



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-Eixo: Ênfase em Concepção

## FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE A CONVOCAÇÃO DA FAMÍLIA NAS LEIS FEDERAIS REGULADORAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Érica Rodrigues Paixão<sup>1</sup>  
Laíne Mara Oliveira Marques<sup>2</sup>  
Ronaldo Alves Duarte<sup>3</sup>

**Resumo:** Neste artigo, por meio de uma pesquisa documental, analisamos como leis federais reguladoras da Política de Saúde Mental brasileira têm convocado a família a fazer parte dos cuidados em saúde mental. Constatamos que a participação do grupo familiar nos cuidados ofertados à pessoa com transtorno mental, vem sendo fruto de uma construção social, política, econômica e histórica.

**Palavras Chave:** Política pública de saúde mental, Leis federais, Família.

**Abstract:** In this article, through a documentary research, we analyze how federal laws regulating the Brazilian Mental Health Policy have called the family to be part of mental health care. We found that the participation of the family group in the care offered to the person with mental disorder has been the result of a social, political, economic and historical construction.

**Keywords:** Public policy of mental health, Federal laws, Family.

### INTRODUÇÃO

Os conceitos de ‘política social’ não são consensuais. A contrário, são polissêmicos; o que leva alguns autores como Pereira (2011, 2. 165) afirmar que “não é fácil conceituar e definir política social, porque existem tantas definições, quantos autores ou atores que tentam compreendê-la e colocá-la em prática”. Embora seja difícil definir precisamente a política social, é consenso entre algumas autoras que essa política está contida no conjunto das políticas públicas. Isto é, “a política social é uma modalidade de política pública” (VIANNA, 2002, p. 01); “a política social se afigura uma política pública, isto é, um tipo, dentre outros, de política pública” (PEREIRA, 2011, p. 173); ou ainda “a política pública é uma espécie do gênero política pública” (PEREIRA, 2009, p. 92).

Na concepção de Pereira (2009, 2011) a política social – tal qual as demais políticas públicas – deve ser norteada pela justiça social, pela cidadania e pela garantia de direitos. A

---

<sup>1</sup> Profissional de Serviço Social, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Divinópolis-MG, E-mail: ronaldosocial1@gmail.com.

<sup>2</sup> Profissional de Serviço Social, Secretaria Municipal de Assistência Social de Pequi - MG, E-mail: ronaldosocial1@gmail.com.

<sup>3</sup> Professor com formação em Serviço Social, Universidade do Estado de Minas Gerais - Unidade Divinópolis, E-mail: ronaldosocial1@gmail.com.

autora destaca que os direitos aos quais a política social se vincula e defende são os sociais. Considerados como direitos básicos e fundamentais, os direitos sociais buscam promover a justiça social, bem como diminuir as desigualdades sociais, assegurando assim melhores condições de vida para a população.

A Constituição Federal brasileira de 1988 define como sendo “direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos desamparados” (MINAS GERAIS, 2013, p. 36).

Fleury e Ouverney (2012), Hofling (2001), Vianna (2002) e Ortuso e Giovanni (2015) vinculam a política social a um determinado sistema de proteção social, seja ele na modalidade de Assistência, de Seguro, ou de Seguridade Social. Nestes termos, para Hofling (2001, p. 31) a política social “se refere a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando à diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico”. Já para Fleury e Ouverney (2012, p. 36) a política social é entendida “como ação de proteção social que compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam desenvolver as responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social e do bem estar”. Para Vianna (2002, p. 02) a “política social é ação governamental com objetivos específicos relacionados com a proteção social”. Já para Ortuso e Giovanni (2015, p. 766) “a política social define-se em razão de seus componentes históricos e [...] está sempre referida a um conceito mais amplo de sistema de proteção social.”

Cabe destacar que, em linhas gerais, os sistemas de proteção social baseiam-se em um conjunto de estratégias e ações desenvolvidas e articuladas entre o Estado e a Sociedade Civil para fazer frente às necessidades dos cidadãos. Isto é, uma forma de protegê-los, minimizando o impacto dos riscos associados a eventos como doenças, acidentes, morte, desemprego, envelhecimento, etc. Nas palavras de Ortuso e Giovanni (2015, p. 768), “os grandes sistemas de proteção social modernos, são na verdade, sistemas de políticas sociais que apresentam características próprias, diferentes graus de integração e diversos potenciais de proteção aos seus cidadãos, dependendo do país e do momento histórico”

