



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MAYSA CRISTINA LIMA FÉLIX

A SAÚDE MENTAL DAS MÃES ACOMPANHANTES TAMBÉM IMPORTA

JOÃO PESSOA – PB
2020

MAYSA CRISTINA LIMA FÉLIX

A SAÚDE MENTAL DAS MÃES ACOMPANHANTES TAMBÉM IMPORTA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Lúcia Batista Aurino

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

F316s Felix, Maysa Cristina Lima.

A saúde mental das mães acompanhantes também importa /
Maysa Cristina Lima Felix. - João Pessoa, 2020.
83 f. : il.

Orientação: Ana Lúcia Batista Aurino.
TCC (Graduação) - UFPB/CCHLA.

1. Sofrimento Mental. 2. Mães Acompanhantes. 3. Filho
Hospitalizado. I. Aurino, Ana Lúcia Batista. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 364.62

MAYSA CRISTINA LIMA FÉLIX

A SAÚDE MENTAL DAS MÃES ACOMPANHANTES TAMBÉM IMPORTA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação em
Serviço Social da Universidade Federal da
Paraíba, como requisito para a obtenção
do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: ___/___/___

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Batista Aurino
Orientadora - UFPB

Prof. Dr. Rafael Nicolau Carvalho
Membro - UFPB

Prof. Me. Alecsonia Pereira Araujo
Membro - UFPB

Dedico este trabalho a todas as mulheres que desempenham o árduo trabalho de serem mães e principalmente as mães que vivenciam ou vivenciaram a dura rotina de ter um filho hospitalizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de viver essa experiência durante esses quatro anos de graduação, por tudo o que evolui como ser social e por ter me permitido chegar até aqui. Agradeço à minha mãe Maria Cristina, por todo amor e paciência, e ao meu pai Severino por me incentivar a estudar. Ao meu querido companheiro Luís Felipe pela paciência, amor e por sempre estar ao meu lado me apoiando, sem dúvida o seu apoio foi essencial para que eu chegasse até aqui.

Às minhas irmãs: Maria Helena por sempre me incentivar a estudar; Mayara que além de me incentivar a permanecer estudando contribuiu de forma indireta para a minha sensibilização quanto ao tema sobre maternidade, através de sua experiência enquanto mãe; a minha amada irmã Marina, por mesmo em sua pouca idade expressar tamanha sabedoria e ser ouvidos quando precisei, ser conselhos e me fortalecer a persistir ao fato de que desejo ser um exemplo para a sua vida.

Aos meus amigos Ranalice, Katyanne, Leonardo e Ednalva que permitiram que a minha graduação fosse mais leve, enfrentaram os desafios ao meu lado, me deram força e esperança quando eu me sentia fraca, agradeço também pelas risadas e momentos descontraídos que pude passar ao lado deles.

A todos que contribuíram com esta conquista, seja de forma direta ou indireta, aos meus professores que tive o privilégio de conhecer durante o meu processo de formação na Universidade, aos colegas de turma que por diversas vezes sanaram dúvidas que eu tive, entre estes, Carolina Rocha Rodrigues que também tive o privilégio de ter como parceira no estágio curricular obrigatório.

À minha orientadora Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Batista Aurino por toda paciência, disponibilidade e por todas as contribuições. A sua pessoa estará guardada em meu coração, pois sei que sem você a finalização deste trabalho não seria possível, obrigada por estar sempre presente mesmo à distância.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas graças a Deus, não sou o que era antes”

Marthin Luther King

RESUMO

Este trabalho surgiu das inquietações a respeito da atenção à saúde mental das mães acompanhantes, durante o estágio curricular obrigatório I e II na clínica pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, localizado na cidade de João Pessoa. O objetivo é analisar o sofrimento mental das mães que exercem o papel de acompanhantes dos seus filhos em um hospital, a partir das leituras de pesquisas realizadas em hospitais onde essas mães eram entrevistadas e relatavam como era passar por esse processo. Dentre estas pesquisas foram utilizados como referência autores como Bezerra e Fraga (1996), Rodrigues *et al.* (2005) e Figueiredo *et al.* (2013), através de suas pesquisas, estes e outros autores permitiram o acesso a este sofrimento tão solitário e invisibilizado. Sendo assim, esta pesquisa contribuiu para a reflexão em torno dessa temática, além de demonstrar que durante a hospitalização de uma criança/adolescente todos da família sofrem impacto, principalmente o seu acompanhante que, em sua maioria, são as mães destes. Nesse sentido, a hipótese é de que a hospitalização de um filho é um fator expressivo que favorece o sofrimento mental das mães. Para a realização do presente Trabalho de Conclusão de Curso, utilizou-se a pesquisa bibliográfica, construindo um breve levantamento histórico de como foi a gênese do SUS e dos cuidados com a saúde mental, pois para compreender as transformações e como se organiza a atenção a saúde brasileira é necessário entender os seus aspectos históricos. Como resultados obtidos através da experiência vivenciada como estagiária e das informações alcançadas após as leituras das pesquisas bibliográficas, verificou-se que a hipótese levantada foi confirmada e que de fato ter um filho hospitalizado prejudica a saúde mental das mães acompanhantes. Por meio das pesquisas e análises realizadas, foi possível constatar que o sofrimento mental dessas mulheres não deve ser considerado um problema apenas destas, mas uma questão de saúde pública, por isso é essencial que os Profissionais que atuam na saúde estabeleçam mecanismos de cuidado e atenção a estas mulheres, além de ser essencial que a família apoie e cuide destas mães neste momento tão difícil.

Palavras-chave: Sofrimento Mental. Mães Acompanhantes. Filho Hospitalizado.

ABSTRACT

This work arose from concerns about the mental health care of accompanying mothers, during the mandatory curricular internship I and II at the pediatric clinic of the Hospital Universitário Lauro Wanderley located in the city of João Pessoa and aims to analyze the mental suffering of mothers who exercise the role of companions of their children in a hospital, from reading research carried out in hospitals where these mothers were interviewed and reported what it was like to go through this process. Among these researches, authors such as Bezerra and Fraga (1996), Rodrigues *et al.* (2005), Figueiredo *et al.* (2013), among others, who used their research to allow access to this lonely suffering, were used as reference. Therefore, this research contributed to the reflection around this subject, in addition to demonstrating that during the hospitalization of a child / adolescent, everyone in the family suffers impact and especially their companion, who are mostly their mothers, considering the hypothesis that the hospitalization of a child is an expressive factor that favors mothers' mental suffering. In this sense, bibliographic research was used, building a brief historical survey of how the genesis of SUS and mental health care was, because to understand the transformations and how health care in Brazil is organized, it is necessary to understand its historical aspects. As results obtained through the experience lived as an intern and the information obtained after reading the bibliographic research, it was found that the hypothesis raised was confirmed and that in fact having a hospitalized child harms the mental health of the accompanying mothers. It is worth noting that the mental suffering of these women should not be considered a problem only for this, but a public health issue, so it is essential that professionals working in health establish mechanisms of care and attention to these women, in addition to being essential that the family support and care for these mothers in this very difficult time.

Keywords: Mental Suffering. Accompanying mothers. Son Hospitalized.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CNRH	Centro Nacional de Recursos Humanos
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
FAZ	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
GTEM	Grupo de Trabalho de Controle e Erradicação da Malária
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INERU	Instituto Nacional de Endemias Rurais
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNH	Política Nacional de Humanização
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação
SESAC	Semana de Saúde Coletiva
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Funcionamento do sistema de financiamento do SUS.	38
Figura 2	Influenciadores sociais que fortalecem a existência do estigma social.	54
Figura 3	Modelo teórico: procurando manter o equilíbrio para cuidar de suas demandas e da criança hospitalizada.	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Conquistas alcançadas através do movimento de Reforma Psiquiátrica.	50
Quadro 2	Desafios para a consolidação das propostas da reforma psiquiátrica.	50
Quadro 3	Fatores que contribuem positivamente e prejudicam a permanência das mães acompanhantes.	71
Quadro 4	Sentimentos vivenciados pelas mães acompanhantes, causadores do sofrimento psíquico.	73

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - O CONTEXTO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SUS	17
1.1 SAÚDE BRASILEIRA: UMA BREVE RETROSPECTIVA A RESPEITO DOS ASPECTOS HISTÓRICOS ANTECEDENTES A CRIAÇÃO DO SUS	17
1.2 RECORTES DE UMA MILITÂNCIA POLÍTICA: O MOVIMENTO SANITÁRIO	25
1.3 UM AVANÇO DEMOCRÁTICO: A CONCEPÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988	29
1.4 SUS: UMA CONQUISTA DO POVO BRASILEIRO PARA O POVO BRASILEIRO	33
1.5 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO	38
CAPÍTULO II – O SUS E A SAÚDE MENTAL	41
2.1 UMA CAMINHADA MARCADA PELO SOFRIMENTO E PRECONCEITO SOCIAL	41
2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA	45
2.3 ESTIGMA E PRECONCEITO COM A PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL	51
2.4 COMPREENDENDO O QUE SÃO OS TRANSTORNOS MENTAIS	55
CAPÍTULO III - A SAÚDE MENTAL DAS MÃES ACOMPANHANTES	58
3.1 O PATRIARCADO E SUAS CONSEQUÊNCIAS SOBRE AS MULHERES: A CENTRALIDADE NO CUIDAR ATRIBUÍDA ÀS MULHERES	58
3.2 O SER MÃE EM UMA SOCIEDADE PATRIARCAL	64
3.3 O SOFRIMENTO MENTAL DAS MÃES ACOMPANHANTES	65
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	78

INTRODUÇÃO

O presente trabalho consiste em um estudo bibliográfico direcionado à situação vivenciada pelas mães que exercem a função de acompanhantes dos seus filhos no período de internação hospitalar e as consequências causadas em sua saúde mental. Para isso, foi necessário realizar recortes históricos que possibilitassem a aproximação com a temática que está inserida na saúde, dentre estes, a história da saúde brasileira.

Entende-se que a saúde mental atualmente passa a ser um assunto mais difundido e, portanto, ganha mais força no meio da saúde como um todo. Na sociedade, através de estudos e pesquisas, percebeu-se que a maioria da população está vulnerável a sofrer de algum tipo de sofrimento psíquico. No entanto, historicamente foi construído um estigma direcionado às pessoas em sofrimento mental. Estas eram consideradas “loucas”, por isso não deveriam conviver em sociedade e sim serem mantidas isoladas já que representavam um perigo social.

Segundo Foucault (1978), no século XVII a sociedade enxergava uma pessoa em sofrimento mental como algo desagradável. Por isso os líderes sociais, como o rei e a igreja, tinham como objetivo estabelecer uma higienização social. Neste sentido, pessoas que apresentassem uma característica diferente do que era considerado natural a todos, tais como homossexuais, mulheres grávidas antes do casamento, alcoólatras, mendigos entre outros, eram excluídos socialmente. Dessa forma, todos que prejudicassem a ordem social eram mantidos isolados, excluídos do convívio social e encaminhados ao internamento em hospitais gerais, que naquela época eram verdadeiras prisões.

À medida que os anos e décadas passavam a sociedade se transformava e com ela os cuidados direcionados a saúde mental também. Dentro dessa perspectiva de transformações, surgem na Europa, no segundo pós-guerra, os primeiros movimentos que tinham como objetivo modificar a forma de tratamento das pessoas em sofrimento mental. Ademais, em países como os Estados Unidos da América e Brasil também começaram a organizar movimentos com o interesse de transformar os cuidados direcionados a pessoa em sofrimento mental e com a intenção de acabar com os hospitais manicomiais que eram sinônimos de torturas. Através desses movimentos uma nova ótica será construída sobre esse assunto e

com isto algumas pessoas na sociedade passam a ter uma concepção diferente sobre o “louco”.

A partir da década de 1970, as transformações direcionadas à saúde no Brasil passaram a ganhar mais força. Dentro desta perspectiva os movimentos sociais exerceram um papel fundamental, como por exemplo: O Movimento de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica.

O entendimento desse contexto histórico, político e social foi fundamental para a presente pesquisa que versou sobre a saúde e o sofrimento mental vivenciado por mães acompanhantes dos seus filhos hospitalizados, além de propiciar o entendimento que outros aspectos estão relacionados com este sofrimento, entre estes o patriarcado.

O interesse pela temática do trabalho surge após o ingresso nos estágios curriculares obrigatórios I e II que ocorreram na clínica pediátrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley. Neste ambiente, onde a atenção dos cuidados com a saúde está concentrada sobre a criança hospitalizada, foi possível perceber uma figura extremamente importante e presente, a mãe que acompanhava os seus filhos, pois na grande maioria do tempo não ocorriam trocas de acompanhantes. Sendo assim, a responsabilidade de permanecer como acompanhantes estava centralizada sobre as mães.

Diante desses fatos era perceptível o cansaço físico e mental destas e, ao realizar as visitas nas enfermarias, era visível a carência de atenção e cuidado sobre estas mulheres. Foram inúmeros os momentos que as visitas tinham o objetivo de acolher os usuários do serviço e realizar a entrega de um encaminhamento¹, mas durante este processo muitas mulheres começaram a desabafar, o que demonstrava seu isolamento e sofrimento.

A angústia e a solidão eram nítidas. Muitas mulheres não tinham o apoio da família e procuravam encontrá-lo por parte dos profissionais. No entanto, devido a grande demanda e rotina, muitos profissionais negligenciavam esses sinais demonstrados por estas mulheres. Nessa situação, muitas mães demonstravam não só um sofrimento mental, mas também muitas relataram estar com depressão,

¹ Documento preenchido com os dados do acompanhante e da criança ou adolescente que este acompanha. Neste documento consta o nome do acompanhante, da criança/adolescente hospitalizado, número da enfermaria e leito, depois de entregue aos acompanhantes estes são orientados a se direcionarem ao térreo do hospital para realizar o cadastro como acompanhante, portando em mãos o documento de identidade e o encaminhamento.

ansiedade e outros sintomas. Isto despertou certa inquietação e notou-se a necessidade de dissertar sobre este tema.

Nesse sentido, este trabalho possui como objetivo geral analisar o sofrimento mental das mães que exercem o papel de acompanhantes dos seus filhos em um hospital, a partir da leitura de pesquisas realizadas em hospitais onde essas mães foram entrevistadas e relataram como era passar por esse processo. No que diz respeito aos objetivos específicos, analisar os fatores que favorecem o sofrimento mental das mães acompanhantes, verificar a atenção e cuidados que o sistema de saúde tem depositado nesta problemática, analisar as consequências que o sofrimento mental causa sobre a vida destas mães. Desta forma, buscou-se atender esses objetivos por meio de uma análise bibliográfica.

Sendo assim, partiu-se da hipótese de que a hospitalização de um filho é um fator expressivo que favorece o sofrimento mental das mães. De acordo com Figueiredo *et al.* (2013), o processo de hospitalização de um filho é difícil, pois a mãe terá que lidar com o seu filho doente e com as diversas mudanças em sua rotina. Além disso, existem as preocupações externas ao hospital, tais como: os outros filhos, o trabalho e outras dificuldades em conciliar tudo isso.

Diante disso, justifica-se a relevância desta pesquisa, dada a importância de abordar essa temática que envolve questões de gênero, de saúde pública e de direitos humanos, pois aborda um assunto direcionado às mulheres, além de ser um tema referente à saúde mental que está inserida no SUS e, portanto, é um direito e merece atenção. Ademais, é direito de todos viverem uma vida digna e a Constituição Federal de 1988 garante, ainda, que todos sem distinção têm direito à saúde. Nesse sentido, essa discussão é necessária para trazer cada vez mais visibilidade a esta temática historicamente negligenciada por ser considerada inapropriada, tornando-a um tabu social.

Para que se estabelecesse uma fundamentação teórica sobre a temática foi necessário realizar um levantamento bibliográfico que permitisse a compreensão dos antecedentes históricos relacionados à saúde, para assim ser possível entender como se organizou o cuidado com a saúde mental ao longo do tempo. Por isso, no primeiro capítulo é apresentado um pouco do que foi a construção do SUS. Para tanto, foi traçado um caminho em algumas décadas e acontecimentos que permearam a construção do SUS.

Além disso, foi mencionado a importância dos movimentos sociais para a transformação dos cuidados com a saúde brasileira, entre estes, o Movimento da Reforma Sanitária que está diretamente relacionado com a consolidação do SUS. Por fim, foi abordada a importância do atendimento humanizado para que a dignidade dos usuários dos serviços de saúde seja respeitada.

No segundo capítulo, foi abordado a temática sobre a saúde mental, a história de como as pessoas em sofrimento mental eram cuidadas e tratadas, como eram os primeiros hospitais que tinham como maior objetivo excluir e aprisionar, além do estigma social que existia sobre a “loucura”. Em seguida, foram apresentados alguns transtornos mentais, para que assim fosse possível compreender um pouco mais sobre este assunto. Por fim, foram apontados os avanços que a reforma psiquiátrica possibilitou para a atenção e os cuidados à saúde mental.

