

SAÚDE MENTAL E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO MANICOMIAL: A CONCEPÇÃO DA FAMÍLIA COMO PARTICIPANTE DESSE PROCESSO

VIEIRA, Adriana Martins¹

OLIVEIRA, Marcilene

ALMEIDA, Patrícia Helena

RONCOLETTA, Stéphany Caroliny de Moraes

CAMPOS, Aline de Souza²

RESUMO

Este artigo problematiza a reforma psiquiátrica juntamente com o processo de desinstitucionalização, como uma alternativa para cessar as exclusões sofridas por portadores de doenças mentais, bem como a inclusão. Além disso, objetiva abordar as transformações apresentadas ao longo dos anos no campo da saúde mental, com forte influência da reforma psiquiátrica, no qual seu percurso histórico e a luta pela desinstitucionalização dos manicômios vêm ao encontro dessas mudanças. A metodologia utilizada neste trabalho é de natureza qualitativa e a realização da pesquisa se dá em um caráter exploratório e bibliográfico, apresentando uma visão geral do fenômeno com uma breve descrição a respeito deste processo no estado de Mato Grosso.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Família. Saúde Mental.

ABSTRACT

This paper discusses the psychiatric reform along with the process of deinstitutionalization as an alternative to end the exclusions undergone by people with mental illness, as well as, the inclusion of experiences faced by the family as a preponderant aspect of this process. It aims at addressing the changes done over the years in the field of mental health, highlighting the influence of the psychiatric reform in which its historical route and the struggle for the deinstitutionalization of asylums come to meet these changes. This study counted with a methodology characterized as having a qualitative nature, guided by a research of exploratory and bibliographic type. It presents a general view of the studied phenomenon with a brief description of how this process occurred in the state of Mato Grosso.

Keywords: Deinstitutionalization. Family. Mental Health.

¹Graduandas do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

²Professora Mestra do curso de Psicologia do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

INTRODUÇÃO

O processo de desinstitucionalização surge com a necessidade de compreender o indivíduo em sofrimento psíquico. Assim, os profissionais da saúde, de modo geral, devem se atentar para não excluir estes indivíduos, uma vez que eles devem ser acolhidos considerando os aspectos referentes à sua subjetividade e aos seus direitos. Por consequência, os profissionais devem buscar não somente inseri-los na sociedade, mas também oferecer um tratamento personalizado e humanizado de acordo com as políticas de saúde existentes no Brasil. Mediante as novas representações que surgem a partir dessa nova prática, a família é parte fundamental, seja como colaboradora, ou como sujeito intersubjetivo no processo de desinstitucionalização de seu familiar em sofrimento psíquico. Neste sentido, descrevemos que a família que atua como colaboradora é participante ativa do processo de desinstitucionalização, como consolidadora e defensora da ideia de desinstitucionalização, e, enquanto sujeito intersubjetivo, ela parte do princípio de se manifestar no processo a partir de sua própria subjetivação.

O uso desse método se propõe a investigar a partir do conceito de desinstitucionalização na Saúde mental brasileira, quais são os sentidos atribuídos e as representações construídas pelos familiares de indivíduos com deficiências mentais acerca deste processo. A relevância do processo de desinstitucionalização com a saúde psíquica é destacada nesta investigação, tendo em vista a complexidade das políticas públicas que envolvem a saúde mental, não apenas dos sujeitos que se encontram em sofrimento psíquico, mas também de seus familiares.

O processo de desinstitucionalização divide a prática a uma questão que antes era coletiva, para um olhar mais personalizado dentro das políticas de saúde públicas, em que entendemos o indivíduo reinserido nos meios sociais, econômicos, políticos e culturais. Tais aspectos nos levaram a buscar a compreensão de todo esse processo e também no que diz respeito ao ambiente familiar.

Neste contexto, é preciso pontuar que a sociedade está em constante necessidade de adequação no que se refere às novas formas de pensar, agir e reconhecer a saúde mental, bem como aceitar que esta não deve ser retirada da identidade do indivíduo, mas, sobretudo, estabelecendo uma nova forma de construção individual e coletiva, em que o indivíduo é percebido como um ser único e passível de direitos e relações. Sendo assim, mediante o processo de desconstrução e construção, tanto em formas de pensamentos, quanto em leis

públicas, fazem com que tornem a exclusão hospitalocêntrica uma marca do passado. Contudo, o presente estudo enfatiza que esta não é a única maneira de exclusão, pois os ambientes social e familiar podem reproduzir as práticas de exclusão e de discriminação.

Com o aparecimento de dispositivos substitutivos aos modelos de tratamento manicomial, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), surge uma nova proposta terapêutica que envolve não apenas o indivíduo, mas a família, o Estado e a sociedade. Deste modo, a inovação na forma assistencial baseia-se em um modelo de saúde pública que busca implementar o acolhimento, o acompanhamento e a inserção, oferecendo suporte ao tratamento extradomiciliar e propondo a reinserção social de forma integralizada.