No caso do sistema de proteção social brasileiro, desde a Constituição Federal de 1988 ele passou a se organizar com base no modelo de Seguridade Social, o qual introduziu a noção de direitos sociais universais – pelo menos no caso da saúde – como um dos elementos estruturantes da cidadania. Se antes o direito social à saúde era garantido somente aos beneficiários da previdência, a partir de 1988 o modelo de Seguridade Social

traz a possibilidade de ampliá-los (BOSCHETTI, 2009; FLEURY, 2006). A proteção social, através da Seguridade Social, aparece inscrita no texto da Constituição Federal brasileira como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (MINAS GERAIS, 2013, p. 40). Com isso, o direito à previdência social passa a ser garantido a todos os contribuintes; a Saúde passa a inscrever-se na universalidade do direito; e a assistência social passa a garantir o direito a quem dela necessitar. Logo, temos, então, a política de saúde constitucionalmente definida como uma política social, a qual é parte integrante do sistema de proteção social brasileiro.

Cabe destacar que a política social tem sua concepção forjada em meio a processos bastante dinâmicos e complexos. Sendo uma dentre as várias políticas sociais, a política de saúde também tem seu surgimento e sua evolução como resultado dos embates e disputas de interesses contraditórios e antagônicos comumente presentes na relação entre o Estado e a Sociedade Civil. Assim, essa política social guarda estreita relação com o Estado, os governos, a Sociedade Civil, os movimentos sociais, dentre outros atores sociais. E como qualquer outra política social ela envolve diversidade de demandas, de um lado, e escolhas e tomadas de decisões (ou não), de outro. Logo, enquanto uma política social, a política de saúde precisa ser percebida de forma crítica e contextualizada, levando-se em consideração o tempo e o espaço onde se materializa e os interesses e correlação de forças dos atores que a conforma. Neste sentido, tal qual o alerta feito por Baptista e Matos (2011) acerca da política pública, Titmuss (1981 apud PEREIRA, 2011, p. 171) orienta que “o estudo da política social não pode se separar do exame da sociedade como um todo, no conjunto de seus variados aspectos históricos, culturais, sociais, econômicos e políticos”.

No caso específico da saúde mental, a política direcionada para esta área organiza-se como uma das faces da política de saúde, a qual é proposta nacionalmente pelo Ministério da Saúde. Assim, a política social de saúde mental vem sendo concebida pela institucionalização, junto ao setor público de saúde, de uma série de ações e estratégias para o enfrentamento de problemas e demandas postas, desde a década de 1980, pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Nesse contexto, o ápice de construção dessa política se deu por ocasião da promulgação da lei federal 10.216 em 2001, a qual consolidou os preceitos da Reforma Psiquiátrica como uma política de Estado (VASCONCELOS, 2008). Desde então, a atual política nacional de saúde mental brasileira configura-se em um arcabouço de inúmeras estratégias para o enfrentamento das questões vivenciadas pelas pessoas com transtorno mental. As ações empreendidas com essa finalidade têm por elemento norteador o paradigma do cuidado integral e da reinserção sócio-familiar direcionado à pessoa com transtorno mental em implantação no Brasil desde os anos 2000.

Cabe destacar que esse novo modelo assistencial apresentou uma proposta que dependia de uma participação mais efetiva do grupo familiar. Isso porque, nessa nova aceção, o tratamento ou boa parte dele seria realizado dentro do ambiente doméstico. Em sendo assim, a família passou a constituir-se como um dos importantes pontos da rede de atenção à pessoa com transtorno mental. Com isso, ocorre a convocação da família pela política pública de saúde mental, para que a primeira passasse a integrar as ações assistenciais direcionadas à pessoa com transtorno mental. No que diz respeito a essa nova modalidade de atendimento em saúde mental ancorada na família, bem como à entrada do grupo familiar na agenda das políticas sociais, Carvalho (2003, p. 17) afirma que “há no desenho da política social contemporânea um particular acento nas microssolidariedades e sociabilidades sociofamiliares pela sua potencial condição de assegurar proteção e inclusão social”. Isso permite afirmar que, nos dias de hoje, o potencial protetor e relacional atribuído à família está sendo amplamente aproveitado pela política de saúde mental, fazendo do grupo familiar “‘um miniprestador’ de serviços de proteção e inclusão social” (CARVALHO, 2003, p.18 Grifos da autora).

