo por objetivos específicos: descrever o processo de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica no Brasil; conceituar o âmbito familiar no modelo hospitalocêntrico no Brasil e investigar os impactos na família do cuidado com a pessoa com transtorno mental no modelo comunitário.

Para tanto, utilizou-se como método o estudo bibliográfico e documental, que proporcionam a construção de conhecimentos por meio do levantamento de materiais já elaborados, como livros, revistas e artigos científicos, permitindo uma análise teórica, que tende ao aprofundamento e discussão das questões que norteiam o tema (MINAYO, 1999). Trata-se de uma pesquisa exploratória do assunto, que contribui para ampliar a compreensão do fenômeno que está sendo investigado.

A estrutura do artigo organizou-se em três subtemas. No primeiro é feita uma abordagem, de forma sucinta, sobre como ocorreu o processo de desinstitucionalização durante a Reforma Psiquiátrica brasileira. No segundo, apresenta-se uma discussão de como a família da pessoa com transtorno mental lidava com os cuidados no modelo hospitalocêntrico no Brasil. Por fim, no terceiro tópico explana-se sobre os impactos na família dos processos de cuidado com a pessoa com transtorno mental a partir da implantação do modelo comunitário, trazendo um breve olhar para a dinâmica entre a Política de Saúde Mental e a Política Nacional de Assistência Social, no que diz respeito à intersectorialidade e integralidade nos cuidados com a pessoa em sofrimento psíquico e seu âmbito familiar.

2. O processo de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica no Brasil

O percurso até o processo de desinstitucionalização é marcado, ao redor do mundo, pela opressão e dominação ao considerado “doente mental”, este visto somente em sua dimensão biológica, rejeitando a presença dos demais fatores, como social, econômico, político, cultural. As pessoas com transtornos mentais eram excluídas do convívio social e familiar, por um saber psiquiátrico que se apropriava e roubava sua identidade e cidadania, colocadas em instituições asilares com práticas violentas (AMARANTE, 1992, p. 104).

Neste cenário surgem diversos movimentos sociais que se organizam para promover a extinção do modelo psiquiátrico clássico, como a reforma psiquiátrica e o movimento de luta antimanicomial, que a partir de 1970 traz rumos diferentes ao tratamento da pessoa com sofrimento psíquico no Brasil, considerando os seus direitos sociais e sua inserção no mundo social (ROSA; CAMPOS, 2013).

No entanto, este longo processo de desinstitucionalização teria o desafio de não apenas retirar a pessoa com transtorno mental dos manicômios, mas lhe oferecer condições de sobrevivência, tanto sociais, culturais como econômicas (ROTELLI, 1990). No Brasil o MTSM mobilizou mudanças importantes no campo da saúde mental, como marco desse cenário de luta. Em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental que reafirmou “A necessidade de realiança do movimento da saúde mental com os movimentos populares e com a opinião

pública em geral” (VASCONCELOS, 2008, p. 25). Lutas sociais que ganhavam força nessa época possibilitavam um espaço para a discussão do direito da pessoa com transtorno mental, originando a Luta Antimanicomial, que ameaçava os grandes hospitais psiquiátricos como espaços terapêuticos, através da bandeira “Por uma sociedade sem manicômios” (VASCONCELOS, 2008).³

Além disso, o movimento da Luta Antimanicomial se articulou com o movimento da reforma sanitária, rumo ao modelo sanitarista, a fim de estabelecer um sistema de saúde, integrado e hierarquizado, que resultaria mais adiante nas “Ações Integradas de Saúde” (VASCONCELOS, 2008).