Em razão do processo de desinstitucionalização que tem como objetivo inserir o indivíduo acometido de transtorno mental na sociedade, bem como trazer a família em ação conjunta com as políticas públicas de saúde no que diz respeito ao cuidado e à assistência, transpondo as barreiras que culturalmente impõem a hospitalização e conseqüentemente a exclusão, portanto, busca-se levantar quais são as relações e os sentidos das famílias diante deste processo.

METODOLOGIA

Este estudo realizou uma pesquisa bibliográfica acerca das experiências vivenciais dos familiares de pessoas em sofrimento psíquico, em decorrência do processo de desinstitucionalização da saúde mental. Ademais, se perfila aos estudos qualitativos e, de acordo com Marcone e Lakatos (2008), a pesquisa qualitativa tem como método a análise e a interpretação do problema apresentado e o comportamento das pessoas envolvidas, levando em consideração a subjetividade individual e as construções sociais utilizadas para a compreensão e significação do problema. Além disso, é preciso considerar que assim o pesquisador estabelece mais proximidade com o pesquisado, tendo como característica principal a coleta de dados, que não se refere apenas aos dados obtidos mediante a pesquisa empírica, mas construindo um referencial teórico que irá direcionar a compreensão e a evolução dos dados obtidos.

Para tanto, foi efetuada uma busca nas bases de dados científicos, *Scielo* e Google Acadêmico, inserindo os seguintes descritores: “desinstitucionalização, Saúde Mental e Família”. Além disso, foram utilizados livros públicos que discutem o tema.

Em seguida, as informações foram categorizadas, sendo que os resultados parciais serão apresentados na sequência. A amostra selecionada para a análise neste trabalho é composta por quinze referenciais bibliográficos descritos no Anexo I.

A análise dos dados advindos desse processo será realizada a partir de revisões bibliográficas utilizadas na pesquisa com a finalidade de entender como as famílias que são atravessadas, por suas experiências de cuidar do portador de transtorno mental, compreendem e se posicionam diante do processo de desinstitucionalização.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A leitura bibliográfica teve como objetivo proporcionar uma compreensão do contexto da loucura e seus primórdios, assim como conhecer o processo da desinstitucionalização manicomial a partir de uma concepção histórica e cultural em que o indivíduo tido como “louco” não era pertença à sociedade, sendo, por conseguinte, banido. Tais condições promulgaram as diretrizes da reforma psiquiátrica, e, para tanto será evidenciada a contribuição de alguns precursores responsáveis pelo entendimento da sociedade em relação à loucura e à saúde mental.

Saúde Mental: contribuições de Foucault para uma história do conceito

A loucura tem seus primórdios na Grécia antiga, sendo vista como castigo de Deus ou como uma forma de redenção, na qual os loucos eram valorizados pela sociedade pela sua capacidade de premonição. Portanto, acreditava-se que os loucos possuíam poderes divinos.

Para mais bem entender o processo da loucura, no início da Idade Média, Michel Foucault faz um resgate histórico de como se construiu-se a loucura ao longo do tempo. O autor aponta que transcorreu um processo histórico-cultural, razão de exclusão e alienação, identificáveis pela criação dos leprosários que não tinham intenção de tratamento, mas, sim de retirar da sociedade aqueles que eram acometidos pela lepra, sendo estes, segundo o autor, esvaziado no final da Idade Média na Europa, devido à crescente queda do número de pessoas infectadas pela doença. (FOUCAULT, 2010)

A despeito da queda da ocorrência da doença, a imagem do leproso na sociedade permanece presente, sendo gradativamente substituída por aqueles que não contribuíam para a sociedade, tais como mendigos, prostitutas, portadores de doenças venéreas, e aqueles que

eram considerados feiticeiros, e, posteriormente, pela visão renascentista. (FOUCAULT, 2010)

Ainda conforme os pressupostos foucaultianos, a substituição da lepra pelas doenças venéreas não durou muito, visto que a medicina encontra explicação e tratamento para essa doença, sendo essa exclusão substituída por algo que não tinha tratamento e explicação. “A loucura” que agora é considerada demoníaca tendo seus seres possuídos, portanto, dignos de exclusão e castigos que pudessem levá-los à salvação divina através de privações.

Segundo o autor:

Estranho desaparecimento, que sem dúvida não foi o efeito, longamente procurado, de obscuras práticas médicas, mas sim o resultado espontâneo dessa segregação e a consequência, também, após o fim das Cruzadas, da ruptura com os focos orientais de infecção. A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se ponha de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado. (FOUCAULT, 1978, p. 06)

De acordo com Foucault (2010), durante os séculos XIV e XV, a loucura era vista como algo lúdico e fantasioso nos cenários literários e poéticos existentes, levando a indagações, as quais levavam a definir o ser louco como aquele que transgredia as regras e padrões sociais pré-estabelecidos para condutas humanas.

Foucault (2010) informa que o número de internações aumentava em tempos de crise para evitar revoltas. Aqueles que tinham problemas mentais se uniam aos ociosos, dando outro sentido ao termo louco. No mesmo local, poderiam ser internados loucos, enfermos, libertinos, criminosos e ociosos sem que houvesse qualquer diferenciação.

Antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria se institucionalizou como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o fato da doença, ou de tudo o que se pode assimilar direta ou indiretamente à doença pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou. (FOUCAULT, 2010)

Processo de desinstitucionalização: contribuições de Philippe Pinel

Philippe Pinel, filho de médico, também se formou em Medicina e apresentou considerável interesse pela situação dos doentes mentais que viviam confinados. Com suas observações e seus artigos científicos, trouxe uma importantíssima e definitiva contribuição a

respeito da visão e do trato da doença mental, tornando-se assim referência e um dos precursores da psiquiatria moderna. Nasceu na França em 20 de abril de 1745, em Saint-André. Formou-se em Medicina em Toulouse, na França, em 1773. Faleceu em 25 de outubro de 1826. (BRASIL, 2003)

O percurso histórico de Pinel está descrito no texto “Memória da loucura” do Centro Cultural da Saúde:

Publica o Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania (1801), no qual descreve uma nova especialidade médica que viria a se chamar psiquiatria (1847). Sintonizado com os ideais revolucionários franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, preconiza o tratamento moral para os alienados e desacorrenta os loucos em Paris. Sua prática médica exercida durante os anos em que chefia os hospitais em Bissetriz e La Salpêtrière na França, aliada à sua profunda reflexão sobre a alienação mental, concorre para inaugurar a Escola dos Alienistas Franceses. (BRASIL, 2003, p. 11)

Em 1778 Pinel mudou-se para Paris e no começo de sua Carreira médica, para sobreviver, traduzia obras de medicina e também lecionava matemática. Foi neste período que visitava os doentes mentais que viviam internados e fazia observações sobre eles, constituindo, assim, seu principal método: observação e análise. Além disso,

Em 1792, tornou-se médico-chefe do asilo para homens, em Bicêtre. Em 1794, passou a ocupar idêntico posto no Hospital La Salpêtrière, para mulheres. Em 1803, foi eleito membro do Instituto de France e, mais tarde, professor de patologia da Escola de Medicina de Paris. (BRASIL, 2003, p. 12)

Posteriormente, retornou ao Hospital La Salpêtrière, quando sob sua liderança como médico-chefe, descreveu um referencial mundial sobre neuropsiquiatria e manicômio como instituição de estudo e tratamento da alienação mental. Pinel foi considerado como o libertador dos alienados, aquele que lhes quebrou as correntes, lhes deu dignidade, tirando os loucos das celas onde ficavam presos longe da sociedade, deixando aterrorizados os indivíduos da classe médica da sua época.

Pinel se constituiu, na área da medicina e da psicologia, em um dos seus principais expoentes. Pinel elevou a categoria dos doentes mentais, antes tratados como criminosos ou endemoniados, à condição de homo pacientes e essa doença, como resultado de uma exposição excessiva a estresses sociais e psicológicos, e, em certa medida, a danos hereditários, sendo que tais enfermidades decorriam de alterações patológicas no cérebro. (BRASIL, 2003, p. 12).

Seu método de tratamento era mais humanizado e respeitoso, pois incluía contatos amigáveis com os doentes, fazendo com que deixasse de lado métodos antigos, tais como:

Sangrias, vômitos, purgações e ventosas, preferindo terapias que incluíssem a aproximação e o contato amigável com o paciente, proporcionando-lhe, ainda, um programa de atividades ocupacionais, no qual o tratamento digno e respeitoso foi a tônica. (BRASIL, 2003, p. 12)

Com base no pensamento de Descartes e levando-se em consideração que na Europa, no século XVIII, estes pensamentos eram o norte das ideias iluministas, Pinel pensava, então, que o psiquismo se tornou matéria de conhecimento objetivo e quantitativo. (BRASIL, 2003)

Com certeza, a Psiquiatria nasce do interesse e dedicação deste brilhante médico, pioneiro no que diz respeito ao tratamento da doença mental e o surgimento dos hospitais psiquiátricos ou manicômios. (BRASIL, 2003)

Reforma psiquiátrica no Brasil

De acordo com Amarante (2007), o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil tem apresentado vários caminhos e tendências, com avanços e retrocessos, na luta pela transformação da relação que a sociedade estabeleceu com o louco, com a loucura e com suas instituições. Este caminho vem sendo construído há vários anos, e neste contexto, observa-se que a desinstitucionalização se apresenta como um dos pilares de sustentação.

O debate concernente à reforma psiquiátrica no Brasil tem origem ao final da década de 1970, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Por meio da greve de profissionais dos hospitais de quatro unidades da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), todas do Rio de Janeiro, foram expostas ao público as más condições de trabalho, bem como as péssimas condições das estruturas físicas dos hospitais psiquiátricos e dos serviços dispensados à população. Na década de 1980 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em resposta a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que se objetivava a participação dos movimentos existentes na época, pelas mudanças das práticas médicas psiquiátricas institucionalizadas. A greve conhecida como “crise da DINSAM”, foi considerada o disparador do processo de reforma psiquiátrica brasileira. (AMARANTE, 2003)

A promulgação da Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, vem trazendo uma nova forma de cuidados a serem adotados em relação a esse público, bem como em relação à reestruturação e autonomia do atendimento para estes indivíduos.