Nestes termos, a partir da Lei 10.216/2001, a política de saúde mental brasileira passa a ter uma concepção de que o cuidado integral a ser ofertado à pessoa com transtorno mental só pode ser alcançado de forma plena se houver um envolvimento do grupo familiar em todo o processo de cuidados concebido pelas ações e serviços em saúde mental. Entretanto, cabe destacar que nem sempre foi assim.

Deste modo, o presente texto, fruto de uma pesquisa realizada para a elaboração de um Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social na Universidade do Estado de Minas Gerais, busca compreender como e quando a Política Nacional de Saúde Mental passou a convocar a família como elemento integrante das ações assistenciais direcionadas à pessoa com transtorno mental.

## **METODOLOGIA**

Nas últimas décadas, o discurso político do campo da saúde mental no Brasil, veio se constituindo pela institucionalização, junto ao Governo Federal, de uma série de documentos legislativos que propuseram ações e serviços para o enfrentamento de problemas e demandas postos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Assim, a produção normativa dos documentos governamentais que formalizaram e constituíram o conteúdo da atual política de saúde mental sintetiza um “consenso possível” (BRASIL, 2004) resultante de um conjunto de embates e conflitos de interesses defendidos pelos diversos atores políticos presentes nesta área. Analisando essa situação, Borges e Baptista (2008, p. 457) afirmam que “sob a produção normativa, existe uma sustentação política, jurídica e

teórico-conceitual que dá o tom da Reforma Psiquiátrica em curso”. Além disso, continuam as autoras, “essas normativas têm o poder de desenhar limites, na medida em que abrem algumas possibilidades e fecham outras, indicando um caminho a ser seguido” (BORGES e BAPTISTA, 2008, p. 457).

Tendo isso como pressuposto, a análise documental do acervo normativo pertinente à política de saúde mental se constituiu como uma estratégia produtiva para uma melhor compreensão do conteúdo desta política social. Nestes termos, realizamos uma análise documental de parte da legislação direcionada ao campo da saúde mental expedida no âmbito do Governo Federal. Dessa forma, por meio de uma pesquisa exploratória no site oficial do Ministério da Saúde, especificamente no portal centro cultural<sup>4</sup> encontramos os três documentos federais que reguladores da Política de Saúde Mental brasileira emitidos respectivamente em 1903, 1934 e 2001. São eles: o Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903, que reorganiza a Assistência a Alienados; o Decreto nº 24.559 de 1934, que dispõe sobre a profilaxia mental; e a Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e o direito dos portadores de transtorno mental, bem como regula o modelo assistencial vigente.

Feito esse apanhado geral, procedemos com uma leitura exaustiva dos documentos selecionados, estabelecendo assim, um contato direto e intenso com o conteúdo do material pesquisado. Esta leitura nos possibilitou localizar, nos documentos selecionados, todos os aspectos que se relacionam com a participação da família no cuidado à pessoa com transtorno mental.

Para proceder com a análise dos dados coletados, foi realizada uma análise de conteúdo, que se orientou por um estudo comparativo entre os três documentos federais. Tal análise comparativa, considerou o contexto histórico, econômico, político e social em que cada documento foi promulgado.

## **ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A partir da leitura criteriosa dos três documentos federais reguladores da Política de Saúde Mental brasileira, observamos avanços gradativos em relação à convocação da família para integrar o conjunto de atores sociais responsáveis por oferecer cuidados à pessoa com transtorno mental.

O primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o Hospício Pedro II, foi inaugurado em 1852, ainda no período Imperial. Sua intervenção assumia uma perspectiva caritativa e asilar, buscando resolver os problemas de ordem pública. Após a proclamação da República em 1889, os hospitais psiquiátricos foram secularizados e sua intervenção passou a ser com base na ciência. Assim, em 1890, foi criada a “Assistência Médica e Legal dos Alienados

<sup>4</sup> Cf. <http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/leis.php>

para organizar a assistência psiquiátrica no país, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores da República” (ROSA, 2003, p. 88). Somente 51 anos após a criação do Hospício Pedro II, foi promulgada a primeira lei federal no âmbito da saúde mental. Assim, o Decreto nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 surgiu para regulamentar os hospitais psiquiátricos.

No que tange à questão do cuidado, ao analisarmos esse Decreto, podemos perceber que sua preocupação maior estava mais voltada para a ordem pública, do que propriamente à pessoa com transtorno mental. Segundo esse Decreto, quem compromettesse a ordem era recolhido e levado a estabelecimentos para alienados, que poderiam ser públicos ou privados. Nestes termos, “o indivíduo que por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados”.