Quanto ao terceiro capítulo, este apresentou a ideia central da pesquisa sobre a problemática do sofrimento mental das mães acompanhantes direcionado pelo fato da hospitalização de uma mãe com o seu filho e as consequências que trará sobre a mãe, sendo uma delas o sofrimento mental. Nesse processo, foi possível compreender, inclusive, que existe um sistema social patriarcal que contribui com este sofrimento, pois historicamente as mulheres tinham como função cuidar dos filhos, serem esposas e donas de casa. A partir disso, será mencionado as influências que este sistema tem sobre o sofrimento mental dessas mulheres. Ainda no terceiro capítulo, foram relatados os tipos de sentimentos e sofrimentos que as mães vivenciam durante o período de internação dos seus filhos.

Por fim, e com base nos capítulos anteriores foi construída as considerações finais, nesta foram apresentados os acontecimentos que contribuíram para as transformações nos cuidados com a saúde, dentre estes a Constituição Federal de 1988. Além de ressaltar as dificuldades enfrentadas pela figura feminina em uma sociedade patriarcal. Também destacamos a importância do acolhimento e do apoio da família e dos profissionais de saúde para amenizar o sofrimento das mães acompanhantes.

1 CAPÍTULO I - O CONTEXTO HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DO SUS

Neste capítulo abordaremos os aspectos históricos que permearam a construção do SUS. Para isso, utilizamos recortes na história da saúde brasileira, a fim de compreender um pouco os caminhos e avanços que consistem na criação do SUS. Estas abordagens se iniciarão com uma breve passagem pelo contexto do Brasil Colônia e do Brasil República.

Dando continuidade a este assunto, realizamos um percurso político entre as décadas de 1930 e 1970 até alcançar a década de 1980, onde a ideia de um sistema único ganha mais força para a sua construção. Durante as passagens pelos períodos históricos elencamos alguns dos feitos de cada presidente direcionados à saúde brasileira.

Em seguida discutimos um pouco a respeito do Movimento Sanitário que será o arcabouço do SUS. Aqui, fazemos um percurso sobre o funcionamento e características advindas deste movimento tão importante. Mais a frente será exposta a elaboração do documento nacional mais importante do Brasil que é a Constituição Federal de 1988, pelo qual será feita a menção a importância desse conjunto de normas para os brasileiros.

Por fim o assunto foi direcionado ao SUS, sua importância para o povo brasileiro, em que este sistema consiste e suas implicações. Além disso, destacamos a importância do cuidado humanizado na saúde.

1.1 SAÚDE BRASILEIRA: UMA BREVE RETROSPECTIVA A RESPEITO DOS ASPECTOS HISTÓRICOS ANTECEDENTES A CRIAÇÃO DO SUS

A história dos cuidados com a saúde da população brasileira nem sempre esteve pautada em um Sistema de Saúde Pública, mas esteve ligado a outros mecanismos e um destes consistiu na filantropia. No Brasil Colônia, as pessoas não tinham acesso a cuidados e prevenções de doenças. Diante disso, a proliferação de patologias - tais como peste, febre amarela e malária - era algo comum, pois não existiam as precauções e condições necessárias. Com isso, a população estava sempre vulnerável a contrair facilmente estas endemias e perecer.

Mesmo frente a inúmeras problemáticas no que tange aos cuidados com a saúde, os registros culturais do povo os permitiam ter acesso a cuidados advindos de uma figura denominada como curandeiro. Estes indivíduos detinham os conhecimentos das ervas medicamentosas, por isso sua função era de orientar e medicar aqueles que os procuravam. De acordo com Polignano (2013), os curandeiros detinham os conhecimentos dos recursos advindos da terra, tais como as plantas medicamentosas, sendo assim estes desenvolviam habilidades para curar. Diante disso, percebe-se a relevância destas pessoas para restabelecer a saúde dos demais, entretanto estes profissionais não eram acessados por todos.

A inexistência de uma assistência médica estruturada, fez com que proliferassem pelo país os Boticários (farmacêuticos). Aos boticários cabia a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los, fato comuníssimo até hoje. (POLIGNANO, 2013, p. 03)

Como nos mostra a citação acima, no Brasil Colônia, outra figura importante na história dos cuidados com a saúde foram os boticários que desempenhavam a função dos profissionais que atualmente são conhecidos como os farmacêuticos. Estes indivíduos obtinham o conhecimento a respeito da prescrição e manipulação dos medicamentos, mas, do mesmo modo, não eram todos que podiam ter acesso a esse tipo de serviço.

Assim, como o quadro de saúde passou por transformações, a administração política também sofreu mudanças. Segundo Neves (2003), em 15 de novembro de 1889 é proclamada a República e o Brasil deixa de ser colônia de Portugal e passa a possuir um primeiro presidente chamado de Marechal Deodoro da Fonseca. Ainda de acordo com Neves (2003), este período foi denominado na história como República Velha e seguirá até a década de trinta do século XX. Neste contexto, o cenário que se apresentava a saúde brasileira era diferente e tinha como base o modelo Europeu de assistência, assim surgiram no território brasileiro instituições filantrópicas denominadas Santas Casas de Misericórdia, que eram destinadas à caridade religiosa e forneciam serviços de assistência e saúde a população mais necessitada.

De acordo com Fernandes (2009), na década de 1930 existia uma entidade de assistência social no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Minas Gerais,

denominada de Santa Casa de Misericórdia, que fornecia serviços destinados à infância, pessoas com lepra e em sofrimento mental.

Neste processo participavam pessoas de extremo poder econômico, dentre eles, indivíduos que faziam parte da igreja e das elites. Os que podiam pagar pelos serviços de saúde, como era o caso da burguesia, recebiam atendimento diferenciado, enquanto os desprovidos de riquezas ficavam à mercê do atendimento das santas casas.

Segundo Fernandes (2009), as elites faziam parte das santas casas, o que representava algo positivo para estes indivíduos, pois através dessa participação era possível receber status social e político elevado. Eles tinham acesso a privilégios diferenciados dos demais e possuíam a missão de fornecer doações sempre que fosse necessário.

Na medida em que o tempo passava os estudos para combater as doenças progrediram, mas ainda tinha muito que ser feito, faltava saneamento básico, por exemplo, e isso contribuía para uma maior propagação de doenças. Segundo aponta Polignano (2013), no Rio de Janeiro, em 1904, o médico Oswaldo Cruz buscou controlar o caos que se instaurava e prejudicava a tantos. O método que ele impôs foi à obrigatoriedade da vacina para o controle da varíola, porém isso não soou bem aos ouvidos do povo, que, por desconhecimento dos efeitos colaterais e da verdadeira eficácia dessa vacina, temeram e resistiram em forma de protestos nas ruas. Este episódio ficou conhecido como a Revolta da Vacina.

Durante os processos históricos brasileiros, a política de saúde também passa por transformações. Um dos marcos, nesse sentido, foi a Lei Eloy Chaves: “Assim que, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP’s)”. (POLIGNANO, 2013, p. 07)

De acordo com Oliveira e Teixeira (1985), seria necessário que os trabalhadores pagassem uma contribuição para que assim tivessem o direito ao benefício de aposentadoria. Dessa forma, os trabalhadores poderiam ter acesso à assistência médica. Apesar das limitações, isto representou um avanço aos cuidados com a saúde da população.

Iniciada a década de 1930, a saúde brasileira vivencia mais transformações. Neste período, o presidente Getúlio Vargas, de acordo com Hochman (2005), realizava promessas ao povo de um novo tempo. Seu governo era autoritário e não agradava a todos, mas através da propaganda muito forte no período e por contribuir com os direitos trabalhistas, tais como a criação da carteira de trabalho, ele ganhou prestígio e recebeu o nome de “Pai dos Pobres”.

De acordo com Hochman (2005), em novembro de 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), porém ocorriam muitas mudanças na gestão desse ministério e isso implicava diretamente nos avanços. O MESP chegou ao final do chamado governo provisório sem objetivos definidos para sua estrutura administrativa e sem claras linhas de ação.

Ainda convém lembrar que, segundo aponta Cohn (1995), durante a gestão de Vargas foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que tinham como objetivo ampliar o que já havia sido criado com a Lei Eloy. As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) arrecadavam contribuições dos trabalhadores para criar fundos desses valores e os devolver em forma de assistências (entre elas, a assistência médica) a estes trabalhadores. A diferença entre eles era que nos IAPS um maior número de trabalhadores seria alcançado e os serviços seriam prestados de acordo com a categoria de trabalho. Para prosseguir e ampliar os serviços, estes foram divididos em vários Institutos, a exemplo do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC) e do Instituto de aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM).

No ano de 1934, de acordo com Hochman (2005), a gestão da saúde pública esteve sob a responsabilidade de Gustavo Capanema, permanecendo no cargo até o ano de 1945, o que representou a maior permanência de um Ministro na saúde. Em 1937, foi estabelecida uma reforma no ministério, titulando seu novo nome como Ministério da Educação e Saúde (MES).

Além disso, ainda segundo Hochman (2005), outra mudança importante na política de saúde ocorreu em 1941, pois o governo passou a realizar campanhas para conscientizar a população e combater as doenças e endemias. Foram criadas também as Delegacias Federais de Saúde, que tinham como objetivo supervisionar as ações de saúde pública. Essas Delegacias estavam distribuídas por boa parte do

território brasileiro para que assim o governo pudesse ter um controle sobre a efetividade das ações direcionadas à saúde.

De acordo com Hochman (2005), algo que também foi criado de extrema importância foram as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), onde todos os estados do Brasil se reuniam em fóruns para debater a respeito da saúde, o que era importante, pois através das discussões seria possível enxergar melhorias. Ainda na gestão de Gustavo Capanema, foram criados os serviços nacionais de saúde que tinham como objetivo debater surtos de epidemias, tais como a febre amarela, malária entre outros, para encontrar meios de combater e prevenir estas doenças.

Na década de 1950, mais precisamente no ano de 1956, o governo da nação brasileira estava sob o controle de Juscelino Kubitschek, conhecido popularmente como “JK”, que permaneceu no poder até 1961. De acordo com Hochman (2009), seu governo tinha como plano de ação “Cinquenta anos em cinco”, com o objetivo de avançar economicamente com o país e fazê-lo progredir em pouco tempo. Sua gestão tinha pouco foco na saúde pública, no entanto, como sabia que para alcançar suas metas de desenvolvimento do país era necessário investir na saúde, ele buscou criar metas para esta política.

De acordo com Hochman (2009), entre suas pretensões, JK tinha como meta retirar a imagem negativa que muitos países e pessoas tinham de que o Brasil era, entre outros aspectos, um país de doenças. Como o seu governo estabelecia uma gestão otimista, ele não aceitava esse tipo de visão sobre o seu país. Desse modo, a gestão de Juscelino pretendia combater doenças que tornavam os trabalhadores improdutivos tais como a tuberculose, a lepra, entre outras.

No início do mandato de Juscelino foi elaborado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) que tinha a responsabilidade de cuidar das principais doenças, tais como a malária, a peste, a doença de chagas, o tracoma e a febre amarela. Nesse sentido, “[...] o DNERU se tornou a principal e mais importante instituição de saúde na segunda metade da década de 1950 [...]” (SILVA, 2008, p. 110). Outra contribuição do governo de JK para combater a propagação das doenças foi a criação do Instituto Nacional de Endemias Rurais (INERU), ofertando diversos cursos tais como imunologia e educação sanitária. JK tinha ainda o objetivo de alcançar a população rural com medicamentos e orientações para que assim as doenças fossem combatidas e não prejudicassem a saúde dos trabalhadores.

No entanto, mesmo apresentando propostas de desenvolvimento econômico para o país, o governo de JK demonstrava um interesse em trazer mudanças muito grandes em pouco tempo para o Brasil. Entende-se que estes planos representavam ações um tanto arriscadas, porque o Brasil não possuía uma estrutura econômica de um país desenvolvido. Sendo assim, ao final do seu mandato, JK deixa para trás um cenário não muito agradável, pois, segundo Moreira (2011), consequências para o modelo de crescimento econômico adotado em seu governo passam a surgir, entre estas a inflação causada pelos investimentos públicos depositados na construção de Brasília, além do aumento dos salários da população e da linha de crédito nos bancos que o governo possibilitou para o povo.

Chegada à década de 1960, o novo presidente eleito foi Jânio Quadros. Segundo Moreira (2011), as forças conservadoras daquele período tinham como objetivo estabelecer uma abertura ao capital estrangeiro. Entretanto, Jânio renuncia e seu substituto foi João Goulart que trouxe como proposta para o Brasil reformas institucionais. Essas medidas não agradavam a todos. Entre os que eram contrários a João Goulart, estavam os EUA e os políticos locais brasileiros, o que contribuiu para o golpe militar de 1964.

Houve muitos fatos imediatos que contribuíram para o golpe, entre eles a propaganda dirigida pelo Instituto de Pesquisas Econômicas e Sociais (IPES) e pelo Instituto Brasileiro de Ação Democrática (IBAD), a formação da doutrina das Forças Armadas (Doutrina de Segurança Nacional), a acusação de que Goulart pretendia implantar uma "república sindicalista" no Brasil, o contexto de —guerra fria, entre outros. (MOREIRA, 2011, p. 56)

Diante disso, no ano de 1964, iniciou-se no Brasil um período complexo, no qual a população passou a ser reprimida e a não ter acesso às decisões do governo. Todo o poder estava sob a responsabilidade dos militares e aqueles que se posicionassem contrários a qualquer tipo de decisão ou opinião do Estado seria punido. As formas de punições eram diversas: as pessoas poderiam ser presas, exiladas ou torturadas. Nesse sentido, o povo deveria seguir as normas impostas sem contestar, para que assim se constituísse uma ordem política e social, onde, obviamente, não havia espaço para a democracia.

Em 1966, de acordo com Oliveira (1993 apud RONCALLI, 2003), o governo militar unificou e centralizou os IAPS passando a se tornar o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Com essa mudança o Estado teria mais controle sobre os trabalhadores e estes não teriam mais a participação na gestão dos institutos,

realizando apenas o papel de contribuir com o capital. Neste tempo a saúde pública teve uma queda, pois o governo investia com mais força na saúde privada, seguindo assim os modelos dos países capitalistas.

De acordo com Oliveira e Teixeira (1985), existiam algumas características que podem ser apontadas no que se refere à atenção à saúde na década de sessenta:

- A Previdência Social irá ampliar a sua linha de alcance social e começará a prestar serviços à população urbana e rural.
- Houve uma maior atenção à prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada.
- Houve uma atenção direcionada aos interesses internacionais frente à indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares.
- Foi criado também um complexo médico industrial responsável pelo acúmulo do capital das grandes empresas monopolistas internacionais direcionadas à área de produção de medicamentos e equipamentos médicos.

Prevalendo o autoritarismo e o domínio militar, a ditadura civil-militar ganhava mais força e poder frente ao controle do país. De acordo com Ponte (2010), esse período (1974) foi mais conhecido como “anos de chumbo” por representar o período mais violento e repressor da ditadura. Tendo como presidente Emílio Garrastazu Médici, o slogan criado foi “Brasil ame-o ou deixe-o” e tinha como objetivo trazer um recado para as pessoas contrárias ao governo. Neste período foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Por meio dele, foi possível fornecer uma ampliação no financiamento que as empresas de medicina recebiam para a compra de equipamentos.

Neste período, o setor privado continuava a crescer e o Estado passa a diminuir sua participação e atenção ao setor público. A situação sanitária da saúde brasileira não seguia caminhos positivos e a disseminação das doenças era extensa. A pobreza e a falta de saneamento básico contribuíam para que isso ocorresse.

Frente à resistência da população ao governo militar, através de reivindicações e manifestações, o governo decide intervir e busca se legitimar investindo no enfrentamento da questão social. Neste tempo, havia uma necessidade de se estabelecer uma reforma sanitária. A população reivindicava melhorias no sistema de saúde, mesmo sofrendo repressão por meio do Estado

autoritário vigente. Nesse sentido, a década de setenta do século XX foi importante para o desenvolvimento de movimentos sociais, entre estes o movimento popular pela saúde e o movimento dos médicos.

Entre 1982 a 1984, iniciaram diversos movimentos sociais, denominados “Diretas Já”, que tinham o intuito de reconquistar o direito ao voto e garantir o direito de escolher o presidente e os demais gestores políticos de uma forma democrática. Com isso, após vinte e um anos de repressão política, chega ao fim a ditadura civil-militar, por meio da luta e resistência da sociedade com os movimentos sociais.