Desta forma, de acordo com Amarante (2007), compreende-se a reforma psiquiátrica como um movimento histórico que se constitui pela crítica ao paradigma psiquiátrico hegemônico e pelas práticas que o transformam/superam, no contexto brasileiro, a partir do final da década de 1970. Apresenta-se fundamentalmente como uma crítica estrutural à instituição psiquiátrica, seus saberes e práticas. Como processo histórico, insere-se em uma

totalidade complexa e dinâmica. Portanto, também é determinado nacionalmente pelo processo de redemocratização em curso no país, a partir daquela época.

Segundo Amarante (2007), o movimento de reforma psiquiátrica brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial – para além da “queda dos muros manicomiais” em sentido físico, e a construção de novas realidades, conforme novas bases epistemológicas, políticas e sociais, operando transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura.

Entretanto, Amarante (1995, p. 84) nos alerta que “um serviço externo não garante sua natureza não manicomial, pois pode reproduzir os mesmos mecanismos ou características da psiquiatria tradicional”. Para tanto, não basta apenas a retirada dos hospitais psiquiátricos e a instauração de novos dispositivos assistenciais substitutivos, mas é necessária uma reformulação das práticas e relações que são estabelecidas entre os sujeitos envolvidos.

A institucionalização da assistência psiquiátrica no contexto mato-grossense

Conforme Silva (1996), a exemplo do Rio de Janeiro e outras capitais da região Sudoeste e Nordeste do Brasil, Cuiabá também adotou medidas de higiene no século XIX. Entre elas, pode-se citar a fundação da Santa Casa de Misericórdia, primeira instituição médica de Mato Grosso, fundada em 1816.

Mesmo com todo empenho da sociedade e da política em construir uma cidade moderna, buscando trazer o modelo de urbanização e higiene da corte, Volpato (1993, p. 106) afirma que:

No final de século XIX, a capital do Mato Grosso continuava sendo uma cidade do interior, pequena e pacata. Apesar da preocupação expressa em muitos discursos sobre a necessidade de proceder a urbanização e saneamento da cidade, as ruas e praças continuavam sem adornos, ajardinamento ou arborização. O lixo continuava sendo jogado nas ruas, a roda de expostos³ continuava sendo desprezada e as mulheres do povo continuavam sem ter vergonha de criar seus filhos bastardos. Uma cidade pequena, pacata e pobre.

As condições geográficas, políticas e sociais de Cuiabá marcaram um período de meio século de atraso. Cabe salientar que as condições geográficas da época em Cuiabá estavam relacionadas ao seu distanciamento dos grandes centros, tais como São Paulo e Rio de Janeiro. Enquanto que as condições políticas e sociais empregavam a esses indivíduos uma

³ Roda dos expostos ou roda da misericórdia, um cilindro de madeira colocado nos conventos e casas de misericórdia a fim de receber crianças enjeitadas frutos de gravidez indesejada.

preocupação de busca a locais para que se pudesse recolher àqueles que fossem considerados alienados e, por fim a higienização dos espaços urbanos. (CRUZ, 1995, p. 68-69)

Conforme Oliveira (1998, p. 67),

[...] o tratamento dispensado aos loucos, que ainda não o haviam incorporado o louco\alienado como objetivo da medicina deixava-os perambular pelas ruas, caso fossem inofensivos, ou, eram recolhidos em casa pela família, caso as possuíssem, ou eram presos quando ameaçavam a ordem pública.

Nesse sentido, é importante destacar que não havia uma perspectiva sistematizada de cuidado, mas sim uma compreensão de que os problemas sociais em questão deveriam ser escondidos.

Assim, o “avanço da ciência” em Mato Grosso estava circunscrito na invisibilidade, tanto do poder público que não acompanhava o desenvolvimento do atendimento a essa clientela, como da população que não reivindicava mudanças. Em 1905 foi inaugurada uma ala na Enfermaria da Santa Casa de Cuiabá que atendia especialmente os alienados, ou seja, as pessoas compreendidas como doentes mentais, sendo esta a primeira iniciativa relativa ao atendimento médico à clientela de alienados local. (CRUZ, 1995)

O modelo de atendimento em questão, segundo Cruz (1995), já necessitava de mudanças e o modelo enfermario-prisão, foi instituído como o ideal para o contexto local. Em 1908, o modelo enfermario-prisão recolhia “[...] enfermos sujeitos às perturbações mentais, pois em enfermario livre torna-se difícil evitar a fuga” (CRUZ, 1995, p. 16).

Tal perspectiva denota mais uma vez que o “cuidado” dispensado aos doentes mentais era apenas em apartá-los do espaço social, uma prática discriminatória, excludente e nenhum pouco terapêutica. Estas ações evidenciam uma alienação também por parte da sociedade cuiabana acerca dessas questões de saúde pública.