A implementação das Ações Integradas de Saúde, nos anos 1980, por meio do Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária-CONASP (1982-1983), modificou-se mais tarde no Sistema Único de Saúde, consagrado na I Conferência Nacional de Saúde Mental e na consolidação da Constituição de 1988 (VASCONCELOS, 2008). E este processo da reforma sanitária trouxe, através de lutas sociais para o campo da saúde, e pela consolidação do SUS e da Constituição brasileira, a construção de um modelo de atenção comunitário, substituindo a centralidade do modelo assistencial presente nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Com o amadurecimento do processo de desinstitucionalização, aparecem novas iniciativas, a partir do movimento da luta antimanicomial, como a proposta de lei do então deputado federal Paulo Delgado (3657/89), propondo o fim dos manicômios (AMARANTE, 2006), entre outras iniciativas:

A realização em 1990 da Conferência de Caracas, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica; e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal no país, em conferências participativas que culminaram na II Conferência Nacional de Saúde Mental, dezembro de 1992, considerada um “marco na história da psiquiatria brasileira” e que abre um novo período de consolidação da reforma psiquiátrica no país (VASCONCELOS, 2008, p. 26).

³ De acordo com Rosa (2021, p. 5), “A I Conferência Nacional de Saúde Mental denunciava existirem no Brasil, em 1983, cerca de 85.000 leitos psiquiátricos, sendo 75% deles pertencentes aos setores privados, resultado da perversa política de financiamento público dessas instituições nos anos de ditadura militar. Cerca de 95% dos recursos eram destinados à assistência hospitalar e em torno de 5% à assistência ambulatorial”.

Houve também a implantação e expansão dos serviços psicossociais, que abrangeriam uma conjuntura de programas e serviços no tratamento das pessoas com transtornos mentais, processo este que tende a proporcionar a estas pessoas o aumento de sua autonomia no seu convívio social, enfatizando suas potencialidades através de um tratamento educacional e social especializado (PITTA, 1996). A primeira experiência dos espaços psicossociais no Brasil ocorreu na década de 1980, com a construção do principal laboratório dos Núcleos de Atenção Psicossocial, na cidade de Santos, no estado de São Paulo, com estrutura que atendia quase todos os tipos de cuidado em saúde mental, no modelo de atenção comunitário, aberto vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana (VASCONCELOS, 2008, p. 26).

Mais tarde se difundiria no país o Centro de Atendimento Psicossocial, o qual teve sua primeira experiência na cidade de São Paulo. Abertos oito horas por dias, durante os cinco dias da semana, ampliando a rede serviços prestados, minimizando as possibilidades da internação, proporcionando espaços humanizados, por meio de profissionais capacitados, trabalhando pela garantia e ampliação da proteção às pessoas com transtorno mental (VASCONCELOS, 2008), previstos nas Diretrizes da portaria 224/92, que asseguram:

Organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
Diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
Multiprofissionalidade na prestação de serviços;
Ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
Definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados. (BRASIL, Portaria 224 de 1992).

Mais adiante, a Lei 10.216/2001⁴ representaria um redirecionamento no modelo de assistência em saúde mental, explicitando os direitos da pessoa com transtorno mental, conforme descrevem Veloso e Carlos (2009):

Ela garante ser de responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde

⁴ “A Lei nº 10.216- de 06 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” (BRASIL, 2001).

aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais. Esta preconiza que o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio, e a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (VELOSO; CARLOS, 2009, p. 104).

A Lei da Reforma Psiquiátrica visava, portanto, à reinserção social da pessoa com transtorno mental, conforme o SUS e a Constituição de 1988 asseguravam, apresentando nos atendimentos o desenvolvimento da política de saúde mental com acessibilidade e equidade, conforme proposto no artigo 3º que traz ao Estado a responsabilidade frente à política de saúde mental, com ações de assistência às pessoas com transtornos mentais, bem como aos seus familiares (BRASIL, 2001).

Desse modo o papel da família ganha ênfase na relação de cuidado com a pessoa com transtorno mental, com intensos deslocamentos e atribuições, que proporciona até os dias atuais relações de conflito e afeto (ROSA, 2009), conforme veremos nos tópicos a seguir.