Ainda de acordo com o Decreto 1132/1903, os familiares ou responsáveis que até então estavam à frente da tarefa de cuidar, poderiam tratar o enfermo em seu domicílio. Para tanto, a família tinha a função de comunicar a autoridade, se porventura, as atitudes que caracterizavam seu familiar como um alienado permanecessem por mais de dois meses. Deste modo, o poder público, através dos hospitais, passava a ser o principal ator no cuidado dos alienados, restando à família um papel coadjuvante.

Sabe-se que um dos papéis desenvolvidos pela família é o de garantir as necessidades iniciais do indivíduo, além de ser um núcleo afetivo de acolhida e socialização. Todas essas responsabilidades estão intrinsecamente relacionadas ao cuidado, porém, esse papel da família nunca foi considerado pelo Decreto 1.132/1903 no que diz respeito ao tratamento proposto pela política de saúde mental da época. Cabe salientar que nesse período, sob as influências das ideias europeias<sup>5</sup>, ainda se considerava o princípio do isolamento dos doentes. Dessa forma, os alienados eram afastados dos familiares e da sociedade. A família era, de fato, apontada e considerada como prejudicial aos alienados, os quais necessitavam de ajustes éticos, como disposto em Castel (1978, p. 86, 87 *apud*. AMARANTE, 2011, p. 32).

em geral é tão agradável para um doente estar no seio de sua família e aí receber os cuidados e as consolações de uma amizade terna e indulgente, que enuncio, penosamente, uma verdade triste, mas constatada pela experimentação repetida, qual seja, a absoluta necessidade de confiar os alienados a mãos de terceiros e de isolá-los de seus parentes. As ideias confusas e tumultuosas (...) exigem um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular desta enfermidade, que só podem ser reunidas num estabelecimento que lhe sejam consagrados.

---

<sup>5</sup> A ideia era de que a loucura deveria ser afastada de qualquer intervenção externa, para que esta possa ser estudada, avaliada e entendida em seu “estado puro”. Ou seja, “o princípio do isolamento estaria associado à própria produção do conhecimento no campo do alienismo” (AMARANTE, 2011, p. 31,32).

Assim, a participação familiar em relação ao preconizado no Decreto nº 1.132/1903, se resumia em levar o paciente ao hospital e depois buscá-lo. Ou então, assumir sozinha os cuidados do paciente em seu domicílio, não havendo ações conjuntas entre serviço de saúde mental (leia-se hospital psiquiátrico), e o grupo familiar.

No Decreto nº 1.132 de 1903, não há referência à reinserção social e percebe-se uma ausência de planejamento no que tange a intenção da reintegração do alienado ao grupo familiar e ao meio social. Observa-se então, a omissão do Decreto em regulamentar a reinserção social e vincular a família no processo de retorno do alienado para casa e para a sociedade. De fato, não se pensava em um processo de retorno. Como já mencionado anteriormente, o papel da família estava restrito em levar o indivíduo ao hospital psiquiátrico e o buscar, quando o familiar solicitasse a saída.

No período posterior à promulgação do Decreto nº 1.132, as ideias higienistas no âmbito da saúde geral se disseminaram pelo país afora alcançando a saúde mental. Foi nesse contexto que surgiu a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), principal influência para as ações higienistas e profiláticas a serem absorvidas pela política pública de saúde mental. Dessa forma, “as predisposições hereditárias são colocadas no primeiro plano da análise, e a eugenia, por intermédio do extermínio físico ou esterilização sexual dos grupos considerados patológicos e comprometidos é apontada como a única solução” (ROSA, 2003, p. 92).

No contexto sócio-político, os movimentos operários intensificaram as pressões sobre o Estado e o sistema de proteção social foi conquistado, marcado pela Revolução de 1930. Reforçando a conquista dos direitos, a Constituição de 1934 foi “a primeira carta a incorporar um capítulo destinado à ordem econômica e social, reconhecendo direitos sociais” (ROSA, 2003, p. 94).

Neste contexto, trinta e um anos após a primeira Lei Federal, sob a influência do movimento de higiene mental e na perspectiva da Constituição Federal de então, o Decreto nº 24.559 foi promulgado em 1934, estabelecendo o hospital psiquiátrico como principal meio para o cuidado à pessoa com transtorno mental.