Em uma perspectiva histórica, podemos considerar que na década de 1930 houve mudanças de caráter predominante em “campanhas sanitárias” em todo Brasil, afetando a forma de compreender o atendimento aos alienados. Entretanto, com ações coordenadas especialmente, à maneira militar, com características nacionais/centralizadoras não consistiram em grande avanço quando pensamos no tratamento humanizado. (BRAGA; PAULA, 1981)

Acerca da relação entre o restante do País e Cuiabá, cabe salientar que, a partir de 1955, houve esforços para uma mudança no modelo de atendimento. Nesse entender, o governo do Estado de Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais “firmaram convênio” tendo como principal objetivo, a construção de um hospital psiquiátrico em

Cuiabá, bem como uma proposta de atendimento que se diferenciava do modelo anterior. Nesse tocante, foi inaugurado em 1957, o Hospital Aduino Botelho, no mesmo local onde existia a “chácara dos loucos”, localizado no que atualmente é denominado Jardim Gramado, no Bairro Coxipó. (BOTARRO, 2005)

No tocante à mudança temporal e histórica, em 1960, o que denominamos de Centro-Oeste do Brasil era pouco povoado, existindo ainda muitas iniciativas para sua construção populacional. Foi neste período e após a década de 1960 que o estado começou uma transformação em relação à migração de pessoas do Nordeste, Sudoeste e Sul do país, no qual resultou também a transformação econômica do estado de Mato Grosso, em outros termos, o processo foi denominado Marcha ou Tora para o Oeste. (PIAIA, 1999)

No que diz respeito às políticas públicas, (OLIVEIRA, 1982, p. 72) afirma que,

[...] ao analisar as políticas de saúde mental brasileiras, nesse período marcado pela segregação e isolamento dos doentes mentais nos anos 60, na década de 70 essa tendência é questionada pelo saber médico e até pela burocracia estatal.

Com o resultado de uma crise na Previdência nos anos 1970, fez-se necessária a criação do Ministério da previdência e Assistência Social (MPAS). Como uma das medidas de racionalização destaca-se a Portaria n.º 32\74 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1974) e o Manual de Assistência Psiquiátrica na Previdência Social do MPAS\75. (BRASIL, 1975)

Nesta mesma década, o estado de Mato Grosso tinha como referência somente um hospital psiquiátrico, o Aduino Botelho, com uma capacidade de leitos bem menor do que a quantidade de pacientes atendidos ou recebidos. Como em qualquer hospital psiquiátrico no Brasil, suas instalações físicas eram precárias, o corpo médico reduzido, a equipe de enfermagem despreparada e insuficiente na manutenção e atendimento da instituição. (OLIVEIRA, 1982)

Nesse sentido, cabe salientar que, em outubro de 1975, depois da publicação da Portaria n.º 108\75, foi necessário criar o Serviço de Saúde Mental, pois Mato Grosso era, na época, a única Federação que ainda não possuía o órgão. (MATO GROSSO, 1975)

Não houve, portanto, em Cuiabá, nas décadas de 60\70, o processo denominado de ‘Indústria da Loucura’, ocorrido em grande parte do território nacional nesta época. Esta discrepância em relação a tendência do descompasso entre a “modernização” das regiões Sul e Sudeste do País e do Estado do Mato Grosso, pois este só veio sofrer as consequências deste impulso modernizante a partir da década de 80. (OLIVEIRA, 1998, p. 76-77)

Em 1979 e 1982, foram implementados cinco polos Regionais de Saúde em Mato Grosso: Polo de Cárceres, Barra do Garças, Rondonópolis, Diamantino e Cuiabá. Posteriormente a esse período, tais hospitais têm operado em modelo de atendimento que visa

à humanização dos processos. Inspirados especialmente nos direitos humanos e na Constituição de 1988 (BOTTARO, 2005, p. 78). Porém, atualmente o Hospital Adauto Botelho foi alvo de investigações por parte do Ministério Público por ferir os Direitos Humanos. (GIVISIEZ; SILVA; COSTA, 2017)

No contexto da reforma psiquiátrica, verificamos um discurso que acena para a desinstitucionalização dos sujeitos. Isso se deve, em grande parte, à construção histórica apresentada anteriormente. Nesse entender, uma nova perspectiva de atendimento ao sujeito visa a sua integração e de sua família aos diferentes espaços sociais, não apartando a pessoa doente dos meios de socialização. Neste sentido, foi percebida a falta de aporte teórico em Mato Grosso que incluísse a família neste processo.

A consequência da reforma psiquiátrica e o impacto na família do doente mental

De acordo com Gonçalves e Sena (2001), a reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes.

Os autores citados acima nos relatam novos desafios frente ao progresso da reforma psiquiátrica, bem como seus atravessamentos na vida dos indivíduos que passaram pelo processo de desinstitucionalização. Com esse novo movimento, abriu-se espaço para inúmeras discussões acerca da subjetividade e identidade do doente mental.

Segundo Gonçalves e Sena (2001), a desinstitucionalização deve ampliar seu repertório de práticas, para além dos leitos de hospitais psiquiátricos. Ela deve considerar um contexto jurídico, político, social e cultural ao qual os indivíduos são inseridos. Se fazendo necessário vê-la como políticas, práticas, formas de cuidar do doente mental, dentro das comunidades. (GONÇALVES; SENA, 2001)

Os referidos autores ainda defendem a ideia de que existe uma prevalência do modelo asilar e institucional nos dias atuais, mesmo depois dos pressupostos defendidos na reforma psiquiátrica e a desinstitucionalização.