3. A família no modelo hospitalocêntrico no Brasil

Tratando-se das relações familiares no antigo modelo psiquiátrico observa-se um arranjo de conceitos formados, no que diz respeito à família, segundo o qual esta tinha suas potencialidades e contribuições limitadas a visitas e a um papel passivo no cuidado (ROSA; SILVA, 2014).

O modelo hospitalocêntrico teve sua implantação no Brasil em meados do século XIX, advindo dos países europeus. Os espaços instituídos eram pautados em aprisionar aqueles que ameaçavam a ordem pública. No Hospício D. Pedro II, inaugurado em 1852, situado no Rio de Janeiro, era inexistente qualquer proteção e assistência do governo às pessoas com transtornos mentais, os mesmos eram tratados como animais, ou levados às Santas Casas de Misericórdia existentes desde os séculos XVI e XVII, que também foram espaços de abrigo e abandono dessa população, que era colocada em porões, sob os cuidados de guardas e carcereiros (RESENDE, 2001).

Tais instituições fortaleciam a alienação dos indivíduos usuários do tratamento psiquiátrico sob a “Alienação social pela exclusão, a alienação mental pela rotulação de doente e a alienação corporal pelo controle do espaço físico limitado, pela sedação por drogas etc.” (BISNETO, 2011, p. 181).

A família vem, ao longo do seu processo histórico, se reconstruindo por meio das relações entre seus membros e as esferas da sociedade. Em todas as suas conjunturas (família natural, reconstituída, substituta/adotiva e monoparental) constitui a primeira rede social do indivíduo (SIMÕES, 2014). Tratando-se a respeito da pessoa com transtorno mental, a família ocupa um papel importante no cuidado em seu convívio social, no entanto, no modelo hospitalocêntrico sua relação com aquele que era chamado de “louco” era tida como um problema social no campo “psi”. Esta era culpabilizada pelo quadro psicótico, o que gerava o distanciamento e isolamento da pessoa com transtorno mental do convívio familiar e social (ROSA, 2008).

A ideia de que um ambiente familiar estressante, carente de afeto e de cuidados, perpassado por relações conflitantes e uma situação financeira desfavorável poderia contribuir para o surgimento da enfermidade mental terminou por ser equivocadamente generalizada. Todos os casos de doença mental eram concebidos como resultado de relações familiares inadequadas e fracassadas. Esta compreensão de família e loucura foi reafirmada pela antipsiquiatria. (MELMAN, 2006 apud BORBA, 2010, p. 38).

Assim, a família por si só era responsabilizada como causadora do transtorno mental, o que sustentou a ideia do isolamento da pessoa com sofrimento psíquico do convívio familiar até o início das reivindicações por uma reforma psiquiátrica ao redor do mundo, que acarretou na superação do modelo asilar-manicomial e que nos leva para um novo modelo, o modelo comunitário, que trouxe consigo seus impactos às novas atribuições para a família, conforme veremos mais adiante.

4. Os impactos na família do cuidado com a pessoa com transtorno mental no modelo comunitário

As transformações decorrentes do novo modelo assistencial em saúde mental apontam para um novo redirecionamento no campo do cuidado às famílias das pessoas com transtornos mentais, pautado na desinstitucionalização

psiquiátrica. Dessa forma passa-se a evidenciar a pessoa com transtorno mental e o seu contexto de vida, e não apenas sua enfermidade (ROSA; CAMPOS, 2013).

O contexto da psiquiatria anterior à Reforma Psiquiátrica no Brasil, conforme analisamos no primeiro item dessa pesquisa, se centralizava em um número elevado de hospitais como dispositivo de controle ao sofrimento psíquico. As principais mudanças produzidas são a implantação da rede territorial de serviços e sua proposta de contemplar a pessoa em sofrimento psíquico em sua integralidade, com a participação da família e comunidade. Nesse mesmo período de 1980 culmina a elaboração do projeto da Reforma Sanitária no país, que focou na descentralização e regionalização dos serviços de saúde e elaboração de políticas públicas no Brasil. Todo esse processo redireciona no campo da saúde conquistas importantes, como:

[...] a proibição de construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, o redirecionamento de recursos públicos para a criação de serviços alternativos de atendimento em saúde mental, além da informação ao setor judiciário das internações compulsórias. É criada a Lei nº 10.216, em 6 de abril de 2001 com o objetivo de regulamentar a assistência psiquiátrica no Brasil e reestruturar o modelo de atendimento até então conhecido. (SCHNEIDER, 2009, p. 80).