Assim, no Decreto nº 24.559/1934, é percebido um avanço no que tange ao cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental. Neste documento federal, a família passou a ser entendida como um mecanismo importante para a socialização do doente. Entretanto, os hospitais psiquiátricos, entre os anos de 1930 e 1940, estavam concentrados nas grandes capitais dos Estados brasileiros. E considerando que o Brasil é um país de grande dimensão territorial, podemos dizer que embora muitos Estados da Federação dispusessem de um hospital, centenas de municípios brasileiros ficavam geograficamente distantes dessas

instituições. Desse modo, os hospícios ficavam distantes de muitas famílias, dificultando um acompanhamento próximo à pessoa com transtorno mental.

Nestes termos, compreendendo a importância do grupo familiar para reinserção social do doente mental, o Decreto nº 24.559 institui a chamada assistência hetero-familiar. Ela implica na socialização dos doentes por meio de famílias alternativas, que por sua vez ficavam próximas aos hospitais (Art. 3º, § 1º do Decreto nº 24.559/1934).

Amarante (1982, *apud.* ROSA, 2003, p. 90), analisando sobre a implicação deste termo do documento normativo, afirma que a assistência hetero-familiar, preconizada pelo decreto 24.559/1934 “[...] colocava os internos do asilo para residirem nos domicílios de enfermeiros do hospital psiquiátrico ou moradores próximos do asilo, que, mediante o recebimento de uma pensão, iriam acompanhá-los em sua reinserção social por meio das atividades agrícolas.”

Nota-se que, embora não seja o grupo familiar de origem, a família preconizada neste tipo de assistência se torna uma referência e um elo importante para religar o indivíduo ao meio social, sendo, pois, importante frisar que a reinserção social é feita também através da integração familiar.

Além da Assistência hetero-familiar, é importante observar outros avanços no Decreto nº 24.559, no que tange a sua atenção ao processo de reinserção do psicopata ao meio social e ao grupo familiar. Assim, era previsto pelo Decreto a possibilidade de uma licença clínica, que poderia ser concedida em vista de alguns critérios. O primeiro deles é “promover a experiência de reintegração no meio social ou familiar” (Art. 22, § 1º, inciso I do Decreto nº 24.559/1934).

Observa-se então, no que diz respeito à participação da família no cuidado proposto, que o Decreto de nº 24.559/1934 apresenta um avanço em relação ao Decreto de nº 1.132/1903, de forma a reconhecer a importância do cuidado junto ao grupo familiar, ainda que esse cuidado não fosse processado pela família de origem.

Após a promulgação do Decreto nº 24.559/1934, o período de tempo até a aprovação da Lei nº 10.216/2001, foi de sessenta e sete anos. Durante esse período, muitas transformações ocorreram e, dentre elas, alguns fatos influenciaram diretamente a direção da Política Pública de Saúde Mental.

Em 1955, houve a disponibilização dos psicofármacos, o que promoveu e inovou a perspectiva de tratamento psiquiátrico. Já em 1964, a instituição do movimento militar transformou profundamente o processo político que até então se desenvolvia. Em 1966, a cobertura médico-assistencial é ampliada para a psiquiatria. Assim,

a massificação da assistência psiquiátrica no pós-64, além de mudar o perfil social da população psiquiátrica, que majoritariamente passa a ser constituída por trabalhadores previdenciários urbanos [...] altera também o perfil nosológico, pela



extensão da cobertura dos serviços para diagnósticos mais leves, principalmente neurose e alcoolismo, psiquiatrizando muitos dos problemas sociais (ROSA, 2003, p. 100).

Já na década de 1970, com o surgimento do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, foram introduzidas ideias contra o sistema psiquiátrico, demandando a extinção do modelo asilar e melhores condições de tratamento às pessoas com transtorno mental.

Com a queda do regime militar em 1985, a Nova República dá espaço para a Constituição Federal de 1988, que restituiu os direitos civis cerceados no período militar e elevou a saúde ao patamar de política social integrante da Seguridade Social brasileira, conferindo-lhe o caráter de direito universal.

Neste contexto de transformações políticas e sociais, o Movimento pela Reforma psiquiátrica se fortaleceu e conseguiu pautar junto ao Congresso Nacional uma estratégia de militância no plano legislativo através do Projeto de Lei n.º 3.657 de 1989. Porém, somente após doze anos de tramitação no Parlamento nacional, o Projeto de Lei n.º 3.657/89, após profundas modificações se configurou na Lei n.º 10.216, promulgada em 06 de abril de 2001.