A reforma psiquiátrica no Brasil tem alcançado a aceitação de uma grande parte dos profissionais da área da saúde. Porém, foi visto em um contexto social mais abrangente, que uma um número expressivo de famílias não se mostra receptiva à desospitalização do doente mental. Elas defendem a ideia de que ao se desinstitucionalizar o sujeito sem o devido suporte, o cuidado e as responsabilidades referentes a este indivíduo passam às famílias que são despreparadas, assumindo um caráter de sobrecarga de cuidados. Todavia, surge a

necessidade de se fazer refletir em uma responsabilidade coletiva, em que são implicados neste processo a sociedade, a família e políticas públicas relacionadas a esta questão. (GONÇALVES; SENA, 2001)

Os autores Gonçalves e Sena (2001) descrevem a necessidade de se refletir a respeito da responsabilização da reforma psiquiátrica. Eles argumentam que esta responsabilização não deveria se restringir em apenas retirar a pessoa em sofrimento mental de dentro do confinamento dos hospitais, mas sim de levá-lo a algo maior e mais amplo, em que o indivíduo em sofrimento mental seria levado ao encontro de uma vida digna e de direitos.

Vivências familiares

Nos artigos explorados foram evidenciados que ao cuidador é exigido: auxiliar o doente mental em todas as atividades cotidianas e entender sobre a doença mental acometida. A sobrecarga de cuidados e o despreparo físico, social e cultural acabam funcionando como disparadores de conjecturas, que juntas podem afetar a qualidade de vida, tanto dos familiares, como para com aqueles que se encontram em estado de sofrimento psíquico. (KEBBE et al, 2014)

Foi percebido que existe a necessidade de se propor políticas públicas de saúde voltadas à saúde mental de familiares/cuidadores, pois a sua desqualificação implica em uma piora de qualidade de vida, bem como o favorecimento da posição indissociável dos papéis exercidos. Ressaltando as implicações subjetivas de cada um, que devido a imposições diversas como família, sociedade e pela própria necessidade do acometido de sofrimento psíquico, pode ser influenciador de maneira negativa na percepção de si mesmo e na afecção de qualidade de vida. (KEBBE et al., 2014)

Os familiares/cuidadores estão sujeitos a inúmeras dificuldades de cunho físico e emocional, por conta dos investimentos solicitados, que na maioria das vezes, são impostos pelo social. Neste sentido, os autores ressaltam que existe a necessidade de um suporte, de ações que tragam amparo a este público, ajudando a redimensionar de forma sistêmica os comportamentos que cada um exerce no âmbito familiar e social. (KEBBE et al., 2014)

No decorrer de seus escritos, Kebbe et al. (2014) fazem uma crítica em relação ao processo de desinstitucionalização da doença mental, do papel da família e da função da rede de atenção básica à saúde mental. Eles salientam que existe uma necessidade de se conhecer os processos de subjetivação de cada um. Em decorrência disso, a família não deve ser vista apenas como um lugar de convivência, nem como recurso de intervenção, mas, como uma

constitutiva de cidadania, avaliador dos serviços de saúde e principalmente como uma instituição interligada diretamente com o processo em que deve ser cuidada no sentido subjetivo, e vista como parte do processo de desinstitucionalização e não como um todo. Justifica-se que o cuidado do doente mental deve ser partilhado entre família e os serviços oferecidos pelas entidades públicas responsáveis. (SANTIN; KLAFKE, 2011)

A partir da inserção dos descritores desinstitucionalização, saúde mental e família, foi visto nos artigos explorados as vivências das famílias e como se desenvolve o processo de cuidado aos portadores de doenças mentais. A sobrecarga advinda do cuidar foi instituída pela desinstitucionalização. Alguns autores, tais como Soares e Munari (2007, p. 361) salientam que: “o sistema apesar de não ser mais hospitalocêntrico não está centrada no formato, mas sim na instituição”.

Foi vista a necessidade de se conhecer a relação de instituído e instituinte, ao qual a família está inserida. O instituído seria a família e suas construções subjetivas, que vem ao encontro das dificuldades vivenciadas no campo do cuidado.

A instituinte partiria do pressuposto dos serviços de saúde pública oferecidos a esta população que, de acordo com as leituras expostas, também possuem particularidades que merecem atenção. Salientamos que, apesar da desospitalização dos acometidos por transtornos mentais ser algo concreto, ela ainda se vê perpassada por inúmeras circunstâncias. As famílias desconhecem seu real papel como corresponsabilizadoras no processo de tratamento, ao passo que a saúde pública, tendo sua atuação na individualização, não desconsidera a família em sua assistência terapêutica.

O artigo de Soares e Munari (2007) evidencia que mais de 3% da população com transtornos mentais severos e persistentes representam atualmente um problema de saúde pública e que o cuidar é expresso de forma compartilhada. Salientam, ademais, que as equipes de saúde devem procurar conhecer a realidade de cada família. Eles têm que ir além do manejo de instrumentalização, mas também considerá-los como indivíduos que precisam ser cuidados. Na dialética família e instituição, foi encontrado que ambas enfrentam dificuldades do ato de cuidar.