O ano de 1985 foi marcado pelo fim da ditadura militar e, com isso, o cenário político brasileiro iniciou uma reabertura democrática. Este período permitiu que a população ultrapassasse o regime extremo imposto através da ditadura militar. Porém, as consequências dos governos anteriores vinham à tona e o país passou a sofrer com uma grave crise econômica. No entanto, neste período, a população teve a possibilidade de participar das discussões sociais, entre estas estava a saúde que passou a ser um assunto político no qual alcançava a todos da sociedade, não apenas aos técnicos.

As entidades, que tinham como base profissionais da saúde, buscaram reivindicar melhorias na saúde e mais investimentos no setor público. Mais atores passaram a ter voz, entre estes o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) que tinha como objetivo representar o movimento sanitário e ampliar as discussões a respeito da saúde e democracia.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2000, p. 9)

Sendo assim, é possível perceber o grande avanço que estes debates representaram, pois no período ditatorial não era possível acontecer nenhum tipo de discussão política e todos deveriam se sujeitar às propostas estabelecidas pelas lideranças do governo sem poder se contrapor.

1.2 RECORTES DE UMA MILITÂNCIA POLÍTICA: O MOVIMENTO SANITÁRIO

Para se constituir uma política é necessário se estabelecer um planejamento prévio para que seja possível conseguir êxito em sua construção. Com a política de saúde não foi diferente: antes de ser implementada ela foi pensada e discutida. Neste processo também fez parte uma base teórica e ideológica. O processo de construção do SUS se inicia no período militar que, como já mencionado, foi um período autoritário na história e não interferiu na busca do povo por melhorias na estrutura da saúde do país. Nesse sentido, as bases teóricas e ideológicas do SUS surgem em um âmbito fora do Estado: o movimento sanitário.

Assim, a gênese do SUS teve como base o movimento sanitário e como papel fundamental uma reforma na saúde brasileira. Nesse sentido, as universidades eram cenários norteadores para a difusão do conhecimento a respeito do estado da saúde brasileira. O objetivo delas era formar médicos com conceitos e atitudes diferentes. Os médicos deveriam ter uma consciência de prevenção das doenças e não apenas reproduzir técnicas tradicionais que não representassem melhorias aos indivíduos, seu intuito era avançar em uma mudança no sistema de saúde.

Mas isso não ocorreu no meio acadêmico como um todo, e sim a partir dos departamentos de medicina preventiva de algumas faculdades, que foram palco das transformações que ocorreram nos conceitos e metodologias de abordagem à saúde. (SCOREL, 1999, p. 20)

Na América Latina, mais precisamente no final dos anos sessenta, foi levantada a discussão de que a medicalização e o modelo biomédico como um todo não eram o melhor método a ser implantado na população, pois existiam efeitos colaterais negativos causados pelos medicamentos. A principal discussão se estabelecia com o objetivo de que novos métodos fossem realizados, estes menos nocivos à saúde da população.

O processo começou com as discussões para promover a extensão de cobertura e melhorar a saúde das populações rurais, e culminou com a declaração de Alma-Ata em 1978, em que os governos se propuseram a conseguir alcançar 'Saúde para Todos no Ano 2000', por meio da estratégia da atenção primária. Marco importante foi a III Reunião Especial de Ministros, em 1972, quando aprovou-se o Plano Decenal de Saúde para as Américas. A OPAS e a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaboraram e difundiram os conceitos de extensão de cobertura, participação comunitária, auxiliar de comunidade (agente de saúde) e outros. (SCOREL, 1999, p. 23)

Sendo assim, os médicos não utilizariam apenas a medicação para combater as doenças, mas estratégias para que a prevenção fosse alcançada. Uma dessas estratégias seria estabelecer um debate sobre a promoção da saúde. Diante desse contexto, a população teria, portanto, acesso a conhecimentos sobre a saúde que antes eram desconhecidos. Outro fator importante que gostaríamos de destacar, é que essas medidas também possibilitariam que os cidadãos colaborassem com a saúde coletiva de todos, juntamente com a equipe de saúde. Assim, para que esses projetos fossem efetivados com sucesso, os serviços precisavam ser acessíveis a todos da comunidade.

Além dos médicos envolvidos nesse novo mecanismo de atenção à saúde, diversos estudantes de medicina, que tinham uma consciência política estabelecida, ingressaram nesse processo. Eles se mobilizaram para prestar assistência médica nas comunidades e tiveram a oportunidade de ultrapassar os muros da instituição e ter um contato maior com a população.

De acordo com Escorel (1999), através dessa nova mudança de atendimento fornecida à comunidade um novo currículo acadêmico para a área de medicina passou a ser discutido. Nesse contexto, havia a pretensão de se inserir as ciências sociais, para que, assim, a população fosse compreendida e enxergada como um todo, pois diversas doenças estavam ligadas a fatores sociais e, portanto, se fazia necessário que os médicos tivessem consciência a respeito disto.

Em busca de se legitimar politicamente e percebendo o grande número de pessoas contrárias ao governo militar, o Presidente Ernesto Geisel, a partir de 1975, buscou investir na saúde, especificamente no campo social por meio de uma articulação com o movimento sanitário. Participaram dessa ação o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde (PPREPS/Opas), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o setor Saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/Ipea).

Assim, as ações que contribuíram para o crescimento sanitário foram as pesquisas direcionadas à saúde, a contratação de novos profissionais e as novas propostas levantadas para se estabelecer o desenvolvimento da saúde. Ademais, com os investimentos na saúde criam-se programas a ela referentes, entre eles

destacam-se o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass).

O movimento transformador na área da saúde surgiu e articulou-se dentro de um panorama muito bem definido: a política de saúde então hegemônica era a da mercantilização da medicina sob o comando da Previdência Social. O movimento sanitário representava um pensamento contra-hegemônico que objetivava a transformação do sistema vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela predominância da compra dos serviços privados, pela modalidade hospitalar de atendimento e pela corrupção normatizada pela forma de pagamento conhecida como Unidade de Serviço (US). (SCOREL, 1999, p. 51)

Mesmo fornecendo certo investimento na saúde brasileira, o Estado permanecia autoritário, repressivo e com uma visão estritamente mercadológica no que diz respeito à saúde. Por outro lado, a atenção do governo se concentrava em um grau mais elevado com a previdência social e com os serviços privados de saúde. Fica evidente, assim, que o estado contribuía em larga escala para a reprodução do capital e que, contrariamente a essa reprodução, o movimento sanitário ganhava força.

Além disso, dentro do sistema previdenciário existiam profissionais que, em detrimento da política estatal, defendiam o sistema público de saúde; eles ficaram conhecidos como publicistas. Outra bandeira por eles levantada era a do atendimento médico para todas as pessoas, sem distinção, principalmente quanto às emergências no tratamento delas no setor público, bem como no privado, mesmo que o paciente não contribuísse com a previdência.

As medidas de investir em leitos e atendimentos tanto para os contribuintes da previdência quanto aos que não possuíam vínculo, aconteceu, mas de uma maneira fraudulenta. Segundo aponta Scorel (1999), em 1978, foi descoberto pelo presidente do INPS que seiscentas mil internações haviam sido realizadas de forma desnecessária, o que implicava em um enriquecimento ilícito de empresas médicas.

De acordo com Souza (2002), na década de setenta começou a ocorrer uma crise com o financiamento da previdência. Com isso, o INAMPS busca estratégias para controlar esse problema e uma forma por ele encontrada é o racionamento de suas despesas.

Para enfrentar as problemáticas direcionadas à previdência e outras questões de saúde, o movimento sanitário se organizava para que uma mudança ocorresse em prol da saúde pública de qualidade. Esta organização política se dividia em

grupos, nomeadamente: O Movimento Estudantil, O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e O Movimento dos Médicos Residentes e de Renovação Médica. Com isso, o movimento ganhava mais legitimidade, pois as ideias desenvolvidas e discutidas não eram apenas ideais vazios, mas surgiram, também, de uma fundamentação teórica fornecida pelo debate acadêmico.

Em julho de 1974 foi realizada uma semana de discussões sobre a saúde comunitária com o intuito de debater sobre questões fundamentais acerca dessa problemática, tais como os aspectos econômicos, sociais e políticos acerca da saúde, para que, assim, se tornasse possível um melhor estabelecimento do conhecimento a respeito dessas temáticas e, desse modo, fundamentar um posicionamento mais efetivo frente a estas questões.

A Semana de Saúde Coletiva (SESAC) foi organizada por estudantes. No entanto, não foi apenas formada por eles, mas também teve a participação de profissionais da área da saúde e de professores, a fim de que estes temas fossem discutidos com mais propriedade para que os conhecimentos sobre temas tão relevantes para o Movimento Sanitário fossem compreendidos principalmente por aqueles estudantes que, de alguma forma, não apoiavam o movimento.

O CEBES, portanto, contribuiu com a propagação das discussões a respeito das problemáticas sanitárias e das melhorias para a saúde. No ano de 1976, foi publicada uma revista para que o pensamento sanitarista fosse compartilhado e compreendido por mais pessoas. Além da revista, mesas redondas e encontros eram realizados, sempre com o objetivo de se discutir sobre temas direcionados ao Movimento Sanitário.

De acordo com Escorel (1999), no ano de 1977 foi realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, o IX Encontro Científico de Estudantes de Medicina. As discussões presentes estavam voltadas a condicionante de saúde, orientação para reforma do currículo acadêmico e participação estudantil. Os estudantes eram ousados e lutavam bravamente por uma questão que estava ligada a toda nação, mesmo sendo bombardeados por críticas de pessoas que não apoiavam o movimento. Sendo assim, percebe-se o tamanho da importância do movimento estudantil para o movimento sanitário, tanto em sua gênese como em sua discussão.

É sabido que a repressão no período ditatorial era dura e mesmo prometendo um retorno à democracia, bem como a diminuição da censura, o Presidente Ernesto Geisel não cumpriu suas promessas e, portanto, não retirou a repressão acirrada frente a posicionamentos contrários ao governo; este era um cenário complexo que o Movimento Sanitário precisava enfrentar.

Através do movimento sanitário, desafios para melhoria da saúde brasileira foram vencidos e dentro deste contexto foi possível realizar, no ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em Brasília, na qual os principais temas discutidos foram a saúde como direito inerente à personalidade e a cidadania, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial. Esta Conferência foi um momento muito relevante para a história da saúde brasileira e teve a participação de inúmeras pessoas, inclusive da população civil, além disso, essas discussões marcaram o início da construção de uma nova Constituição Federal.

1.3 UM AVANÇO DEMOCRÁTICO: A CONCEPÇÃO DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Após vinte e um anos de ditadura militar, um novo ciclo político se inicia: o da redemocratização brasileira. Isso só foi possível após duras lutas e resistências por parte de muitas pessoas como estudantes, professores e trabalhadores, que demonstraram nas ruas as suas insatisfações frente ao regime militar. Este período foi um processo tenso, onde diversas pessoas pagaram com as suas vidas; muitos foram exilados, torturados e, como exposto acima, até assassinados - tudo em prol da redemocratização do País. No entanto, mesmo enfrentando um governo autoritário e repressor, a população se manteve firme e disposta a modificar o quadro político instaurado.

A persistência do povo permitiu que uma nova história fosse escrita sem retrocessos e com grandes avanços. Em cinco de outubro de 1988 foi promulgada a nova Constituição Federal Brasileira. Porém, é importante salientar que esta constituição não foi a primeira a ser produzida na história do país. Segundo Villa (2011), o Brasil teve o total de sete constituições estabelecidas; uma no Império (1824) e as outras seis foram construídas na República (1891, 1934, 1937, 1946, 1967 e 1988). Contudo, há uma particularidade na elaboração da Constituição de 1988

que a difere das demais porque em sua construção foi possível a participação política da população, representando uma grande conquista para o povo brasileiro e um avanço democrático.

Desse modo, os movimentos de Diretas Já contribuíram para que fosse dado um pontapé inicial na política brasileira. De acordo com Villa (2011), em 1983 o Deputado Dante de Oliveira (PMDB), do Mato Grosso, apresentou uma emenda constitucional que restabelecia a eleição direta para a presidência da república. Essa ação mobilizou um número maior de manifestações nas ruas para que tal emenda fosse aprovada. Obstante, a pressão popular não foi o suficiente para a sua aprovação, visto que o número de votos exigidos [para a sua aprovação] foi inferior e, desse modo, a proposta não prosseguiu.

Diante de um período turbulento e enfrentando os militares, os deputados contrários ao governo militar decidem lançar uma candidatura para entrar na disputa do governo. O candidato escolhido foi Tancredo Neves. Notoriamente, ele foi eleito como presidente em 1985 de forma indireta, já que a emenda para a realização do voto para presidente não havia sido aprovada.

Tancredo representava um certo grau de esperança para a nação brasileira, pois ele tinha como um de seus principais compromissos estabelecer uma assembleia constituinte e isto, claro, implicava na construção de uma nova constituição. Porém, antes de tomar posse da presidência, Tancredo veio a falecer devido a problemas de saúde. Seu substituto foi José Sarney que tinha uma linha de pensamento diferente dos planos do governo que Tancredo estabeleceu.

Segundo Lima *et al.* (2013), no ano de 1987, realizou-se a Assembleia Nacional Constituinte, mas a discussão que ali pairava ainda trazia um direcionamento conservador. Em setembro de 1988 é aprovado o texto final da Constituição. Nesse sentido, inúmeros avanços sociais seriam levantados já que a constituição daria visibilidade a assuntos importantes da sociedade.

De acordo com Sarmento (2010), a Assembleia Nacional Constituinte reuniu 559 pessoas, entre estas 487 eram deputados federais e 72 eram senadores. No processo constituinte, segundo Sarmento (2010), foram criadas comissões e subcomissões; estas tinham como objetivo discutir as propostas para o texto da constituição. Dentre estas comissões, havia uma destinada a discutir os direitos e garantias do homem e da mulher (e, nesse contexto, os direitos políticos de ambos

os gêneros). Por outro lado, outras comissões também haviam se formado, como as da família, da educação, cultura e esportes, da ciência e tecnologia e da comunicação, entre tantas outras.

Além disso, ainda de acordo com Sarmiento (2010), essas subcomissões organizavam caravanas pelos Estados tendo como objetivo o contato com a população.

Os grupos mais variados foram ouvidos nas audiências públicas –Ministros de Estado, lideranças empresariais e sindicais, intelectuais, associações de moradores, entidades feministas e de defesa dos homossexuais, representantes do movimento negro, ONGs ambientalistas, indígenas, empregadas domésticas, meninos de rua, etc. O contraditório foi intenso. Se o tema em discussão fosse, por exemplo, a reforma agrária, participariam das discussões tanto as entidades de defesa dos sem-terra como aquelas ligadas aos ruralistas. Abriu-se a possibilidade de encaminhamento de sugestões à Assembleia Nacional Constituinte por entidades associativas, poderes legislativos estaduais e municipais e tribunais, tendo sido apresentadas 11.989 propostas nesta fase (SARMENTO, 2010, p. 20).

Portanto, percebe-se, com isto, que houve participação popular na elaboração do texto, além da abertura para a discussão entre grupos a favor de uma proposta e os que eram contra, o que permitiu que uma democracia fosse estabelecida, pois todos puderam ser ouvidos.

No que diz respeito ao texto da Constituição Federal de 1988, em seu Título I que se refere aos Princípios Fundamentais, apresenta uma afirmação bastante relevante para o povo: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição.” (BRASIL, Constituição, 1988). Diante desta afirmativa é possível perceber que, de acordo com a constituição, a população tem um papel fundamental na tomada de decisões políticas, isto é, a participação popular iniciada na votação dos seus representantes, algo que na ditadura militar não era possível ocorrer.

Antes da Constituição Federal de 1988 ser promulgada, os serviços direcionados aos cuidados com a saúde da população não eram garantidos a todos, apenas a um grupo específico de pessoas que contribuía economicamente com o setor privado da saúde ou com a previdência social. As demais pessoas ficavam à mercê do terceiro setor, ou seja, da filantropia e suas entidades que se dispusessem a fornecer os serviços a elas. Porém, no capítulo II da Constituição, direcionado aos Direitos Sociais, em seu Art.6º existe a garantia da saúde como um direito social:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (EC no 26/2000, EC no 64/2010 e EC no 90/2015). (BRASIL, 1988, n.p.)

Além de incluir a saúde como um direito social, a Constituição também estabeleceu que é dever do Estado criar meios para que a população tenha acesso a essa saúde:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, n.p.)

Portanto, é dever do Estado garantir o acesso à saúde de todos sem distinção de classe social, assim, todos deveriam ter acesso igualitário aos serviços prestados pela saúde pública.

Vale salientar que no texto da Constituição referente aos direitos políticos, os analfabetos foram incluídos no que diz respeito ao direito ao voto, representando uma verdadeira redemocratização política. Porém, no mesmo texto afirma-se que os analfabetos não podem se candidatar e, portanto, receberem votos caso desejem acender a algum cargo político, isto está descrito no inciso 4º do capítulo IV Dos Direitos Políticos.