No que diz respeito à Lei n.º 10.216/2001, as possibilidades de cuidado foram ampliadas, apresentando a dimensão da territorialidade e introduzindo a perspectiva do cuidado integral. Essa Lei passou a garantir como direito da pessoa com transtorno mental o cuidado, a proteção e o tratamento com humanidade e respeito. Tal tratamento, segundo a Lei 10.216/01 deve ocorrer em espaços terapêuticos, sendo estes menos invasivos e de preferência em serviços abertos.

Enquanto nos dois Decretos federais anteriores, o cuidado à pessoa com transtorno mental estava centrado predominantemente no hospital psiquiátrico, na perspectiva da Lei n.º 10.216/2001, o cuidado ocorre preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental (Art. 2º, parágrafo único, Lei n.º 10.216/01). A Lei representa um avanço revolucionário, ao propor que o cuidado tenha como finalidade permanente a reinserção social do paciente ao seu meio. Logo, todo o processo de cuidado é voltado para a pessoa com transtorno mental, pensando constantemente na sua reinserção social, com o apoio e participação da família. Desse modo, o referido documento insere a família no conjunto de atores responsáveis pelo cuidado à pessoa portadora de transtorno mental. Se uma das finalidades do cuidado é a reinserção social e, tendo em vista que a organização familiar é considerada um dos principais grupos sociais primários, a família se torna um dos mecanismos mais eficientes do processo de reinserção social.

A Lei n.º 10.216 preza por manter o sujeito em seu meio social, de tal maneira que, a internação em hospital psiquiátrico é pertinente apenas quando os recursos extras hospitalares não forem suficientes (Art. 4º, § 1º da Lei n.º 10.216/01). Em contrapartida,

diferentemente dos Decretos anteriores, na Lei nº 10.216, o cuidado à pessoa portadora de transtorno mental em regime de internação é ampliado de forma a prever recursos para um cuidado integral e humanizado. Assim, “O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros” (Art. 4º, § 2º, Lei nº 10.216/01). Além disso, salienta que

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde 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 (Art. 3º, Lei nº 10.216/2001, grifos nossos).

Desse modo, a Lei nº 10.216/2001 abre precedente para a criação de uma rede de serviços de saúde mental de base comunitária e territorializada. Dentre estes serviços, podemos destacar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

De base territorial e comunitária, o CAPS propõe a modalidade de tratamento/dia, em que a pessoa com transtorno mental permanece no serviço apenas no período diurno, enquanto que no período noturno, a mesma retorna para o seu domicílio. Deste modo, o CAPS preza, como previsto na Lei nº 10.216/2001, a recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Ampliando os avanços ocorridos na política pública de saúde mental, a Lei 10.216/2001 documento declara que são direitos da pessoa com transtorno mental

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Art. 2º, Lei nº 10.216/2001).

Nota-se, assim, que são inegáveis os avanços trazidos pela lei 10.216 no que tange aos direitos e à cidadania da pessoa com transtorno mental, bem como para a área da saúde mental como um todo. Como exemplo desses avanços, destacamos o fato de o tratamento – termo utilizado textualmente na lei – estar vinculado à noção de cuidado integral. Desse modo, como se lê no fragmento do texto da lei recortado acima, à pessoa com transtorno mental estava garantido o direito de receber uma assistência digna, humanizada e respeitosa, cujo objetivo exclusivo era o de atendê-la de forma singular e de acordo com as necessidades específicas de seu caso. Logo, como se lê no trecho transcrito, tal assistência não se resumia à mera eliminação dos sintomas inerentes aos transtornos mentais, mas almejava reestabelecer a saúde mental do usuário e a sua reinserção sócio-

familiar-comunitária, modificando sobremaneira, como se percebe, o interesse central do atendimento em saúde se comparado à perspectiva hospitalocêntrica.