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No decorrer das leituras realizadas foram percebidos os avanços ocorridos em torno do que em seus primórdios era chamado de “loucura”, palavra usada na generalização daqueles que não correspondiam às regras institucionalizadas pela sociedade, sejam acometidos ou não

de doenças mentais. Tais motivos levavam à exclusão e enclausuramento desses indivíduos. Portanto, essa visão entrou em declínio a partir das ideias de Pinel com o processo de desinstitucionalização, mas ele, na medida em que “libertou as correntes”, aprisionou os doentes mentais em sintomatologias, o que, posteriormente, possibilitou aprisioná-los ao tratamento medicamentoso.

No Brasil, a reforma psiquiátrica objetivou-se com a junção de vários movimentos que foram observados desde as lutas pelo fim dos manicômios, como a reivindicação de condições de trabalho mais adequadas, bem como a solicitação de participações no desenvolvimento nas atividades voltadas à saúde mental dentro das políticas de saúde, visto que essa reforma volta a assistência para redes de atendimento juntamente com a família, sendo esta corresponsável pela reinserção social daqueles que se encontram em sofrimento psíquico.

A família, como primeira instituição de suporte para os processos de subjetivação dos sujeitos, bem como sendo a mediadora entre as redes de apoio e o próprio acometido de sofrimento psíquico, não deve ser desconsiderada no contexto das políticas públicas de saúde mental na construção da identidade social e o desenvolvimento da autonomia destas pessoas, pois a partir desta junção é que se torna possível a reestruturação e reinserção desses indivíduos no processo de humanização proposto pela desinstitucionalização.

A necessidade de reformulação de atenção à família se fez pertinente em quase todos os textos, devido à falta de teorização que embasasse uma terapêutica focal de atuação. O suporte emocional é um fator preponderante para que os núcleos familiares possam estabelecer junto com o serviço público, uma promoção a saúde, bem como a reintegração social do indivíduo portador de transtorno mental na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de desinstitucionalização tem como finalidade imprescindível a mudança das práticas instituídas do cuidar para um processo de humanização para com aqueles que se encontram em sofrimento psíquico, envolvendo a sociedade e a família na construção das políticas públicas atuais. A família tem uma visão na qual não se cabe apenas a desospitalização, mas sim, uma forma de reinserção dos acometidos por transtornos mentais em todos os seus âmbitos.

Neste contexto, o presente trabalho intentou analisar a compreensão das famílias desinstitucionalizadas sobre este processo, bem como sua visão em relação às políticas de saúde pública para que o fim dos manicômios não se torne um problema familiar e/ou

governamental, mas sim um processo de integração social, em que todos seriam implicados nesta nova forma de conhecer e tratar os doentes mentais.

As formas segundo as quais as famílias entendem esse processo é parte fundamental para que a reestruturação daqueles que por sua vez tiveram sua identidade retirada com o intuito de categorizar e identificar os doentes mentais em uma categoria única, “os loucos”, pois todos tendem a repetir o que já é institucionalizado, reforçando um tratamento que não considera a singularidade como um dos componentes que estruturam esses indivíduos.

Por conseguinte, a família como corresponsável e sujeito intersubjetivo frente aos cuidados para com aqueles que são acometidos de sofrimento psíquico e, que por sua vez eram reservados ao modelo asilar, tem estes cuidados transferidos para si, tornando-a parte de uma rede fundamental de acompanhamento na reinserção social e as relações estabelecidas no contexto ao qual estes indivíduos estão inseridos.

O processo de cuidar daqueles que se encontram em sofrimento psíquico vai além do ato de cuidar, envolvendo questões como afetividade, acolhimento e proteção, sendo estas bastante importantes na estruturação da autonomia destes indivíduos, bem como estruturando uma ponte de acesso às redes de atenção para uma totalização do cuidado àqueles que se encontram em sofrimento psíquico. Já o processo de cuidado à família não deve se restringir apenas ao entendimento da doença e sua manutenção, e sim como sujeitos intersubjetivos, que possuem papéis relevante e que necessitam ser ouvidos e acolhidos pelos serviços de saúde pública para que assim possam fazer parte do processo de desinstitucionalização, não como meros cuidadores, mas sim como parte atuante.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995, p. 51-85.

AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003, v. 3.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BRAGA, J. C.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudo da Política Social**. São Paulo: Hucitec/CEBES, 1981.

BRASIL. Leis etc. Portaria n. 32 de janeiro de 1974. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 de janeiro de 1974.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência social. **Assistência psiquiátrica na Previdência Social**. Brasília, DF, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretária Executiva Subsecretária de Assuntos Administrativa. Coordenação Geral de Documentação Informação Centro Cultural de Saúde. **Memória da Loucura**, Ministério da Saúde, Secretária Executiva, Secretária de Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Documentação e informação, Centro Cultural de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARDOSO; F. H. **Lei nº 10216, Reforma Psiquiátrica**, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 05 ago. 2017.