A Constituição Federal de 1988 demonstrou a força política que o povo brasileiro possui devido aos efeitos que os movimentos civis e acadêmicos possuíram na efetivação da proposta de se construir uma nova constituição. Este feito só foi possível porque a população reivindicou e foi às ruas demonstrar o tamanho da sua insatisfação frente aos posicionamentos dos gestores políticos, que de forma egoísta não estavam atendendo aos interesses da nação.

O texto da nova constituição foi extremamente minucioso e garantiu à população inúmeros direitos, como também atribuiu responsabilidades e compromissos do Estado com o povo. A participação popular na construção do texto da constituição foi de suma importância, pois, assim foi possível garantir que as necessidades e desejos de todos fossem descritas e garantidas nesse documento público.

A Constituição Federal representou um avanço para a democracia brasileira, mas ainda existem fatores que implicam diretamente para que este documento não

seja respeitado de maneira integral. Um deles é a desigualdade econômica no país que permite que pessoas de classes mais baixas não tenham os seus direitos e garantias respeitados como se estas não fossem iguais. Sendo assim, os direitos previstos no texto constitucional, que garantem o direito à moradia e alimentação a todos, não são, *de fato*, estabelecidos para toda a população. Além desses direitos, existem tantos outros direitos que deveriam ser garantidos pelo estado brasileiro, mas que, na realidade, não se concretizam na vida dos brasileiros.

1.4 SUS: UMA CONQUISTA DO POVO BRASILEIRO PARA O POVO BRASILEIRO

É indiscutível que o SUS representa um avanço para a política de saúde brasileira, sobretudo porque ele foi construído em um tempo pós-ditadura. Além disso, algo histórico que ocorreu nas discussões sobre sua implementação foi à participação popular, o que causou ainda mais expectativa do povo que teve a oportunidade de ser ouvido. Por este motivo, o SUS carrega em sua própria história, o retorno da democracia brasileira.

Antes da criação do SUS, a assistência médica aos cidadãos era fornecida através da previdência social, da filantropia e por meio do setor privado. Só aqueles que usufruíam do capital necessário poderiam ter acesso ao setor privado de saúde; os que contribuía com a previdência eram beneficiados e aos que não possuíam nenhuma renda mais elevada restava a espera pela caridade alheia.

Na Constituição Federal houve garantias de diversos direitos para a população e um destes que foi tão aclamado pelo povo era o da saúde. A partir dessa nova mudança, o Estado teria que se comprometer a cuidar da saúde da população de uma forma mais expressiva.

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo. De acordo com o Ministério da Saúde (1990), ele é um sistema único porque sua doutrina e os seus princípios organizativos são os mesmos em todo o Brasil, além de serem, ao mesmo tempo, regidos pelo Governo Federal, Estadual e Municipal. Portanto, podemos afirmar que o SUS constitui um sistema que tem o objetivo de fornecer a promoção, proteção e recuperação da saúde.

O sistema único de saúde, o SUS, é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas

federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. À iniciativa privada é permitido participar desse sistema de maneira complementar. (BRASIL, 2000, p.5)

Frente a esta afirmativa, percebe-se que o SUS não atua sozinho, pois nele também existe a participação do setor privado. No entanto, a responsabilidade de arcar com as maiores demandas deve surgir por parte do setor público, já que sob o Estado está o compromisso de promover o acesso à saúde de toda a população.

Diante disto, devido a certo estigma criado sobre o atendimento do SUS, onde se atribui ao serviço público o descaso, algumas pessoas migram para os serviços do privado. Entretanto, não são todos que podem arcar com as despesas exigidas, restando a eles a espera pelo atendimento no SUS. Por outro lado é sabido que o SUS é um sistema que fornece diversos serviços de qualidade para a população, embora existam algumas contradições em sua política e em sua prática, principalmente por causa da corrupção existente no país. Assim, os investimentos do sistema público são desviados e isto prejudica diretamente os serviços por ele fornecidos, causando, assim, essa insatisfação na população.

Além disso, a corrupção proporciona a falta de verba e gera prejuízos na estrutura dos serviços. No que diz respeito aos serviços da saúde, pode ocorrer problemas no atendimento da população. Diante desse contexto, entrará em cena o setor privado, aparecendo sob as lentes do discurso neoliberal² como aquele que é capaz de proporcionar uma melhor qualidade de serviços em detrimento do setor público, assim, procurando justificar a defesa ferrenha que a elite brasileira faz da privatização do SUS.

Além dessa problemática de competição dos serviços e de enfraquecimento da importância do setor público para o povo, boa parte dos profissionais de saúde almejam uma melhoria no seu salário e acabam atuando tanto no setor público como no privado. Em muitos casos ocorre uma diferença entre os serviços fornecidos ao público e ao privado e em determinadas situações essa diferença é negativa para o público. Estas e outras são questões um tanto complexas que norteiam o sistema público de saúde e prejudicam o seu funcionamento na íntegra.

² A ideologia neoliberal contemporânea é, fundamentalmente, um liberalismo econômico, que exalta o mercado, a concorrência e a liberdade de iniciativa privada, rejeitando veemente a intervenção estatal na economia. (CARINHATO, 2008, p. 38)

Segundo o Ministério da Saúde (1990), o SUS possui doutrinas a seguir e entre elas está a universalidade que se caracteriza pela função de prestar serviços a todos os brasileiros e que permite que o indivíduo tenha acesso a todos os serviços oriundos do sistema público de saúde. Além disso, o SUS deve possuir a doutrina da equidade, no qual todos os cidadãos terão assegurados o acesso a todos os serviços prestados por ele, mesmo que esse indivíduo possua algum tipo de deficiência e não tenha condições de se locomover até a unidade de atendimento de saúde. O objetivo é que os pacientes venham ser tratados igualmente e, assim, o Sistema de Saúde encontre estratégias para que esse cidadão não fique sem o atendimento, seja através da visita dos profissionais de saúde em sua residência ou de outra forma.

No SUS, outro aspecto importante é a integralidade do indivíduo, para que, desse modo, ele seja reconhecido como um todo. Nesse sentido, devem ser considerados os seus aspectos biológicos e sociais, além do entendimento de que esse sujeito faz parte de uma comunidade. Sendo assim, tais diretrizes precisam ser respeitadas e o sujeito compreendido, para que, assim, o sistema busque promover, proteger e recuperar a sua saúde.

Em 1990, foi regulamentada a Lei 8.080 e a Lei 8.142, que formam a Lei Orgânica da Saúde. Uma característica democrática que se encontra no SUS foi a participação popular que ocorreu no seu processo de construção. A forma que essas pessoas tinham de participar era por meio do Conselho Nacional de Saúde, sendo esse Órgão inserido nas secretarias de saúde dos municípios, Estados e do Governo Federal, o qual possuía inúmeras funções, dentre elas, era responsável por analisar e aprovar o plano de saúde, criar estratégias para a execução da política de saúde e informar a população sobre os serviços que foram realizados. Dessa forma, a população podia participar dessas discussões através das Conferências de Saúde que aconteciam em primeiro instante nos municípios, logo após nos Estados e por fim, nacionalmente.

A centralidade da gestão do SUS não se concentrava apenas sobre o Governo Federal, mas era dividida entre o próprio Governo Federal, Estadual e Municipal. O SUS também foi hierarquizado em seus atendimentos, sendo estes divididos em baixa, média e alta complexidade. A Lei 8.080 define que o sistema deve ser regionalizado, e portanto, é necessário que se tenha conhecimento

geográfico da área e da população a ser atendida para que, através desse conhecimento, se estabeleça um planejamento de assistência eficaz.

Segundo a Lei 8.080, o SUS deve buscar oferecer uma vigilância sanitária para a população, evitando, assim, a proliferação de endemias por meio da fiscalização dos alimentos e bebidas que são consumidas pelas pessoas. No Art.15 é dever dos municípios, Estados e Governo Federal controlar, avaliar e fiscalizar as ações dos serviços de saúde, administrar os recursos que são destinados à saúde anualmente, entre outras atribuições descritas na Lei.

A cada parágrafo descrito, é perceptível o grau de importância que esse sistema possui para a nação brasileira. O Brasil, antes de ser colonizado por Portugal, era habitado por indígenas. Eles foram manipulados, escravizados, torturados e tiveram as suas vidas alteradas. Portanto, nada mais justo do que incluí-los no texto da lei e garantir direitos tão merecidos.

Desde a Constituição de 1934 os índios tiveram os seus direitos garantidos, mas é notório que houve um avanço quanto a estes nas próximas Constituições e com o SUS não poderia ser diferente, já que para esse sistema todos são iguais. Assim, como nos diz a Lei 9.836, para que os indígenas tenham todas as suas necessidades atendidas de forma eficaz foi criado um subsistema que os respeitaria de acordo com a sua cultura.

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. (BRASIL, 1999, Lei 9.836)

Outro aspecto importante registrado no SUS no que tange a vigilância sanitária, é a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Lei 9.782, no ano de 1999. Isto representa um fator extremamente relevante para que se estabeleça um controle à saúde.

Segundo Souza (2002), o objetivo institucional da ANVISA era promover a proteção da saúde da população através do controle sanitário. Esse processo de fiscalização ocorreria durante a produção e comercialização dos produtos. Para estabelecer uma fiscalização e controle sobre as mercadorias importadas e exportadas, a ANVISA também teve como responsabilidade o controle dos portos,

aeroportos e fronteiras e uma articulação com o Ministério das Relações Exteriores e Instituições Estrangeiras.

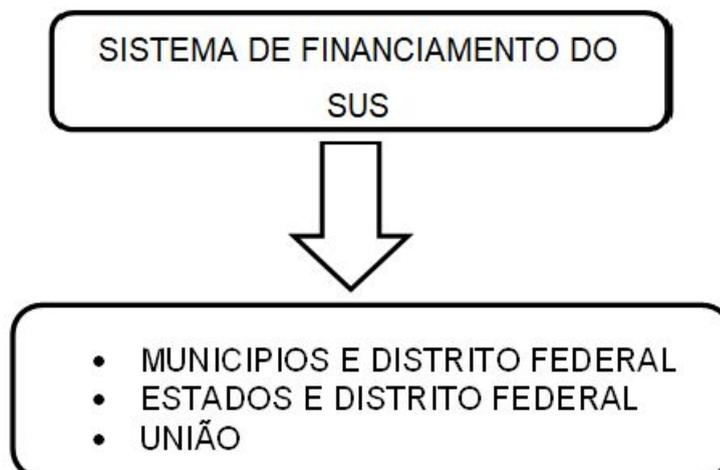
No que diz respeito à gestão do SUS, esta foi composta por um representante de cada esfera pública, ou seja, para a administração da saúde nacional a responsabilidade seria do Ministro da Saúde; para o Estado o Secretário de Saúde e a gestão do Município ao Secretário Municipal de Saúde. Esses gestores deveriam atuar com compromisso frente à população e buscar realizar o que determina o SUS como garantia de direitos ao cidadão. Cada representante deveria ter conhecimento da importância da sua função e saber como fazer e o que deveria ser feito durante sua gestão.

Além dos gestores, é preciso um amplo investimento de recursos financeiros para que o SUS possa funcionar devidamente, já que são inúmeros os serviços fornecidos à sociedade. Na Figura 1, estão representadas as esferas responsáveis pelo financiamento desse sistema.

Portanto, percebe-se que existe uma sistematização quanto à distribuição dos recursos destinados ao SUS. A forma de arrecadação do capital para que os investimentos na saúde ocorram seria através dos impostos que a população paga, sendo assim, essas arrecadações feitas com a população reverter-se-iam em investimentos.

O SUS foi elaborado para atender as necessidades do povo. Esta é uma conquista que não pode ser apagada de nenhuma forma da história. Embora alguns governos autoritários e conservadores tentem desacreditar os movimentos sociais existentes em décadas anteriores. Entretanto, é sabido que esses movimentos contribuíram para diversos avanços sociais na sociedade brasileira.

Figura 1: Funcionamento do sistema de financiamento do SUS.



Fonte: Figura criada pela autora, tendo como base as leituras bibliográficas.

No entanto, o SUS sofre com impasses devido às consequências geradas pela má administração desse sistema e de seus recursos. Seja na fila de um transplante ou na espera de um leito hospitalar, a população mais pobre permanece sendo a mais desfavorecida e fragilizada em diversos aspectos, sendo apenas vítimas de um sistema seletivo e caótico.

Devido a essas problemáticas sociais, tendo em vista os inúmeros acontecimentos de superlotação, de filas gigantes e desrespeito com a saúde pública, o SUS permite que algumas lacunas estejam sobre si. Isto implica na ideia de que o Sistema de Saúde ainda não foi implementado por completo justamente por não seguir os princípios e diretrizes que deveriam, teoricamente, o constituir. Contudo, mesmo diante de tanto desmonte e lacunas, o SUS ainda permanece como uma grande conquista do povo, precisando ser respeitada e executada.

1.5 A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO

As décadas de setenta e oitenta foram marcadas pelas discussões em busca da redemocratização do Brasil em diversos aspectos e um deles era a saúde. Através dos Movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, as pessoas se organizavam em grupos para discutir propostas para melhorar as condições de cuidados fornecidos para a saúde da sociedade e que tais processos fossem

direcionados a todos de maneira igualitária, sempre respeitando a dignidade da pessoa humana. Após muita luta e mobilizações, o povo brasileiro alcançou diversos direitos como a Política Nacional de Humanização:

O HumanizaSUS existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. A PNH deve estar presente e inserida em todas as políticas e programas do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013/2020).

Portanto, nessa política todos devem participar efetivamente, sejam estes usuários ou gestores, e a Política Nacional de Humanização deve estar presente em todos os serviços fornecidos pelo SUS. De acordo com a cartilha PNH (2004), a humanização deve valorizar todos os sujeitos participantes do processo de produção de saúde de forma igualitária sem distinção. Além disso, é essencial que as necessidades sociais de saúde sejam identificadas para que, assim, sejam solucionadas. Ademais, haverá um compromisso em melhorar as condições de trabalho e atendimento.

A PNH ampliará e fortalecerá o compromisso do SUS com os direitos da população brasileira. É possível, assim, perceber que o HumanizaSUS tem como objetivo acolher e atender os usuários do SUS de forma que este processo seja pautado no respeito e que seja um desenvolvimento democrático.

No que diz respeito ao atendimento dos profissionais de saúde com os usuários do serviço, este não deve ter distinção de cor, religião, orientação sexual etc, todos precisam ser tratados da mesma forma. Os profissionais devem buscar olhar o usuário com empatia.

É sabido que todas as ações realizadas pelos profissionais deixam marcas nos usuários do serviço de saúde. Estes são pequenos detalhes que fazem toda a diferença, seja um ouvir com atenção, um olhar, uma pausa na correria das funções e responsabilidades para sanar dúvidas e caso estas não sejam de sua competência, encaminhar o indivíduo a um setor mais apropriado, pois boa parte da população que busca atendimento no SUS são pessoas humildes e, portanto, fragilizadas - enxergá-las e ouvi-las faz toda a diferença.

De acordo com Faquinello *et al.* (2007), através de um estudo realizado em um hospital escola pediátrico no noroeste do Paraná, muitos usuários do SUS não compreendiam o que de fato era a humanização no atendimento. Quanto à relação

dos profissionais com os usuários, alguns entrevistados relataram que nem sempre é agradável. Ainda existe uma relação de dominação e subordinação entre os usuários e os profissionais. Com isto, o que deveria ser uma parceria torna-se uma relação desagradável, onde o profissional apenas dá ordens e impõe regras sobre o acompanhante quando este deveria de forma mais leve dialogar e esclarecer essas questões.

A PNH é extremamente necessária para a realização dos serviços de saúde do SUS, pois através desta os profissionais estabelecem ações mais empáticas, enxergando o outro além de si.

2 CAPÍTULO II – O SUS E A SAÚDE MENTAL

Neste capítulo dissertamos inicialmente a respeito da visão que a sociedade construiu sobre a saúde mental, como também a maneira como pessoas com transtornos mentais eram tratadas. Para uma melhor compreensão, buscamos analisar o estigma social atribuído à "loucura" e as suas consequências sobre as pessoas em sofrimento mental e os fatores sociais que contribuem com a propagação deste problema social. Foram realizados recortes direcionados a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, sua importância, seus avanços e desafios. Finalizando com a apresentação de alguns transtornos, para que assim torne-se mais fácil a compreensão sobre esses sofrimentos.

2.1 UMA CAMINHADA MARCADA PELO SOFRIMENTO E PRECONCEITO SOCIAL

A saúde mental é um tema extremamente discutido na atualidade. Sabe-se que a maioria da população está suscetível ao sofrimento mental, sem distinção de idade, sexo, etnia, cor e classe social. As causas são diversas, não existe apenas um motivo que permite uma pessoa até então considerada "normal" desenvolver e vivenciar de forma mais intensa esse sofrimento. Entre as situações que podem desencadear um sofrimento intenso é possível citar algumas como exemplos, tais como o ambiente de trabalho, um abuso sexual, a morte de um familiar, entre outros. Em decorrência disso, pessoas que sofrem de algum transtorno mental e não encontram acompanhamento psicossocial e que necessitam de um cuidado específico, podem estar vulneráveis ao suicídio.