Diante de tais avanços a Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 veio trazer a definição dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e, em 19 de fevereiro de 2002 através da Portaria nº336/GM esses espaços são regulamentados pelo Ministério da Saúde, como serviços estratégicos a fim de evitar internações e propiciar a inclusão da pessoa em sofrimento psíquico em seu meio social (SCHNEIDER, 2009). Deste modo a família inicia um processo de inserção em uma nova forma de tratamento e reabilitação da pessoa com transtorno mental.

A pessoa em sofrimento psíquico passa a ser preparada a retornar ao seu âmbito familiar; bem como a família, que anteriormente tinha em sua principal função somente o encaminhamento aos hospitais psiquiátricos, passa a ser orientada e preparada para receber a pessoa com transtorno mental em sua residência. Conforme passou a ser previsto na Portaria n.º 251/GM/MS de 31 de janeiro de 2002, que tem em suas diretrizes e normas o objetivo de estabelecer a assistência hospitalar psiquiátrica, reclassificar os hospitais psiquiátricos, definir e

estruturar a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS (ROSA; SILVA, 2014), a família:

[...] ganha uma pluralidade de sentidos e dimensões, preponderantemente como: 1) um grupo que precisa de assistência e cuidados; 2) como um recurso ou lugar, como outro qualquer, mas não o único; 3) como provedora de cuidados; 4) como avaliadora dos serviços e 5) como sujeito político (ROSA, 2009, p. 162).

Entretanto, é de suma importância elencar os impactos que as famílias obtêm como parceiras fundamentais no envolvimento no tratamento, conforme a proposta dos CAPS, que enfatizam sua atuação não somente no incentivo do usuário para participação do processo terapêutico, mas também com sua presença direta nas atividades, serviços e projetos, na proposta de integração social (BRASIL, 2004).

Rosa (2008), em seu livro “Transtorno Mental e o Cuidado na Família”, elenca impactos da reinserção da pessoa em sofrimento psíquico na família, tanto subjetivos quanto objetivos, através de uma análise com informações qualitativas decorrentes de observação, reuniões, eventos, entrevistas sociais e visitas domiciliares com pessoas com transtornos mentais e seu meio familiar. A autora relata que os impactos são diferentes de um grupo familiar para o outro, dependendo da localidade, da estrutura social, das privações econômicas e dimensões biológicas, que se refere à complexidade do grau de comprometimento da pessoa com transtorno mental.

Observa-se então distintos impactos do cuidado no espaço familiar, dentre os quais Rosa (2008) cita a sobrecarga intensa que acarreta no adoecimento do cuidador, bem como a interferência na sua individualidade; outro fator remete à questão econômica ao âmbito familiar, em que o cuidador é limitado na sua condição de gerar renda, pois tende a focar suas funções para prover o cuidado.

Pesquisa de Daltro, Moraes e Marsiglia (2018) sobre as mudanças que acontecem na vida social, familiar e sexual de cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) aponta que, dentre os 64 cuidadores participantes da pesquisa, 85,9% abandonaram o emprego para cuidar da criança ou adolescente; somente 34,4% têm momentos de lazer; 81,3% relataram

mudanças na sua vida conjugal, em sua maioria (98,1%) para pior; e 31,3% não têm relações sexuais. Os autores concluem que esta população merece maior atenção das políticas públicas e da sociedade, e que os serviços de saúde mental precisariam ser adequados, de maneira a preservar a saúde do cuidador, de quem depende também a saúde da criança e do adolescente.