CRUZ, V. S. **Remover e excluir**: considerações sobre as instituições psiquiátricas em Mato Grosso (1900-1920). 1995. (Trabalho de Conclusão de Curso). Licenciatura e Bacharelado em História. Universidade Federal de Mato Grosso, 1995.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. Tradução de Jose Teixeira Coelho Neto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexão sobre o cuidado com o doente mental na Família. **Latino-americana de Enfermagem**, 2001, março, v. 9 n. 2, p. 48-55. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rla/enf>. Acesso em: 10 set. 2017.

HARTMUT, G. **Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa**: esta é a questão. Universidade de Brasília, 2006.

KEBBE, L. et al. Cuidado da Família com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 494-505, jun./set., 2014.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MATO GROSSO, Secretária de Estado da Saúde. **Relatório de Atividade do ano de 1975**. Período de: 15-03-75 a 31-12-75. Cuiabá-MT, 1975.

MATO GROSSO. Secretária de Estado da Saúde. **Relatório de Atividades**. Anos 1979-1982. Cuiabá, MT, 1982.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: investigações em Psicologia Social. Tradução Pedrinho Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, A. G. B. **A história de um louco**: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá. Florianópolis-Cuiabá. 1998. 114 f. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Universidade de Santa Catarina, Universidade Federal de Mato Grosso, 1998.

PIAIA, I. I. **Geografia de Mato Grosso**. 2. ed. Cuiabá: EdUNIC, 1999.

SANTIN, G.; KLAFKE; T. E; A Família e o Cuidado em Saúde Mental, **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul., 2011.

SILVA, I. M. F. **A democratização da política de saúde em Cuiabá**: estudo do conselho municipal de saúde – gestão 93/95. 1996. 156 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

VOLPATO, L. R. R. **Cativos do Sertão**: vida cotidiana e escravidão em Cuiabá em 1850-1888. São Paulo: Marco Zero; Cuiabá: EdUFMT, 1993.

ANEXOS

ANEXO 1- Levantamento de Material discursivo 1974 até 2011

Autores	Ano de publicação	Título da obra	Tema
BRASIL, LEIS E ETC. PORTARIA Nº 32 DE 22 DE JANEIRO	1974	Diário Oficial da União, Brasília, 22 de janeiro	Leis
BRAZIL, MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL	1975	Assistência Psiquiátrica na Previdência Social, Brasília, DF	Direito em Saúde mental
MATO GROSSO, SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE	1975	Relatório de Atividades do Ano de 1975. Período de 15-3-75 a 31-12-75 Cuiabá-MT	Leis
BRAGA, J. C., PAULA, S.G.	1981	Saúde e Previdência	Reforma Psiquiátrica
ALESSI, N. P.	1982	O Significado Social das Políticas de Saúde Mental no Brasil. Neurobiol, Recife, n. 45, v. 3, p. 221-228, Jul\set	Saúde Mental
MATO GROSSO, SECRETÁRIA DE SAÚDE	1982	Relatório de Atividades anos 1979-1982 Cuiabá-MT	Acompanhamento da Saúde Mental em MT
VOLPALO, L. R. R.	1993	Cativos do Sertão: Vida Cotidiana e Escravidão em Cuiabá em 1850-1888. São Paulo Marco Zero; Cuiabá	
RESENDE, H.	1994	Política de Saúde Mental no Brasil uma Visão Histórica.	Saúde Mental
CRUZ, V. S.	1995	Remover e Excluir. Considerações Sobre as Instituições Psiquiátricas em Mato Grosso-MT (1900-1920) Cuiabá. Mamografia de Conclusão de Curso	ReformaPsiquiátrica
AMARANTE.P.	1995	Loucos Pela vida a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil	Reforma Psiquiátrica
SILVA, I. M. F	1996	A Democratização da política de saúde no Brasil	Reforma Psiquiátrica
OLIVEIRA, A. G. B. de	1998	A História de um Louco. Reflexões Sobre o Modelo Tecnológico Psiquiátrico em Cuiabá	Reforma Psiquiátrica
PIAIA. I. I.	1999	Geografia de Mato Grosso. 2. ed., Cuiabá	Dados Estatístico
AMARANTE. P.	2003	Saúde Mental, Políticas e Instituições	Reforma Psiquiátrica
MINISTÉRIO DA SAÚDE	2003	Manicômios, Prisões e Conventos Brasil	Instituições
MOSCOVICI, SERGE	2003	Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social	Psicologia Social

OLIVEIRA, ALICE GUIMARÃES BOTTARO de	2005	Superando Manicômios Desafio na Construção da Reforma Psiquiátrica	Reforma Psiquiátrica
JODELET, DENISE	2005	Loucuras e Representações Sociais	Loucura
HARTMUT GÜNTHER	2006	Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a questão. Universidade de Brasília (Artigo)	Pesquisa
AMARANTE, P.	2007	Saúde Mental e Atenção Psicossocial	Desconstrução da Realidade Manicomial
MARCONI, MARIA DE ANDRADE; LAKATOS, EVA MARIA	2008	Metodologia do Trabalho Científico	Pesquisa científica
SANTOS, GENIANA DOS.	2009	As Representações Sociais de Licenciados em Pedagogia da UFMT, Campus Cuiabá	Dissertação
FOUCAULT, MICHEL	2010	História da Loucura na Idade Clássica	Concepção da Loucura
LENZ, ALINE	2011		Loucura