Nesse sentido, de acordo com a OMS (2018) cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos. Sendo assim, é essencial que haja uma prevenção e controle sobre esse problema.

O suicídio é uma questão complexa e, por isso, os esforços de prevenção necessitam de coordenação e colaboração entre os múltiplos setores da sociedade, incluindo saúde, educação, trabalho, agricultura, negócios, justiça, lei, defesa, política e mídia. Esses esforços devem ser abrangentes e integrados, pois apenas uma abordagem não pode impactar em um tema tão complexo quanto o suicídio. (OPAS/OMS, 2018a)

Portanto, percebe-se que é necessário estabelecer uma atenção a esse tema que representa um problema social e de saúde. Para que isto ocorra com eficácia é preciso um trabalho conjunto de toda a sociedade.

Sabendo da importância de trazer visibilidade a esse assunto, foi definido que o mês de setembro seria o mês de prevenção do suicídio, ficando conhecido como setembro amarelo. Com essa visibilidade é possível perceber que esses assuntos não são mais tão desconhecidos e julgados negativamente pela sociedade, o que representa um avanço para a discussão sobre a importância de se falar sobre a saúde mental. No entanto, nem sempre foi assim, pois o princípio da trajetória das pessoas que sofriam algum tipo de transtorno mental era um tanto perturbador.

É sabido que há muito tempo o sofrimento mental ou “loucura”, como era conhecido, não era compreendido e respeitado pela sociedade como deveria ser. Através da história foi possível perceber que as pessoas que sofriam algum tipo de transtorno mental não eram vistas com bons olhos pela sociedade. O objetivo era excluí-las do meio social e assim realizar uma higienização para que a ordem social fosse mantida. Alguns autores que tratam dessa problemática existente sobre essas pessoas, relatam que além de sofrer com os seus problemas psíquicos, elas eram rejeitadas e culpabilizadas por uma condição de saúde na qual não escolheram para si.

No entanto, as opiniões a respeito dessa temática não são iguais em todos os períodos históricos e, de acordo com Alves *et al.* (2009), na Grécia Antiga os “loucos” eram enxergados pela sociedade como detentores de poderes. Dessa forma, o que eles falavam era considerado importante e necessário; eles poderiam intervir na vida das pessoas. A loucura era algo ligado aos deuses e, portanto, estes utilizavam os “loucos” como mensageiros. Com isto, os loucos eram reconhecidos e valorizados pelas pessoas por representarem um papel importante socialmente. Desse modo, eles não eram excluídos da sociedade por, como já dito anteriormente, representarem uma ligação com os deuses.

Segundo Alves *et al.* (2009), na Idade Média, a visão que a sociedade atribuía ao sujeito considerado “louco” era a de terror, medo e as pessoas consideradas doentes mentais eram assustadoras. Além disso, acreditava-se que estes eram possuídos por forças do mal e a forma encontrada de controle de toda essa situação era extirpando os “loucos” em práticas inquisitoriais, isto sob o comando da igreja.

É sabido que com o passar do tempo a atenção à saúde mental foi evoluindo e antes disto acontecer as pessoas em sofrimento mental vivenciaram períodos obscuros em suas vidas.

O filósofo Michel Foucault abordará essas questões em seu livro História da Loucura na Idade Clássica (1978). Ele relata que no século XVII, antes de serem estabelecidos os internamentos para os loucos, essa doença era sinônimo de medo e exclusão. As pessoas diagnosticadas pelos seus familiares ou pela sociedade como loucas eram colocadas em barcos destinados a outras cidades e seriam deixados por lá como peregrinos - isto ocorria com mais frequência na Alemanha. Havia loucos que eram retirados das ruas, direcionados e jogados em uma prisão. Algo que também ocorria era a tortura física dessas pessoas, onde elas eram chicoteadas. Os religiosos buscavam, através da tortura, puni-los pelos seus pecados cometidos e, nesse sentido, as chicotadas eram consideradas uma forma de purificação.

Com o objetivo de estabelecer uma higienização social, para que a moral e os bons costumes não fossem contaminados com qualquer representação contrária, foram criadas casas que serviriam como internamento para os “desajustados” e entre estes se enquadravam os “loucos”. Nestes espaços a exclusão permanecia:

Estranha superfície, a que comporta as medidas de internamento. Doentes venéreos, devassos, dissipadores, homossexuais, blasfemadores, alquimistas, libertinos: toda uma população matizada se vê repentinamente, na segunda metade do século XVII, rejeitada para além de uma linha de divisão, e reclusa em asilos que se tornarão, em um ou dois séculos, os campos fechados da loucura. (FOUCAULT, 1978, p. 116)

A moral imposta socialmente constituía uma sociedade preconceituosa e desumana. A igreja detinha um poder muito forte em suas mãos e o exercia através das regras que eram criadas e que todos deveriam seguir. Aos considerados promíscuos a detenção era o caminho estabelecido. As atitudes eram duras e radicais, pessoas eram punidas, reprimidas e vistas como desobedientes à lei divina, assim, esses comportamentos não eram tolerados. Alguns eram mantidos nesses espaços para que encontrassem o caminho da “verdade” e a seguisse, era o caso dos libertinos. Este processo era como uma regeneração para aqueles que assim a aceitassem e nessa perspectiva os religiosos acreditavam estar seguindo a vontade de Deus e fazendo o bem para aqueles que estavam em pecado.

Os Hospitais Gerais, como eram conhecidos na Europa, não simbolizavam um tratamento médico, mas um distanciamento social e enclausuramento de muitos, podendo ser considerados até mesmo como uma prisão. Aos “loucos” eram entregues espaços insalubres e muitos eram deixados para morrer. Diante disso não existia intervenção por parte da medicina, pois esta andava lado a lado com a moral, sendo assim não havia limites para estas ações punitivas.

As instituições conhecidas como Hospitais Gerais não abrigavam apenas aqueles que possuíam algum transtorno mental. De acordo com Foucault (1978), este espaço abrigava todos os excluídos da sociedade, principalmente a população mais carente. Este ambiente era administrado pelo Rei, a igreja e também pela burguesia. Estas autoridades determinavam quem deveria ser encaminhado a estas instituições. Existiam ainda aqueles que se dirigiam voluntariamente a estes espaços em busca de assistência, mas a maioria era levada a este lugar por outras pessoas.

No século XVIII, segundo Foucault (1978), a repressão sobre aqueles que se mostram diferentes dos demais continua, os “loucos” são casos de polícia e de exclusão. Eles não poderiam permanecer no mesmo ambiente social que os demais cidadãos. As pessoas os enxergavam como perturbadores da ordem pública e por isso os queriam longe e a maneira encontrada era retirando-os do meio social.

Portanto, é possível perceber que as pessoas que sofrem de algum transtorno mental, desde muito tempo estiveram vulneráveis aos tratamentos desumanos que a sociedade lhe impôs. O desconhecido gerava medo, e por falta de conhecimentos a respeito do sofrimento mental, muitos os enxergavam como ameaças e buscavam meios desumanos para combatê-los. Os indivíduos que apresentavam características consideradas fora do “normal” não eram vistos com bons olhos pela sociedade e por isso eram excluídos. Isto representava a busca pela ordem social e proteção de todos, onde aqueles que precisavam ser cuidados eram maltratados e punidos.

A história da saúde mental é bastante complexa e a do seu tratamento desumana. É indiscutível que com o passar dos anos a forma como este assunto passa a ser enxergado pela sociedade evoluiu. De acordo com Alves *et al.* (2009), o indivíduo diagnosticado com algum tipo de sofrimento mental não era considerado cidadão, logo não merecia ser tratado como tal. Percebe-se, então, que é um tema de extrema necessidade de ser discutido e precisa ser respeitado, pois diz respeito a

vidas de pessoas e estas, assim como garante a Constituição Federal de 1988, são todas consideradas iguais em direitos.

Mal interpretados, explorados, maltratados e fora do padrão social, assim eram os “loucos”, indivíduos que só precisavam ser compreendidos, respeitados e cuidados pelos seus semelhantes. Sabe-se que cada ser carrega consigo as suas subjetividades e, portanto, se difere um do outro. Nesse sentido, para que um convívio tranquilo ocorra na sociedade é preciso se estabelecer o respeito pelas diferenças.

2.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A população em sofrimento mental sofre com o estigma social e a opressão há muito tempo. A partir dos registros históricos foi possível perceber as dificuldades de pertencer a este grupo e de trazer consigo vestígios de ser “louco” que, em boa parte da história, vinha acompanhado de exclusão social.

Pessoas excluídas e mantidas sobre prisões com o intuito de proteger a sociedade do mal que estas representavam, assim eram os “loucos”. A princípio a loucura era vista como uma expressão do ser humano. Mais a frente, na Grécia Antiga, passou a ser interpretada de uma forma um tanto religiosa, pois os popularmente conhecidos como “loucos” terão as suas falas e posicionamentos valorizados. Logo, passaram a ser vistos como mensageiros divinos e, assim, o “louco” teve sua imagem valorizada.

Em diversos momentos na história a maneira como os “loucos” eram vistos e tratados foram se modificando. De acordo com Foucault (1978), no século XVII na Europa, esta população e as demais pessoas que descaracterizassem o modelo de ordem social, imposta pela Igreja e pelo Rei, passaram a ser encaminhados a locais chamados como Hospitais Gerais. No entanto, nestes espaços esses indivíduos apenas estariam reclusos da sociedade e isto não representava um tratamento.

Apenas cerca de um século mais tarde, com a Revolução Francesa (1789), cujos ideais de ‘Liberdade, Igualdade e Fraternidade’ tomavam força e impulsionavam transformações, inicia-se um processo de reabsorção dos excluídos, até então isolados em setores próprios dos Hospitais Gerais. Tais Hospitais se constituíam, ao mesmo tempo, num espaço de assistência pública, acolhimento, correção e reclusão, ou seja, onde cuidado e segregação se confundem (ALVES *et al.*, 2009, p. 87).

Dessa forma, a Revolução Francesa representou um avanço nas ideias que a sociedade estabelecia sobre a “loucura”. De acordo com Alves *et al.* (2009), apenas em 1793 um novo status social sobre a loucura é definido, pois ela será enxergada de uma forma direcionada ao saber médico. Sendo assim, passou a ser conhecida como doença mental e logo deveria ser tratada por meio de medicamentos. A loucura será vista de forma patológica e, mesmo que esse período represente novas possibilidades terapêuticas, ainda mantinha esta população como um grupo de pessoas excluídas dos demais.

Nesse contexto, de acordo com Alves *et al.* (2009), uma nova visão era estabelecida sobre os “loucos”, pois estes passaram a ser considerados doentes e por isso deveriam receber tratamentos e cuidados, como já eram direcionados a uma pessoa doente. Mas se antes estes eram excluídos por representarem um perigo social, agora esta perspectiva não muda por completo, pois neste momento passaram a ser os “loucos” incapazes de exercer a sua cidadania e não tinham a possibilidade de se reinserir na sociedade após receber um tratamento, pois isto era considerado inviável já que esses indivíduos eram “incapazes”.

Além disso, os cuidados que uma vez haviam sido prometidos não eram, de fato, realizados. Os sujeitos inseridos nos Hospitais Psiquiátricos eram submetidos a maus-tratos, mal alimentados e vistos apenas como um objeto no qual a importância era a sua doença. Assim, os médicos buscavam fazer experimentos para estudos e deixavam de lado o fato de estarem lidando com seres humanos.

Diante disso, a Reforma Psiquiátrica surge, com o objetivo de modificar a forma dos cuidados direcionados às pessoas em sofrimento mental e construir um espaço social para estes sujeitos. No Brasil, este movimento de transformação ocorreu em um período político um tanto efervescente: no momento em que o País vivenciava a repressão da ditadura civil-militar. Mais precisamente na década de 1970, por meio de um processo de resistência e de luta política, surge a fundamentação para esta Reforma.

A população brasileira estava engajada em transformar diversos âmbitos presentes na sociedade, buscando assim estabelecer um novo tempo, já que devido à ditadura muitas problemáticas surgiram. Foi um período de união do povo lutando pelos direitos do povo. Timidamente os movimentos sociais iam se organizando e se consolidando com o intuito de mudança social.

Sendo assim, a década de setenta representa um período no qual o Brasil vivenciava uma redemocratização. A população buscava a garantia dos seus direitos e de sua cidadania. Dentro destas lutas se pautava a luta pela melhoria nas condições de cuidados com a saúde da população. Neste sentido, surge o movimento nomeado como Reforma Sanitária e entre as diversas discussões e reivindicações estava a proposta da criação do SUS.

A Reforma Psiquiátrica tem todo um contexto internacional que buscava a superação do tratamento desumano fornecido nos Manicômios. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), no ano de 1978 houve o início dos movimentos sociais em prol dos direitos da pessoa em sofrimento mental. Entre os movimentos sociais houve um que impulsionou os discursos direcionados aos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil: o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que contava com a participação destes trabalhadores que integravam o Movimento Sanitário, de sindicalistas, de associações de familiares, entre outros.

Foi através deste movimento social que as denúncias a respeito das violências que ocorriam dentro dos manicômios foram efetivadas. Para que uma análise crítica fosse efetivada houve inspiração nos cenários internacionais, dentre estes o da Itália que não apoiava os manicômios e acreditava que era necessário romper com os padrões conservadores.

Dessa forma, o Movimento da Luta Antimanicomial foi estabelecido almejando dar voz aqueles que eram segregados e violentados pelo sistema imposto, através de encontros, congressos, reuniões e discussões. As ideias de mudanças eram abordadas sempre com a esperança de que uma transformação ocorreria.

Segundo Yasui (2010), em junho de 1987 aconteceu, na cidade do Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM). Nesta os temas abordados foram Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência à Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental. Estas discussões representaram aspectos norteadores para que ocorresse uma Reforma ao modelo dos cuidados com a saúde mental brasileira.

De acordo com Ribeiro (2004), no ano de 1986, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado na cidade de São Paulo. Este espaço recebeu o nome de Professor Luís da Rocha Cerqueira e seus objetivos eram de

estabelecer um atendimento mais humanizado para as pessoas em sofrimento mental, onde as internações seriam evitadas.

A criação das CAPS representou um avanço aos cuidados com as pessoas que sofriam de algum tipo de transtorno mental, por realizarem um trabalho diferente dos Manicômios. O CAPS fornecia um atendimento humanizado aos seus usuários. Além disso, os sujeitos que utilizassem destes serviços tinham a possibilidade de receber um acompanhamento, com todos os profissionais de saúde, necessário para que a sua saúde fosse cuidada da melhor maneira possível. Sendo assim, os indivíduos encaminhados tinham total liberdade de serem reinseridos no meio social por receberem um atendimento adequado.

Segundo o Ministério da Saúde (2005), a cidade de Santos em São Paulo passou a fortalecer as convicções dos integrantes dos movimentos em prol da Reforma Psiquiátrica, pois este município demonstrou que as discussões estabelecidas poderiam sim passar a serem executadas. Neste cenário, foram criados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) funcionando 24 horas, além de cooperativas, residências para a retirada dos hospitais e associações que também foram criadas.

Um novo contexto passou a ser implementado no país e o que antes não passara de discussões caminhou para a consumação. Isto representou que as sementes plantadas pelos militantes começaram a se transformar em frutos. Dessa forma, sabe-se que este movimento seria apenas o início da desconstrução de um sistema brutal e conservador que prevaleceu por muitos anos e por isso exercia um poder imensurável.

Também no ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005, p.07).

Este projeto de lei foi extremamente relevante para as pessoas com transtornos mentais, pois elas passaram a ser enxergadas como cidadãs dotadas de direitos. Além de determinar a extinção dos manicômios que durante anos foram palco de inúmeras violências contra pessoas indefesas, vítimas de uma sociedade caracterizada pelo estigma social imposto à "loucura". Vale lembrar que no ano de 1988 foi promulgada a Constituição Federal brasileira, após muitas lutas e

reivindicações da população, trazendo garantias de direitos e dignidade social. Através deste documento o Sistema Único de Saúde também foi estabelecido e frente a estes avanços era notório que os movimentos sociais fizeram com que a conjuntura brasileira fosse modificada.

Outro marco importante que demonstra a força dos movimentos sociais para a construção de novas diretrizes para a política de saúde ocorreu no ano de 1992. Assim como aponta o Ministério da Saúde (2005), através do Projeto de Lei Paulo Delgado, os movimentos sociais estabeleceram, em diversos estados brasileiros, leis que determinavam que os leitos psiquiátricos deveriam ser substituídos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Na década de 90, o Brasil assinou a Declaração de Caracas e realizou a II Conferência Nacional de Saúde Mental, isto permitiu que entrasse em vigor no País a implantação de serviços de atenção diária, além das normas para realizar as fiscalizações dos hospitais psiquiátricos.