Dessa maneira, tendo em vista os Decretos nº 1.132/1903 e 24.559/1934, a Lei nº 10.216/2001 representa um avanço considerável no que tange a participação da família no cuidado ofertado à pessoa com transtorno mental. Assim, as mudanças trouxeram paulatinamente maiores possibilidades para o tratamento humanizado, com a integração social e a autonomia às pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

Diante Do exposto, é possível constatar que a Lei nº10.216/2001 preconiza a necessidade de proteger e garantir a autonomia da pessoa com transtorno mental ante seu próprio tratamento. A família por sua vez, também é considerada e vista como interessada no processo e nas ações previstas pela política de saúde mental a partir da Lei 10.216/01. Logo, o familiar e o paciente, se tornam os protagonistas e principais interessados no cuidado, pois o foco se volta para a qualidade de vida, respeito, recuperação, inserção social e liberdade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para a realização da pesquisa da qual o presente texto é resultado, realizamos uma pesquisa documental dos três documentos federais reguladores da Política Nacional de Saúde Mental, emitidos nos anos de 1903, 1934 e 2001, buscando compreender como e quando a Política Nacional de Saúde Mental passou a convocar a família como elemento integrante das ações assistenciais direcionadas à pessoa com transtorno mental.

Pudemos constatar que as mudanças ocorridas na concepção da Política Nacional de Saúde Mental foram resultados de lutas sociais e políticas, sendo a sociedade civil organizada, um dos mais importantes atores sociais a pressionar o Estado para impulsionar as transformações ocorridas. Assim, a pesquisa trouxe o entendimento de que a família se relaciona com a Política Nacional de Saúde Mental, de acordo com as mudanças ocorridas no processo histórico.

Nos resultados da pesquisa aqui apresentados, constatamos também que a família, independentemente de sua forma ou de seu arranjo, tem cada vez mais ocupado um lugar de destaque na concepção da política social. Tal situação ficou evidenciada quando os resultados do trabalho apontam para o fato de que a atual política de saúde mental brasileira veio sendo concebida pela Lei 10.216/01 considerando o grupo familiar como ator integrante das estratégias e ações desenvolvidas nesta área.

Nestes termos, tendo em vista os Decretos nº 1.132/1903 e nº 24.559/1934, a Lei nº 10.216/2001 representa um avanço considerável no que tange a participação da família no

cuidado à pessoa com transtorno mental. Assim, as mudanças trouxeram paulatinamente maiores possibilidades para o tratamento humanizado, com integração social e autonomia às pessoas com transtornos mentais e seus familiares.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BAPTISTA, Tatiana W. Faria e MATTOS, Ruben Araújo. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In. BAPTISTA, Tatiana. W. Faria, MATTOS, Ruben Araújo (Orgs) **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: 2011. p. 52-91.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de faria. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política 1990 a 2004**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro. V. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/24.pdf> Acesso em: 23 de fevereiro de 2016.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In. CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABPESS. 2009. p. 324-338.

BRASIL, Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências**. Diário Oficial da União - Seção 1 - 14/7/1934, Página 14254. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistência a Alienados**. Diário Oficial da União - Seção 1 - 24/12/1903, Página 5853. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. 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**. Diário Oficial da União - Seção 1 - Eletrônico - 9/4/2001, Página 2. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2001/lei-10216-6-abril-2001-364458-norma-pl.html>> Acesso em: 20 nov. 2018.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **O lugar da família na política social**. In.: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de et al. (Org.). **A família contemporânea em debate**. 2000. São Paulo: EDUC/Cortez.

FLEURY, Sônia e OUVÉRY, Assis Monfort. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012. p. 25-57.

HOFLING, Eloisa de Mattos. **Estado e Políticas (Públicas) Sociais**. Cadernos Cedes, Ano XXI. Campinas. n. 55, p.30 - 41. Nov. 2001.

MINAS GERAIS, Conselho Regional de Serviço Social de. **Contribuições para o exercício profissional de assistente social**: Coletânea de leis/ CRESS/MG 6ª Região. Belo Horizonte: CRESS, 2013. 732 p.

ORTUSO, Alessandro e DI GIOVANNI, Geraldo. Política Social. In: DI GIOVANNI, Geraldo e NOGUEIRA, Marco Aurélio (Orgs). **Dicionário de Políticas Públicas**. 2. ed., São Paulo: Editora da UNESP, Fundap, 2015. p. 766-769.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BEHRING, Elaine Rossetti et al (Orgs). **Política Social no capitalismo**: tendências contemporâneas. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2009.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Política Social**: temas & questões. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Abordagem psicossociais, vol. II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 27-55.

\_\_\_\_\_. Reforma psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In:\_\_\_\_\_. **Abordagem psicossociais, vol. II**: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares. São Paulo: Hucitec, 2008. 335 p. p. 27-55.

VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck. **Em torno do conceito de política social**: notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2002. 08 p. Mimeografado.