Diante dessas questões é latente o risco na defesa da responsabilidade de cuidado restrita à família que tende a um retrocesso nas ações e políticas do Estado, idealizadas pelo neoliberalismo. Reduzindo a efetividade das políticas sociais, transferindo para o setor privado a responsabilidade social (BISNETO, 2011):

[...] a contenção de gastos na área da saúde pública pela racionalização dos serviços, implicando a diminuição da oferta do atendimento, a passagem da responsabilidade para o setor privado que objetiva principalmente o lucro, a descentralização da saúde com isenção de compromisso e o atendimento às camadas pauperizadas através de serviços mínimos e assistência básica, essencial. (BISNETO, 2011, p. 42).

Assim, as possibilidades de efetivação dos direitos sociais, conquistados pela luta do movimento da reforma psiquiátrica, que desencadeou na legislação brasileira de saúde mental, proporcionando possibilidades de reabilitação a partir da compreensão integral da saúde da pessoa com transtorno mental, em novos espaços, como os CAPS, que propagou a ênfase na dimensão psicossocial em todo o país são ameaçadas pelo avanço neoliberal, que no Brasil resultou na redução das políticas públicas, aumento das privatizações, provocando a descentralização da saúde, a diminuição do investimento público no setor da saúde mental, com criações de serviços alternativos, a fim de diminuir verbas e não contratar profissionais, bem como o aumento da indústria farmacêutica, e o crescimento de espaços psiquiátricos privados e do terceiro setor etc. (BISNETO, 2011).

É importante salientar dentro desse contexto o avanço das comunidades terapêuticas, que com base na Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, passam a ser conveniadas e financiadas por parte do poder público, preconizadas pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, como:

ambientes estruturados no qual indivíduos com transtornos por uso de substâncias psicoativas residem para alcançar a reabilitação. Tais comunidades são em geral especificamente destinadas a pessoas dependentes de drogas; elas operam sob normas estritas, são dirigidas principalmente por pessoas que se recuperaram de uma dependência, e são em geral isoladas geograficamente – [...] elas têm uma linha muito similar a dos grupos de ajuda mútua tais como Narcóticos Anônimos (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS - SENAD, 2010, p. 42).

As comunidades terapêuticas foram inseridas como parte da rede de cuidados e denominadas pelo governo como locais de tratamento de álcool e outras drogas, e vêm recebendo a cada ano mais verbas públicas⁵ – em paralelo a um desinvestimento nos equipamentos públicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Podemos assistir, na atualidade, as comunidades terapêuticas atuando como um novo espaço de controle que vem contrariar os avanços de liberdade trazidos com a reforma psiquiátrica, e a luta contra práticas de institucionalização. Estas vêm seguindo a lógica dos antigos manicômios, desprovidas de equipes técnicas, baseadas em perspectivas moralizantes e religiosas, violando direitos humanos (à saúde, à liberdade religiosa, à diversidade sexual, ao trabalho realizado com dignidade, dentre outros), desconstruindo os avanços já conquistados. Levantamento que consta no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018), que tem por base um processo metodológico extenso de visitas técnicas aos diferentes locais que ofertam o serviço, análises de documentos e entrevistas, revela que:

[...] o que as comunidades terapêuticas fazem é retirar as pessoas do convívio social, de forma que o pretense tratamento se dá em situação de segregação e isolamento que são, justamente, as práticas em reação às quais se construiu a reforma do modelo assistencial em saúde mental no Brasil. No lugar dos meios menos invasivos, o que se encontra como regra são práticas de anulação de subjetividade, de restrição à privacidade e do contato com o mundo exterior, de modo que, ao retirar a pessoa dos ambientes em que vive, se estabelece um tratamento altamente invasivo. (CFP, 2018, p. 56).

⁵ Alguns dados oficiais sobre o aumento do financiamento de comunidades terapêuticas podem ser conferidos em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/reaberto-edital-publico-para-financiamento-de-comunidades-terapeuticas>. Acesso em 08.03.2023.