Foi necessária muita paciência por parte da sociedade que lutava em busca da Reforma Psiquiátrica para esperar por doze anos para que a Lei Paulo Delgado fosse enfim sancionada. Dessa forma, no ano de 2001 é sancionada a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, no entanto, houve alterações no seu texto original e uma dessas mudanças foi não mencionar a extinção dos manicômios esta existente no texto original de Paulo Delgado, sendo assim nota-se que a lei representa um avanço conquistado pela Reforma Psiquiátrica, mas a luta da população pelos direitos das pessoas em sofrimento mental não havia sido encerrada.

No entanto, mesmo não tendo algumas de suas reivindicações atendidas, tais como a extinção dos manicômios, algo extremamente positivo e histórico ocorreu no cenário brasileiro para o Movimento de Reforma Psiquiátrica, que representou o acesso à democracia brasileira. Em 2001, aconteceu em Brasília a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que apresentou uma característica diferente das anteriores, isto porque o espaço foi aberto para a participação dos usuários dos serviços de saúde e dos seus familiares. Assim, essas diretrizes contribuíram juntamente com as ações do governo federal para a consolidação da Reforma Psiquiátrica agregando maior sustentação e visibilidade ao tema.

As transformações na conjuntura brasileira começaram a tomar uma proporção um tanto positiva para aqueles que tanto lutaram em busca de mudanças. Nesse sentido, os que antes eram invisíveis para a sociedade passaram a ser

enxergados como pessoas com direitos iguais às demais. A Reforma Psiquiátrica permitiu que a construção de um sistema de saúde humanizado fosse constituído sobre a atenção psicossocial ou comunitária. No Quadro 1 serão apresentadas as conquistas do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Quadro 1: Conquistas alcançadas através do movimento de Reforma Psiquiátrica.

Conquistas da Reforma Psiquiátrica
<ul style="list-style-type: none"> ● Criação da Política Nacional de Saúde Mental
<ul style="list-style-type: none"> ● Criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): estes serviços residenciais serão casas terapêuticas que acolheram as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Além destes existem os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e os Centros de Convivência e Cultura e as Unidades de Acolhimento (UAS).
<ul style="list-style-type: none"> ● Lei nº 10.216, de 06 de Abril de 2001. Esta Lei irá garantir a proteção e os direitos da pessoa que sofre de algum transtorno mental e redirecionara o modelo Assistencial em Saúde Mental.
<ul style="list-style-type: none"> ● Programa de Volta Para Casa (este permitiria que as pessoas que estavam um longo período internadas retornassem aos seus lares.)
<ul style="list-style-type: none"> ● Redução dos Leitos em Hospitais Psiquiátricos, com a criação do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares PNASH/Psiquiatria.
<ul style="list-style-type: none"> ● Criação da Política Nacional de Saúde Mental Infanto-juvenil, esta prestara assistência às crianças e adolescentes.

Fonte: Criado pela autora, tendo como base as leituras bibliográficas.

Mesmo representado inúmeros avanços para os cuidados com a saúde mental, a Reforma Psiquiátrica enfrenta desafios para consolidar todas as suas propostas, no Quadro 2 serão pontuados alguns destes:

Quadro 2: Desafios para a consolidação das propostas da reforma psiquiátrica.

<ul style="list-style-type: none"> ● O Estigma Social
<ul style="list-style-type: none"> ● Permanência dos Manicômios
<ul style="list-style-type: none"> ● A precarização dos pontos de atendimento, pois nem todos possuem uma estrutura apropriada para atender as possíveis demandas dos usuários, é possível citar a falta de insumos básicos tais como medicamentos.
<ul style="list-style-type: none"> ● Aspectos regionais divergentes que interferem na eficácia dos serviços fornecidos.

Fonte: Criado pela autora, tendo como base as leituras realizadas.

Portanto, é notória a importância dos movimentos sociais na transformação da sociedade brasileira. O Movimento de Reforma Psiquiátrica continua em processo

de construção, assim como o da Reforma Sanitária. Porém grandes avanços já foram alcançados, entre eles está a implementação do Sistema Único de Saúde, além da política de Atenção à Saúde Mental. No entanto, ainda existe um longo caminho de avanços e conquistas a serem traçados, pois são inúmeros fatores que interferem na consolidação do SUS, entre eles o sistema econômico capitalista que não prioriza os direitos das pessoas e sim o lucro e a acumulação do capital.

2.3 ESTIGMA E PRECONCEITO COM A PESSOA EM SOFRIMENTO MENTAL

As pessoas que sofrem algum tipo de transtorno mental são obrigadas a suportar inúmeras dificuldades sociais, entre elas o preconceito enraizado historicamente por boa parte da sociedade. Muitas dessas pessoas, devido ao preconceito, se sentem constrangidas até mesmo em buscar um acompanhamento médico e quando o fazem preferem não divulgar, porque sabem que serão discriminadas. Nesse sentido, nota-se que mesmo com o avanço frente a este assunto ainda há um longo caminho a ser percorrido e neste muito preconceito a ser enfrentado, pois muitos tratam a pessoa em sofrimento mental como um portador de uma doença contagiosa e buscam se distanciar. Assim, muitas pessoas acreditam que estes representam uma ameaça para a sociedade, tal como era pensado nos séculos anteriores.

Muitos ainda acreditam que a internação e a exclusão dessas pessoas é a solução mais eficaz existente, o que não se distancia tanto dos registros históricos em que este pensamento era comum. Outro aspecto negativo atribuído à pessoa que sofre de algum tipo de transtorno mental é a sua imagem sendo ridicularizada, sendo assim enquanto uma pessoa apresenta uma condição de sofrimento outras zombam desta condição, pelo simples fato dela representar características diferentes das consideradas comuns.

O estigma social atribuído a estas pessoas prejudicam seu convívio em sociedade e principalmente a sua autoestima, em muitos casos o indivíduo passa a se sentir inferior aos demais, muitos decidem se isolar por acreditar que assim encontrarão conforto e não serão reprovados pela sociedade, causando assim um distanciamento social e uma negação da vida em sociedade.

Assuntos como esse precisam ser estudados e estes estudos precisam ser compartilhados com a sociedade. Neste sentido, o sociólogo canadense Erving Goffman buscou estudar e compreender a temática e assim permitiu que se discutisse dentro da sociedade este tema tão relevante.

A relação social cotidiana em ambientes já estabelecidos propicia um relacionamento entre pessoas previstas e esperadas a tal lugar, sem atenção ou reflexão particular umas com as outras. Assim, as pessoas normais preveem as categorias e os atributos de um estranho que se aproxima. Essas pré-concepções, elaboradas pelos normais, são transformadas em “expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso” (GOFFMAN, 1975:12). No entanto, os normais, cotidianamente, ignoram essas pré-concepções até o surgimento de uma questão que seja efetiva para a realização de suas exigências. É neste momento que os normais podem perceber que fazem afirmações daquilo que o outro deveria ser. (GOFFMAN, 1975, p. 12 apud SIQUEIRA; CARDOSO, 2011, p. 94)

Dessa forma, é possível perceber que a sociedade estabelece um padrão a ser seguido e espera que todos o sigam, para que assim sejam consideradas “normais”. Se um determinado indivíduo se apresenta de uma forma oposta a exigida pelos demais este é considerado um estranho, sendo assim as características particulares de cada indivíduo não são respeitadas e não são aceitos quaisquer formas de pensar ou agir que fujam dos padrões impostos. O sujeito só é aceito se seguir as regras, se ele for diferente é excluído e rejeitado.

A sociedade se apresenta de forma rígida excludente e estereotipada, e o que chamamos de sociedade é formado exatamente por pessoas, portanto percebe-se a exigência imposta socialmente, isto diz respeito a diversas diferenças que possam existir de uma pessoa para outra seja a religião, orientação sexual entre outras, independente de como se apresente estas diferenças, o indivíduo que fuja do contexto normativo imposto socialmente não será aceito ao menos que decida se adaptar e se enquadrar. Em muitos casos muitos se automanipulam e se camuflam, tentando parecer “normal”.

A pessoa estigmatizada não tem espaço nem voz em uma sociedade dotada de regras nas quais esta não se enquadra. Sabe-se que existe todo um contexto histórico que é reproduzido pela sociedade e um ciclo negativo que não se encerra sobre o ser diferente. As pessoas são divididas em diversos grupos sociais e para que um indivíduo se sinta “normal” é necessário que este se encaixe em algum

desses grupos, mas para que isso ocorra o grupo precisa aceitá-lo e nem sempre é isto que ocorre.

O termo “louco” está presente no cotidiano das pessoas até mesmo como um xingamento entre indivíduos em alguma discussão, este é utilizado para zombar de alguém, é dito como ofensa. Em auto

muitos casos, as pessoas se sentem ofendidas não por não respeitarem a história das pessoas em sofrimento mental, mas por não desejarem ter estabelecidos sobre a sua vida nomes que não soam bem, isto demonstra o estigma e a negatividade que existe com a história “dos loucos”.

A falta de informação a respeito desse assunto ocasiona sobre o sujeito em sofrimento mental um estereótipo de agressividade e, portanto de uma ameaça social, isto permitira que os “normais” e “saudáveis” criem um escudo para a sua possível proteção que, por conta do medo, os manterá longe desta possível ameaça.

Entre os meios que criam estereótipos das pessoas está a religião, esta irá propagar um comportamento moral e intelectual, em alguns casos determinados grupos religiosos podem atribuir ao sofrimento mental como sinônimo da falta de Deus na vida dessas pessoas, ou a ideia de que a possessão de demônios que causaria determinado sofrimento, o que não é distante do pensamento que a igreja construiu historicamente. Esta atribuição é extremamente nociva e acaba ampliando ainda mais o sofrimento destas pessoas, pois diante disso, estas se consideraram desajustadas e impuras ao meio social.

Diante disso, Segundo Foucault (1978), historicamente a igreja exerceu um papel extremamente repressor e entre as suas vítimas estavam às pessoas em sofrimento mental, a igreja utilizava de seu poder moralista para punir todos os que se apresentavam de forma contrária aos seus dogmas, com o poder social e alienador que a igreja detinha era possível tornar os seus posicionamentos como verdades absolutas, principalmente porque tudo estava ligado ao divino; sendo assim, os fiéis não ousavam questionar e reproduziam as práticas propagadas pela igreja, ferindo assim tanto psicologicamente como fisicamente aos considerados “pecadores” com estas atitudes desumanas.

De acordo com Nascimento e Leão (2019), o estigma também é fortalecido pela família da pessoa com transtorno mental, pois, segundo relatos destas pessoas, os seus familiares acreditam que o sofrimento é algo que pode ser

controlado por eles e por isso é uma escolha deles serem curados ou permanecerem doentes. Dessa forma, o estigma será ainda mais consolidado, pois essa situação causa um sentimento de incompreensão e de descrédito na pessoa em sofrimento mental a ponto dela não se considerar importante já que aqueles que a deveriam apoiar não o fazem.

É possível compreender que o estigma social não surge do nada, existe uma historicidade e aspectos que o norteiam. No que tange ao estigma social direcionado a pessoas com transtornos mentais seguem abaixo, representados pela figura 2, possíveis causadores deste.

Figura 2: Influenciadores sociais que fortalecem a existência do estigma social.



Fonte: Criado pela autora, tendo como base as leituras bibliográficas.

Diante disso, entende-se que existem influências externas que podem fortalecer a existência do estigma social e isso prejudicará a vida social e psicológica de suas possíveis vítimas. Nesse sentido, de acordo com estudiosos existem dois tipos de estigma: o social e o internalizado. O primeiro causa o segundo:

O estigma internalizado, foco deste estudo, é uma consequência direta do estigma social, no qual ocorre uma internalização do estigma sofrido, ou seja, o indivíduo, ao ter consciência dos estereótipos negativos associados à sua circunstância, concorda, aplica e reproduz essas crenças desfavoráveis sobre si mesmo, atrapalhando sua qualidade de vida e o convívio social. (NASCIMENTO; LEÃO, 2019, p. 110)

Nesse sentido, é notória a necessidade de se discutir sobre esse assunto dada a sua importância. O estigma direciona a forma como vidas estão sendo tratadas e, se tratando de nossa sociedade, como elas têm sido prejudicadas, pois ao atingir o psíquico das pessoas em sofrimento mental, ele causará consequências diretas sobre o social e, portanto sobre as relações com outras pessoas, pois de acordo com a citação acima a pessoa estigmatizada passará a acreditar nas opiniões contrárias ao seu respeito. Por isso é preciso encarar com seriedade e responsabilidade, abordando essa temática em espaços públicos como nas escolas e nas universidades, buscando assim conscientizar as pessoas sobre os impactos negativos que o estigma tem causado sobre a vida das pessoas em sofrimento mental.

2.4 COMPREENDENDO O QUE SÃO OS TRANSTORNOS MENTAIS

São inúmeras as pessoas que sofrem de algum tipo de transtorno mental, entre estas estão as mães que exercem a função de acompanhantes dos seus filhos hospitalizados. Em decorrência da sobrecarga de funções e de diversos fatores, estas mulheres precisam aprender a lidar com estes sofrimentos psíquicos que por muitas vezes não são compreendidos pela sociedade.

Existem diversos transtornos mentais, com apresentações diferentes. Eles geralmente são caracterizados por uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas. Entre os transtornos mentais, estão a depressão, o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e outras psicoses, demência, deficiência intelectual e transtornos de desenvolvimento, incluindo o autismo. Existem estratégias eficazes para a prevenção de transtornos mentais como a depressão. Há tratamentos eficazes para os transtornos mentais e maneiras de aliviar o sofrimento causado por eles. O acesso aos cuidados de saúde e aos serviços sociais capazes de proporcionar tratamento e apoio social é fundamental. (OPAS/OMS BRASIL, 2018b)

Sendo assim, os transtornos mentais se apresentam de diversas formas e os seus sintomas podem prejudicar o convívio social das pessoas que o apresentarem. Apesar disso, existem maneiras de tratar esses problemas e por isso as pessoas precisam ser empáticas e não terem preconceito quanto à condição de saúde do outro. Além disso, é essencial que os amigos e familiares busquem apoiar estas

pessoas e encaminhá-las a algum tratamento adequado para que consiga administrar todo esse contexto diferente do que ela estava acostumada a viver.

Como já mencionado, entende-se que a Reforma Psiquiátrica foi de extrema importância para que esse tema fosse abordado por mais pessoas sem tanto tabu, mas ainda há muito o que ser discutido e feito quanto à saúde mental brasileira. Para que essa discussão seja feita e para que as melhorias necessárias sejam realizadas, é preciso que a sociedade como um todo também compreenda, de fato, o que são e como funcionam os transtornos mentais para que, inclusive, todo o estigma em torno das pessoas que estão em alguma situação de sofrimento mental seja rompido.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde, a Organização Mundial de Saúde e a Lei OPAS/OMS (2018), a depressão é um transtorno mental que prejudica e alcança muitas pessoas. Acredita-se que por todo o mundo 300 milhões de pessoas sofram com esta condição e algo extremamente relevante é que ela atinge mais mulheres do que homens.

Sabe-se que existem inúmeros fatores e causas que tornam esta estimativa consistente, mas, compreendendo a história de vida das mulheres, é possível entender alguns dos aspectos que causam este sofrimento. Entre eles, destacamos dois que já foram apresentados anteriormente: as exigências sociais impostas sobre a figura feminina e a sobrecarga de funções centrada apenas nestas.

Segundo a OPAS/OMS (2018b), os sintomas da depressão são de tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa autoestima, sono e apetites alterados, cansaço e falta de concentração. Além disso, esta condição pode afetar as pessoas fisicamente, pois, devido ao psíquico abalado, o físico pode ser atingido. Ademais, a depressão pode atingir as pessoas de forma permanente ou pode surgir e desaparecer, fazendo com que a pessoa em sofrimento tenha melhoras e recaídas e isto a prejudica no trabalho e nos estudos, por exemplo. Existem ainda pessoas que sofrem de depressão, que alcançam o seu limite e decidem acabar com aquele sofrimento da forma mais trágica possível, através do suicídio.

No entanto, apesar de todas as dificuldades, segundo OPAS/OMS (2018b), existem maneiras de tratar este sofrimento, uma delas é através de terapias e, para os casos de depressão grave e moderada, podem ser utilizados os antidepressivos.

Ademais, outro transtorno mental citado na folha informativa de transtornos mentais da OPAS/OMS (2018b), é o transtorno afetivo bipolar. Neste, cerca de 60 milhões de pessoas são afetadas pelo mundo todo. Mesmo sendo um número inferior ao da depressão, ainda representa um número alto o que requer muita atenção quanto a esta condição que:

Consiste tipicamente em episódios de mania e depressão, separados por períodos de humor normal. Os episódios de mania envolvem humor elevado ou irritado, excesso de atividade, pressão de fala, autoestima inflada e uma menor necessidade de sono. As pessoas que têm episódios de mania, mas não experimentam episódios depressivos, também são classificadas como tendo transtorno bipolar. (OPAS/OMS, 2018b)

Isto significa que o transtorno bipolar é formado por alterações de humor onde, em alguns momentos, estes sentimentos são positivos já em outros são de irritabilidade. A OPAS/OMS (2018b), aponta que o tratamento pode ser através de medicamentos que estabilizam o humor. Para complementar este processo o acompanhamento psicossocial é essencial.

Entre os transtornos mentais também existe a esquizofrenia e outras psicoses, conforme aponta a OPAS/OMS (2018b), este transtorno afeta cerca de 23 milhões de pessoas por todo o mundo, as pessoas que sofrem dessa condição tem os pensamentos distorcidos e passam a ter alucinações: veem, ouvem e sentem coisas que não existem para além dos delírios. Existe um forte estigma contra essas pessoas e este transtorno pode tornar difícil o acesso ao trabalho ou escola, o tratamento é à base de medicamentos e um acompanhamento psicossocial que, em conjunto, podem possibilitar que esta pessoa tenha acesso a uma vida normal.

A maioria da população está sujeita a desenvolver esses transtornos, por isso é essencial que este tema seja discutido com respeito e seriedade na medida em que as pessoas não podem ser reduzidas apenas a sua condição, mas precisam ser enxergadas como seres humanos. Sendo assim, a sociedade não deve excluí-los do convívio social tendo como base o estigma social que há anos foi construído, pois as pessoas representam e são mais do que uma condição de saúde.

3 CAPÍTULO III - A SAÚDE MENTAL DAS MÃES ACOMPANHANTES

Neste capítulo atentou-se em apresentar os aspectos históricos que norteiam uma cultura patriarcal e que refletem diretamente nas ações e relações sociais. Nesse sentido, foi abordado a figura feminina e as consequências que ela sofre diante das inúmeras exigências impostas nesse tipo de sociedade. Além disso, foram discutidos os fatos que contribuem para o sofrimento das mães acompanhantes.

3.1 O PATRIARCADO E SUAS CONSEQUÊNCIAS SOBRE AS MULHERES: A CENTRALIDADE NO CUIDAR ATRIBUÍDA ÀS MULHERES

Sabe-se que uma sociedade é formada por pessoas, classes e grupos e para que a ordem social seja estabelecida existe a necessidade de criar leis, regras e normas para que, assim, todos possam conviver em harmonia. Porém, historicamente existiam culturas que constituíram sistemas que favoreciam determinados grupos sociais em detrimento de outros. Um exemplo é o sistema capitalista, que de acordo com Weber (1864), impulsiona as pessoas a viverem em função do ganhar mais dinheiro e, para isso, o indivíduo deve se envolver completamente nessa ideia e se afastar de toda forma de espontaneidade, vivendo, dessa forma, para gerar lucro.

Desse modo, esse sistema valorizará o capital e o acúmulo de riqueza e terão voz e vez os sujeitos que possuem mais capital, o que ocasionará uma diferenciação entre grupos e exclusão da classe mais pobre. É importante destacar, no entanto, que às desigualdades sociais impostas sobre os indivíduos não ocorrem apenas sob o sistema capitalista, afinal, existe o sistema Social Patriarcal³ que exerce seu grande poder social há muito tempo, pelo qual o homem é o líder supremo, seja na família ou seja na política. Nesse sentido, acaba se estabelecendo

³ Cabe destacar que o patriarcado não designa o poder do pai, mas o poder dos homens, ou do masculino, enquanto categoria social. O patriarcado é uma forma de organização social na qual as relações são regidas por dois princípios básicos: 1) as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens e, 2) os jovens estão hierarquicamente subordinados aos homens mais velhos. A supremacia masculina ditada pelos valores do patriarcado atribuiu um maior valor às atividades masculinas em detrimento das atividades femininas; legitimou o controle da sexualidade, dos corpos e da autonomia femininas; e, estabeleceu papéis sexuais e sociais nos quais o masculino tem vantagens e prerrogativas (MILLET, 1970; SCOTT, 1995, apud NARVAZ; KOLLER 2006, p. 50).

uma desigualdade de gênero onde a mulher apenas terá permissão de ocupar o espaço de esposa, mãe e dona de casa e, assim, deverá ser submissa ao homem.

A categoria gênero se reporta a uma construção social que delimita os papéis desempenhados por cada um dos sexos na sociedade. Não é algo taxativo, que dependa da questão biológica entre os sexos, porque uma pessoa pode ter determinado sexo e adotar para si o gênero "oposto". Assim, o gênero pode ser compreendido como uma convenção social, histórica e cultural, baseada nas diferenças sexuais. Logo, está ligado às relações sociais criadas entre os sexos. "Gênero é a construção sociológica, política e cultural do termo sexo". (FOLLADOR, 2010, p. 04-05)

Fica evidente, portanto, que, o gênero será uma construção social que estará ligada diretamente aos sexos e determinará quais são as funções de cada indivíduo dentro da sociedade.

No Brasil, o patriarcado iniciou-se desde o princípio da colonização. O país, herdeiro da cultura portuguesa ocidental, herdou vários costumes patriarcais, e as mulheres, desde cedo, eram ensinadas a casar, cuidar do lar, e ser mãe, bem como tiveram muitos de seus direitos fundamentais negados, como o direito de estudar e de sair de suas casas sozinhas. De acordo com Follador (2010), as mulheres eram monitoradas o tempo todo; isto era feito para que sua virgindade, honra e fidelidade fossem resguardadas. As mulheres solteiras eram vigiadas pelos homens da família para que mantivessem a honra da família intacta. Quando casada, o controle de sua vida estava nas mãos do seu marido e, assim, a mulher deveria se submeter a essa situação para que protegesse a honra de sua família.

Nesse contexto, a mulher se via obrigada a se submeter a essa reclusão e domínio por parte dos homens. A princípio seria dominada pelo seu pai e irmão. Após casar estaria sob a responsabilidade de seu marido. No entanto, existiam algumas mulheres que acabavam não obedecendo às ordens impostas, sendo punidas tanto por sua família, quanto pela sociedade que repudiava qualquer desvio de honra.

A acreditar nos historiadores e nos juristas, essa dupla autoridade teria sua origem remota na Índia. Nos textos sagrados dos Vedas, Árias, Bramanas e Sutas, a família é considerada como um grupo religioso do qual o pai é o chefe. Como tal, ele tem funções essencialmente judiciárias: encarregado de velar pela boa conduta dos membros do grupo familiar (mulheres e crianças), é o único responsável pelas ações destes frente à sociedade global. Seu poderio exprime-se, portanto, em primeiro lugar, por um direito absoluto de julgar e punir. (BADINTER, 1989, p. 29)

Percebe-se, então, que o homem detinha o controle de tudo, inclusive dos filhos; à mulher cabia o papel de educar as filhas e cuidar dos filhos, mas ao pai se estabelecia a autoridade superior de exigir destes o que bem desejasse, como, por exemplo, um casamento arranjado para a filha. Quando os filhos desobedeciam envergonhavam a honra da família, cabia ao patriarca determinar qual seria a punição.

Segundo Badinter (1989), como o poder absoluto estava sob o pai, a mulher enquanto mãe tinha a mesma condição que os filhos, a de obediência completa e sempre estava sujeita às ordens de seu marido. Mesmo que referente às cobranças quanto a educação e bem-estar da criança a figura materna fosse sempre lembrada, ela só o era para que houvesse uma certa avaliação no que diz respeito a sua capacidade de ser ou não uma boa mãe.

De acordo com Badinter (1989), no século XVIII muitas francesas já não amamentavam os seus filhos e, portanto, os confiava às amas de leite; além da França, vários outros Países da Europa adotaram essa prática. Entretanto, as aristocratas francesas foram as primeiras a escolher viver sem filhos, enxergando nisso uma oportunidade de exercer uma tarefa diferente da de ser apenas mãe, o que permitiria alguma liberdade para essas mulheres. Diante disso, as parisienses da elite, inspiradas nas suas conterrâneas da aristocracia, decidem também buscar a sua independência, o que assemelharia o seu modo de vida as práticas sociais até então exercida tão somente pelo sexo masculino.

No Brasil, esse processo de emancipação feminina será mais tardio e ocorrerá apenas com a chegada da família real no século XIX. Assim, a realidade das mulheres se modifica, pois o sistema ⁴capitalista começa a se consolidar na colônia. Com a chegada desse novo modo de produção, uma nova ótica surgiu sobre a vida das mulheres, fazendo com o que antes era considerado uma proibição, começasse a, timidamente, ser acessado. De acordo com Follador (2010), o século XIX representou um período de grandes avanços para as mulheres, isto porque muitas reivindicaram e lutaram para que uma mudança ocorresse e, com essa luta, elas objetivavam possuir os mesmos direitos que os homens.

⁴ O capitalismo fez desaparecer, de certa forma, a velha noção de bem comum ou comunidade. Ele se contrapõe assim, logicamente, ao ideal republicano. O adjetivo próprio é o antônimo de comum. O que conta e sempre contou, na civilização capitalista, é o interesse exclusivo do sujeito de direito.

Posteriormente, após muita luta por um espaço diferente na sociedade, as mulheres conseguiram conquistar o acesso à educação e ao trabalho e, na maior parte das vezes, tornavam-se professoras. Mesmo frente a avanços, segundo aponta Follador (2010), a maior parte das beneficiadas com os direitos conquistados eram as mulheres da elite. Só no século XX que haverá uma maior ascensão de direitos para todas as mulheres brasileiras.

No entanto, é notório o atraso histórico que as mulheres sofreram frente a tanta opressão exercida socialmente no interior do sistema patriarcal. A mulher luta diariamente para alcançar o mesmo padrão social que o homem possui e sabe-se que a cultura patriarcal e machista ainda persiste sobre os meios sociais. Com isto, nos espaços de lideranças em empresas, na religião e na política, a figura masculina é quem detém a hegemonia. Além disso, os salários mais altos são, como notoriamente conhecido, destinados aos homens.

No que diz respeito ao cuidar dos filhos, ainda é atribuída a maior responsabilidade sob a mulher. Em diversos casos elas renunciam aos seus trabalhos externos para dedicar-se à maternidade - algumas o fazem pelo temor de serem reconhecidas socialmente como péssimas mães justamente por não se encaixarem no ideal materno produzido pela sociedade capitalista-patriarcal. Outras, por orientação dos próprios companheiros, que acreditam que a tarefa destas deverá ser limitada apenas ao papel de “mãe e dona de casa”, numa clara visão conservadora.

Observa-se no senso comum afirmações em que a naturalização da mulher como cuidadora vincula-se a diferentes lugares atribuídos a ela na família: esposa ou companheira; filha, mãe, tia, avó. De qualquer lugar, desde que seja mulher, cuidar do membro da família que está adoecido e requer atenção constante ou ainda, cuidar dos familiares para que atravessem uma fase de fragilidade a fim de preservar o direito à vida, torna-se prioritário sobre os próprios projetos. Ao identificar-se com o ato de cuidar, a mulher, muitas vezes, distancia-se da possibilidade de outras escolhas, ou distancia-se dos próprios projetos. Cuidar do outro torna-se o seu cotidiano. (GUEDES; DAROS, 2009, p. 03)

Nesse contexto que serão atribuídos os papéis ao feminino e ao masculino e, na maior parte das vezes, a desvantagem cairá sob os ombros da mulher, pois ela não tem outra opção além de aceitar a sua função como cuidadora dos filhos e do lar, enquanto o homem fica livre dessas responsabilidades. Essas atribuições são

compartilhadas desde seio familiar, tornando-se costumes moralistas que passam de geração a geração e raramente são modificados.

Existem famílias em que, além de exercer a atribuição de cuidar do/as filhos/as, as mulheres também herdam a atribuição de cuidar dos pais apenas por serem mulheres. Caso estas possuam irmãos ou não será irrelevante, afinal, dificilmente será cobrado deles tal responsabilidade. Raros são os casos em que um homem cuida dos seus pais hospitalizados ou dos seus filhos.

De acordo com Follador (2009), os homens viam as mulheres de duas formas: ou uma mulher frágil, santa, ou uma mulher forte, perigosa e pecadora. Sendo assim, ou as mulheres eram consideradas semelhantes a Maria, mãe de Jesus, ou a Eva, pecadora.

Os brasileiros carregam consigo uma cultura na qual persistem os valores morais propagados por uma sociedade historicamente religiosa. De acordo com Follador (2009), a igreja tinha poder sobre as regras sociais e, nesse contexto, as mulheres deveriam seguir o exemplo deixado por Maria, a mãe de Jesus. Ela era uma figura que representava pureza e castidade - com isto, seria possível manter a honra de sua família protegida. A mulher que, por algum motivo, desobedecesse às regras e costumes impostos, seriam comparadas a Eva, uma mulher desobediente que não ouviu a voz de Deus e sim a do diabo.

De acordo com as interpretações religiosas sobre as antigas escrituras, mais especificamente no livro do Gênesis, na Bíblia, a culpa da mulher teve início por conta do pecado original cometido por Eva ao comer o fruto proibido e, ainda por cima, induzir Adão, o homem, a também pecar. Assim, por meio dessa gênese do pecado integrada hegemonicamente por uma moral patriarcal judaico-cristã, a melhor maneira de fazer com que a mulher responda por sua responsabilidade pecaminosa era fazê-la seguir o caminho da obediência exercida pela figura masculina que, por si só, não havia agido de forma desobediente ao criador.

Portanto, é possível perceber onde surgem determinadas premissas sobre a diabólica imagem atribuída às mulheres e a necessidade de mantê-las longe de qualquer papel que esteja superior ao homem, já que isto representaria um perigo.

Sem muita perspectiva, e baseada no medo de ser conhecida como pecadora e errante, a mulher se submeteu às ordens dogmáticas impostas. Muitas mulheres

não questionavam e apenas aceitavam aquela situação, pois segundo a Bíblia é preciso ser sábia, ter respeito e obedecer ao seu marido, devido a sua autoridade.

Vós, mulheres, sujeitai-vos a vossos maridos, como ao senhor; porque o marido é a cabeça da mulher, como também cristo é a cabeça da igreja; sendo ele próprio o salvador do corpo. De sorte que, assim como a igreja está sujeita a cristo, assim também as mulheres sejam em tudo sujeitas a seus maridos (BÍBLIA, Efésios: 05,22-24. p.303).

Desta forma, apresenta-se neste texto a comparação do homem com a figura de um Deus, o que dá a este homem um poder supremo. Além disso, é mencionado que o homem é a cabeça da mulher, a cabeça é um órgão extremamente importante ao corpo, pois nesta estão localizados órgãos como os olhos responsáveis pela visão e as orelhas que estão responsáveis pela audição, além destes existe um órgão de extrema relevância que comandará funções corporais e mentais: o cérebro. Ou seja, no homem está o poder de pensar e decidir sobre as ações que a mulher realizara. Por isso as mulheres não deveriam ter acesso aos estudos, pois uma mulher que refletia sobre os costumes ou sobre qualquer tema não era filha de Deus já que ao homem cabia o papel da razão e o acesso ao conhecimento.

Faz-se necessário discorrer sobre a historicidade que envolve a figura feminina, para que seja possível compreender como funcionam as relações de poder onde a figura masculina está no topo, e a de submissão, do papel de cuidar e servir atribuído à mulher, que prevalecem até os dias atuais. A mulher conquistou um espaço antes desconhecido socialmente, mas ainda está distante de se equiparar ao poder e respeito atribuído à figura masculina.

Percebe-se que é difícil romper com os padrões construídos historicamente na sociedade, mas não representa uma tarefa impossível. No que diz respeito ao cenário de anos atrás, a mulher não tinha espaço em outras dimensões sociais. No entanto, decidiram não aceitar e se posicionar de forma crítica e reflexiva exigindo transformações e assim alcançaram algumas delas.

Com isso, é possível conscientizar a sociedade de que a cada sujeito, seja este do sexo feminino ou masculino, não se deve impor nada, pois cabe a cada um decidir o que quer pra si e é essencial que todos sejam respeitados de forma igualitária como seres humanos dotados de direitos. Dessa forma, sabe-se que a responsabilidade de luta não deve ser apenas pautada sobre a figura feminina, pois esta luta é uma luta de todos em busca da igualdade social entre os gêneros e

assim o alcance de uma sociedade mais justa.