Diante desses desdobramentos, a reforma psiquiátrica, assim como as políticas sociais de saúde mental passam a se movimentar conforme as ordens do capitalismo, consolidando a distância entre a legislação de políticas públicas para o campo da prática de forma efetiva.

É necessário reformular a forma como é vista a família no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, pois “Ressalta-se que o cuidado proposto é comunitário e não familiar, exigindo a proteção social do Estado e da sociedade em geral” (ROSA; SILVA, 2014, p. 257). Em atuação conjunta, de modo a não deixar que haja recuo nos avanços obtidos pela Reforma Psiquiátrica na promoção e reconhecimento da pessoa em sofrimento psíquico em seu ambiente comunitário e familiar.

Sociedades desamparadas pelo poder público, famílias excessivamente exigidas, podem vir a buscar o processo de institucionalização de seu familiar com transtornos mentais, por não ser viável conciliar as demandas profissionais, sociais, escolares, com as necessidades de cuidado desta pessoa.

Nessa perspectiva, ressaltar o cuidado comunitário pode implicar em construir reflexões profundas sobre como permeia a Proteção Social às pessoas em sofrimento psíquico, de modo a fortalecer a integralidade e a intersetorialidade nos cuidados com os sujeitos assistidos, ambos objetivos e princípios conquistados com a Reforma Psiquiátrica, bem como a ruptura com a lógica assistencialista, movida pelas ações de caridade ligadas à elite, alcançando um Sistema Único de Assistência Social, enquanto política pública e dever do Estado. A Política Nacional Antidrogas – PNAD, por exemplo, traz como um dos objetivos:

Garantir o caráter intersistêmico, intersetorial, interdisciplinar e transversal do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD, por meio de sua articulação com outros sistemas de políticas públicas, tais como o Sistema Único de Saúde – SUS, o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, o Sistema Único de Segurança Pública – SUSP, entre outros (BRASIL, 2019).

Assim como a Política Nacional de Assistência Social – PNAS:

[...] articulação intersetorial de competências e ações entre o SUAS e o Sistema Único de Saúde – SUS, por intermédio da rede de serviços complementares para desenvolver ações de acolhida, cuidados e proteções como parte da política de proteção às vítimas de danos, drogadição, violência familiar e sexual, deficiência, fragilidades pessoais e problemas de saúde mental, abandono em qualquer momento do ciclo

de vida, associados a vulnerabilidades pessoais, familiares e por ausência temporal ou permanente de autonomia principalmente nas situações de drogadição e, em particular, os drogaditos nas ruas. (BRASIL, 2004).

Como afirmam Martins, Assis e Bolsoni (2019), “Enquanto as instituições manicomiais são restabelecidas, há uma tendência na modificação e retirada de direitos sociais com diminuição de recursos nas áreas de saúde e educação, com a aprovação da reforma trabalhista e a extinção do ministério do trabalho”. Observa-se, portanto, que o desinvestimento nas diversas políticas públicas compromete a qualidade de vida da população como um todo, e também a viabilidade de práticas de atenção psicossocial de base comunitária.

5. Considerações finais

Conhecer e ser capaz de analisar criticamente o processo de efetivação da Reforma Psiquiátrica, processo este ainda em curso no Brasil, é fundamental para a atuação adequada na implementação das diversas políticas públicas que favorecem a garantia de atenção psicossocial e psiquiátrica de base comunitária.

Os impactos que o processo de desinstitucionalização trouxe para as famílias cuidadoras de pessoas em sofrimento psíquico, articulados com o processo da saída dos espaços institucionalizados para os territórios em que residem, trazem consigo questões coletivas que entrelaçam ambas as políticas – de Saúde Mental e de Assistência Social, dentre outras. É necessário promover serviços que visem garantir os direitos de cidadania e cuidados para todos, que superem a lógica de institucionalização e responsabilização familiar, materializando e fortalecendo o olhar para a pessoa em sofrimento psíquico em todo o contexto em que está inserida, e o enfrentamento do desmonte das políticas públicas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil: planejamento na desconstrução do aparato manicomial. In: KALIL, M. E. X. (Org.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos Sistemas Locais de Saúde**. São Paulo-Salvador: Ed. Hucitec/Cooperação Italiana em Saúde, 1992.

AMARANTE, Paulo. Rumo ao fim dos manicômios. **Revista Mente e Cérebro**. São Paulo: Editora Segmento, p. 30-35, set., 2006.

BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2011.

BORBA, Letícia de Oliveira. **Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno mental em face da reforma psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2010.

BRASIL. Lei nº 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. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. 5. ed. ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde, 1992. **Portaria 224/92**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária 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. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019**. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-9761-11-abril-2019-787968-publicacaooriginal-157741-pe.html>

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017**. Brasília, DF. 2018. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>.

DALTRO, Manuela Carla de Souza Lima; MORAES, José Cássio de; MARSIGLIA, Regina Giffoni. Cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais: mudanças na vida social, familiar e sexual. **Saúde e Sociedade**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 544-555, 2018. DOI: 10.1590/s0104-12902018156194. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/148230>. Acesso em: 8 mar. 2023.

MARTINS, Matheus Eduardo Rodrigues; ASSIS, Fátima Buchele; BOLSONI, Carolina Carvalho. Ressuscitando a indústria da loucura?!. **Interface** -

Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2019, v. 23 [Acessado 27 Setembro 2022], e190275. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190275>>. Epub 16 Set 2019. ISSN 1807-5762.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME. **Reaberto edital público para financiamento de comunidades terapêuticas**. Disponível em: <https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/reaberto-edital-publico-para-financiamento-de-comunidades-terapeuticas>. Acesso em: 08.03.2023.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis, S. A.; Costa, N. do R. (org). **Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil**, 7 ed. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 2001.

ROSA, Elisa Zaneratto. Trajetórias da Reforma Psiquiátrica brasileira: entre o compromisso com a garantia de direitos e a agenda neoliberal. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 13, n. 37, p. 1–22, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/80855>. Acesso em: 8 mar. 2023.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência. In: VASCONCELOS, E. M. **Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. (V. II: Perspectivas para o Serviço Social). São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno e o Cuidado na Família**. 2.ed. São Paulo, Cortez, 2008.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Teresa Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classes e interclasses. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2013.

ROTELLI, Franco. **Desinstitucionalização**. Hucitec, São Paulo, 1990.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843/5389>.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS - SENAD.
Glossário de álcool e drogas. 2ª edição, Brasília, DF. 2010. Disponível em:
[https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-resources-
conselheiros/ebook/medias/pdf/Glossario_alcool_drogas.compressed.pdf](https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-resources-conselheiros/ebook/medias/pdf/Glossario_alcool_drogas.compressed.pdf)

SILVA, Ellayne Karoline Bezerra da; ROSA, Lúcia Cristina dos Santos.
Desinstitucionalização Psiquiátrica no Brasil: riscos de desresponsabilização do
Estado?. **Revista Katálysis** [online]. 2014, v. 17, n. 2 [Acessado 10 Agosto 2022],
pp. 252-260. Disponível em: <[https://doi.org/10.1590/S1414-
49802014000200011](https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011)>. ISSN 1982-0259. [https://doi.org/10.1590/S1414-
49802014000200011](https://doi.org/10.1590/S1414-49802014000200011).

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez,
2014. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v. 3).

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens psicossociais: reforma
psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo:
Hucitec, 2008.

VELOSO, L. U. P.; CARLOS, K. P. T. A nova política de saúde mental no Estado
do Piauí: mudanças e perspectivas. *In*: ROSA, L. C. dos S.; GUIMARÃES, L. D.
A.; CARVALHO, M. E. B. de (Org.). **Cenários de práticas em saúde mental: a
atenção psicossocial no Piauí**. Teresina: Ed. da UFPI, 2009.