3.2 O SER MÃE EM UMA SOCIEDADE PATRIARCAL

A representação do que é o “ser mulher” em uma sociedade patriarcal e machista tem como características o papel de uma dona de casa, esposa e necessariamente para completar estas atribuições e tornar a mulher completa o “ser mãe”. A mulher é vista como uma reprodutora de sua espécie e é essencial que toda mulher tenha o desejo de ser mãe, pois este é um “dom entregue pelas mãos de Deus”. Sendo assim, haverá uma romantização do ser mãe e como consequência uma cobrança social sobre as mulheres para que casem e procriem, pois foi para isso que nasceram.

Segundo Stasevskas (1999), em décadas anteriores a visão dos médicos era de que a maternidade era algo natural e que protegeria a mulher dos desvios, de doenças físicas e da alma. Entre as principais doenças estava a melancolia, a loucura e a dominação do demônio, pois este tinha facilidade de entrar no corpo feminino. Sendo assim, percebe-se que a maternidade era o destino para as mulheres, além de ser considerada como uma proteção para os males sociais.

De acordo com Badinter (1980), no século XVIII a imagem atribuída às mães passa a sofrer alterações, essas transformações ocorreram inicialmente na França, pois as mulheres passam a demonstrar certo incômodo quanto ao valor atribuído a estas na sociedade, estas perceberam que ser mulher, mãe e dona de casa era sinônimo de desvalorização social. Sendo assim, muitas passam a rejeitar a maternidade e a buscar novas possibilidades de vida para que assim pudessem alcançar a liberdade e valorização social.

No entanto, a sociedade não enxergou esta liberdade das mulheres como algo positivo e por isso se posicionou contrária. Dessa forma, a sociedade contrária a este novo posicionamento feminino continua a propagar que ser mãe é algo natural da mulher e por isso é obrigatório que todas exerçam esta função social.

A mulher sobrevivia em uma sociedade desigual e nesta, suas ações eram controladas. Prisioneiras e reféns, assim era a posição social das mulheres vivendo sob um sistema no qual sua opinião não poderia ser considerada.

Entretanto, na década de 60, surgiu a necessidade de controle da população, com isso países como os Estados Unidos passaram a influenciar países de terceiro mundo, entre eles, o Brasil, a aderir a métodos contraceptivos como a pílula anticoncepcional e o dispositivo intrauterino (DIU) para que assim o índice de nascimentos diminuísse.

Diante disso, as mulheres têm a oportunidade de decidir se irão se tornar mães e se sim quando será. No entanto, de acordo com Pedro (2003), a Igreja Católica era contrária a qualquer forma de contracepção artificial e não apoiava o uso da pílula. Dessa forma, entende-se que a igreja acreditava que o uso da pílula iria contra as leis divinas, pois estas têm a vida como um dom, e por isso não cabe ao ser humano controlá-la. Ainda de acordo com Pedro (2003), a partir dos anos sessenta, muitas mulheres em diversos países, passaram a se reunir em movimentos sociais em busca de direitos, entre estes o uso da pílula. Essas mobilizações permitiram que a mulher tivesse mais autonomia em diversos setores da sociedade.

Contudo, algumas mulheres que decidem romper com essas exigências sociais e não assumir para si o papel de mães foram duramente criticadas pela sociedade que as condenaram por não aceitarem o dom divino de gerar uma vida. No entanto, outras mulheres resolveram acolher a ideia de serem mães além de exercerem uma profissão para que pudessem alcançar a independência financeira. Porém, como em uma sociedade com características patriarcais a mulher não deve exercer função nenhuma fora do seu lar, a mulher teve como exigência social que ela tivesse um excelente desempenho em tudo que fizesse.

O que é notório que não será uma tarefa alcançável, pois a mulher precisa realizar as atividades domésticas do seu lar, cuidar do seu filho e ainda trabalhar fora de casa, o que irá demandar muito dela. Com isto, ela se sente sobrecarregada e isso agregaria um cansaço físico e psicológico.

3.3 O SOFRIMENTO MENTAL DAS MÃES ACOMPANHANTES

Como já mencionado, entre os papéis na construção social do “ser mãe”, está a responsabilidade de cuidar - muitas vezes, integralmente e exclusivamente - dos filhos. Nesse caminho do cuidar, muitas vezes as mães se deparam com o

adoecimento dos seus filhos e em alguns casos pode surgir a necessidade de hospitalização de um deles. Esse processo muda a rotina de toda a família e principalmente do acompanhante dessa criança ou adolescente que na maior parte das vezes serão mulheres.

De acordo com Rodrigues *et al.* (2005), as mães que exercem a função de acompanhantes dos seus filhos hospitalizados enfrentam sentimentos diversos ao perceberem que estão em um mundo diferente e com diversas incertezas. Assim, elas se sentiram divididas em relação aos seus sentimentos, pois se por um lado entenderam que a sua presença como acompanhantes dos seus filhos lhes garantiram assistência, por outro sentiram medo do universo desconhecido onde existem pessoas diferentes com rotinas distintas.

De acordo com Kitzinger (1978) (apud STASEVSKAS, 1999), a mãe é a principal responsável pela saúde dos seus filhos em todos os sentidos e isto lhes atribui culpa caso algo dê errado. Ademais, a autora menciona que pouco se sabe a respeito do que realmente é ser mãe e como esta tarefa causa exaustão. Normalmente, busca-se compreender o que é ser mãe a base dos relatos de mulheres que estão vivenciando o pós-parto e, nesse processo, as mães são levadas a explicar o que seria esse papel em um contexto direcionado a uma condição interna, hormônios e da falta de experiência nessa nova função.

Portanto, percebe-se que a autora entende que o ser mãe é muito mais complexo do que o que é apresentado através de estudos e pesquisas. Sendo assim, percebe-se que ainda há muito que ser estudado sobre essa função.

No que tange a hospitalização de um filho, é natural e compreensível que essas mulheres, mesmo assumindo a responsabilidade de ser mãe, não se sintam preparadas para enfrentar uma adversidade tão complexa, pois há inúmeros fatores envolvidos nesse processo, entre eles, o adoecimento do filho, o isolamento de ambos e a mudança da rotina antes vivida.

Além disso, devido à pressão imposta sobre a figura materna, as mães temem fracassar como cuidadoras e carregam consigo essa angústia interna. Diante dessas angústias as mães buscam forças mesmo que se encontrem em estado de escassez. A força que elas encontram, geralmente é causada por uma demanda dos seus filhos, que precisam que elas se mantenham firmes, é uma tarefa um tanto

dolorosa, pois mesmo com as suas feridas abertas as mães enxergam a necessidade de deixá-las de lado para cuidar dos seus filhos.

A mãe preocupa-se, não apenas com sua criança doente, mas também com os filhos que ficam em casa com as atividades domésticas, alterações financeiras no orçamento da família, demonstrando que os muros do hospital não são suficientes para distanciá-la do mundo exterior da vida anterior à doença e à hospitalização [...]. (RODRIGUES *et al.*, 2005, p. 92)

O autor nos chama a atenção, nesse caso, para o fato de que as preocupações das mães ultrapassam os muros do hospital, visto que existia uma vida antes do adoecimento do filho. Além disso, muitas têm outros filhos e se preocupam com o bem-estar destes. Sabe-se da importância que possui um acompanhante durante a internação de um indivíduo, principalmente quando se trata de um familiar, pois o fato da pessoa estar doente a fragiliza tanto fisicamente, como também psicologicamente, o que demonstra que ter algum tipo de apoio nesse momento é imprescindível. Segundo apontam Siqueira, Sigaud e Rezende (2002), a permanência da mãe com o seu filho hospitalizado é muito importante para ambos; a criança se sentirá segura e amparada, a figura materna, por outro lado, participará de modo efetivo do processo de recuperação do seu filho.

Além disso, é direito da criança e do adolescente ter um acompanhante durante o seu período de hospitalização garantido pela Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que determina o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA):

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde, inclusive as unidades neonatais, de terapia intensiva e de cuidados intermediários, deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (BRASIL, 1990, n.p.)

Todavia, a centralidade do cuidar atribuído a mãe a sobrecarrega e a responsabiliza para acompanhar o seu filho hospitalizado e raramente ocorrem trocas de acompanhantes. Essa sobrecarga trará consequências sérias, uma vez que esta precisará manter-se forte, pois as suas ações refletirão sobre o seu filho, negativamente ou positivamente. A função de cuidar demanda muito do cuidador. Logo, a mãe que exerce esse papel sente sobre si uma gama de sentimentos e sensações que por muitas vezes a deixará fragilizada.

Sendo assim, de acordo com Pinto *et al.* (2005), o emocional do acompanhante irá variar: haverá dias em que ele sentirá a necessidade de ser

cuidado e não manterá o controle sobre a situação, por outro lado, existirão dias que conseguirá manter o equilíbrio e cuidar das demandas advindas da internação.

Em alguns momentos na sua vivência de acompanhante, a mãe sente-se não dando conta de responder a todos os papéis que ela define como seus. Ela se descobre querendo cumprir com seus deveres para com o filho hospitalizado e com os demais elementos da família. Em função disso, ela se sente dividida, pressionada, sobrecarregada, não conseguindo se desligar e no limite de suas forças. (OLIVEIRA; ANGELO, 2000, p. 206)

Diante disso percebe-se como é exaustivo estar dentro de um hospital e muitas mulheres se sentem sobrecarregadas e, portanto, no limite das suas forças. Muitas cansam dessa função de cuidadora e isto não se trata de falta de amor, mas apenas que esta mulher está exausta de tanto se entregar.

De acordo com Oliveira e Angelo (2000), há casos em que não se tem perspectiva de melhora. Existem crianças que passam a ser internadas constantemente devido à gravidade da doença e, dessa forma, essa situação afeta gravemente o emocional da mãe e, conseqüentemente, da criança, as tornando cada vez mais fracas do ponto de vista psicológico. A mãe vivencia de perto o sofrimento do seu filho e teme perdê-lo para a doença – neste momento o apoio a esta mulher é essencial.

Todos esses fatores somados ao seu extremo causará um cansaço físico e mental tanto sobre a mãe, como também sobre a criança. A mulher, no entanto, estará sob uma pressão ainda maior, pois sobre ela recai toda a responsabilidade de cuidar e ser forte a todo o tempo. De acordo com Oliveira e Angelo (2000), as mães acompanhantes sofrem duas vezes: sofre, primeiramente, por ter um filho hospitalizado e também sofre em vivenciar o sofrimento de seu filho. Além disso, essa mulher precisará ser firme para que seja garantido o bem-estar da criança e, para que esse cuidado seja fornecido com qualidade, a mãe faz de tudo para dar o seu máximo para, assim, amenizar o sofrimento do seu filho.

É notório que será impossível a mãe não se abalar, visto que todo ser humano tem suas limitações quando enfrenta problemas e responsabilidades excessivas. É natural que suas forças sejam esgotadas e tudo em sua volta se torne mais difícil e desafiador. Nesse momento, ou até mesmo antes de todos esses problemas se desencadearem, é essencial que estas mães recebam apoio de sua família e também da instituição.

As mães acompanhantes se sentem sozinhas durante o período de hospitalização e travam esse sofrimento diário de forma solitária, o que torna tudo mais difícil. De acordo com Rodrigues *et al.* (2005), as mães sentem medo dos seus filhos piorarem e morrerem. Além disso, existe um sentimento de desespero ao vivenciar mais de uma internação, isso causa certa desilusão nesta mulher.

Sendo assim, percebe-se que a dura rotina de internação aliada a expectativa de receber alta sendo frustrada devido a piora do diagnóstico, fragilizam ainda mais o emocional dessas mulheres - os cuidados que algum dia fora direcionado a mulher que existe por traz daquela mãe não são mais utilizados, pois não existe mais tempo para pensar em si, produzindo uma renúncia do eu para o cuidado exclusivo do filho.

Diante de uma sociedade machista, algumas mulheres se distanciam do ser mulher para se tornar o ser mãe no momento da descoberta da gestação, pois, como já mostrado anteriormente, quando uma mulher torna-se mãe ela deve dedicar-se exclusivamente a maternidade perante os parâmetros sociais. De acordo com Stasevskas (1999), a mulher tem características biológicas que a permite vivenciar uma gravidez, o parto e a amamentação de um filho. Devido a essas particularidades, algumas culturas acreditam que a maternidade é algo natural da mulher e por isso a responsabilidade de cuidar dos filhos deve ser dela.

Entende-se que uma criança requer atenção, cuidado e responsabilidade, mas esses papéis não devem ser atribuídos unicamente à mãe. No entanto, tais responsabilidades devem ser divididos pelos responsáveis pela criança, sejam estes representados pelo pai ou pela figura dos avós, tios, tias (seja como for à composição dessa família é imprescindível que as mães não tenham sobre elas a sobrecarga do cuidar dos seus filhos sozinhas e sem apoio).

De acordo com Oliveira e Ângelo (2000), é fundamental para as mães acompanhantes ter o apoio e solidariedade de amigos, familiares e profissionais que demonstram preocupação e disposição de ajudar, pois tal apoio fortalecerá as mães.

Esse apoio pode ser transmitido através de uma ligação, de uma visita, uma oferta de alternar o acompanhamento da criança ou adolescente, mesmo que apenas por algumas horas, o que já representará bastante para aquela mulher que se encontra em um período tão difícil. Além disso, por meio das trocas elas podem se deslocar até suas casas e resolver outras pendências e até rever os seus outros

filhos (caso elas tenham). São detalhes pequenos que não demandam muito esforço e que causam impactos incríveis naquele momento para essas mães.

Quanto ao hospital, mesmo representando uma Instituição que fornece serviços direcionados ao cuidado dos seus usuários, este não é um ambiente almejado pelas pessoas, pois as causas que encaminham os indivíduos a ele não são positivas e existe um receio de permanecer no local. Além disso, permanecer no local, representará uma mudança na vida destas pessoas e o distanciamento de seu conforto conhecido como “lar”. No entanto, a negativa sobre aquele ambiente não atingirá apenas o enfermo, mas a todo o grupo familiar e principalmente ao que se responsabilizar em exercer a função de acompanhante.

A mãe vivencia intensamente o momento da hospitalização de seu filho, priorizando objetivamente a atenção que destina a ele. Essa prioridade é acompanhada de uma entrega tal que a mãe chega a descuidar-se de suas próprias necessidades, como alimentação, repouso e sono. A impossibilidade de manter-se por longo tempo sem cuidar de si própria e tendo que lidar com o sofrimento da criança e com as preocupações decorrentes de sua ausência do lar desencadeiam sinais evidentes de sofrimento psíquico na mãe, como tristeza, desânimo, insônia, perda de apetite, desconforto mental e depressão. (BEZERRA; FRAGA, 1996, p. 620)

Ao perceber que seu filho precisa de seus cuidados, a mãe se dispõe por completo, com isso não há espaço para cuidar de si, nem tão pouco forças. De acordo com a citação anterior, essa falta de cuidado pode ser uma alimentação que a mãe não faz adequadamente, um repouso que esta não consegue realizar gerando, assim, acúmulo, somado ao processo de hospitalização e sofrimento do seu filho. Além do mais, as preocupações que essa mulher possui, que estão além dos muros do hospital, afetarão a sua saúde e como consequência causará desânimo, insônia, perda de apetite, desconforto mental e depressão.

Através de uma pesquisa realizada por Siqueira, Sigaud e Rezende (2002) no hospital escola geral da cidade de São Paulo na clínica pediátrica deste, foram entrevistadas seis mães que acompanhavam os seus filhos que estavam internados a quatro dias ou mais foi possível perceber que existem fatores que contribuem para o bem-estar dessas mães e também existem aqueles que prejudicam a sua permanência nesse período. Tendo como base as informações alcançadas por meio da pesquisa, segue os principais fatores relacionados no quadro abaixo.

Quadro 3: Fatores que contribuem positivamente e prejudicam a permanência das mães acompanhantes.

Fatores que contribuem positivamente para a permanência da mãe acompanhante:	Fatores que prejudicam a permanência das mães acompanhantes:
Horário de visita, pois através deste é possível compartilhar as dores com outro alguém.	Preocupações com as responsabilidades de sua rotina anterior à entrada no hospital.
Estrutura e serviços hospitalares confortáveis, no que diz respeito ao local de descanso, alimentação.	Estrutura hospitalar sucateada e más condições de descanso e alimentação.
Acolhimento e um atendimento humanizado da equipe do hospital.	Distanciamento dos profissionais e falta de cuidados.

Fonte: Criado pela autora, tendo como base a pesquisa de Siqueira, Sigaud e Rezende (2002).

Vale ressaltar como um fator que fortalece a mãe no período de internação do seu filho a fé, pois segundo Bezerra e Fraga (1996) muitas mães acreditam que essa situação foi algo permitido por Deus. Assim, elas irão se apegar à fé para que esta possa minimizar as suas dores e sofrimentos. Além disso, Figueiredo *et al.* (2013), aponta que outra fonte de apoio é representada por outras mães acompanhantes que por meio de uma comunicação entre elas estabelecida se torna possível construir um meio que contribuirá para o enfrentamento da dor.

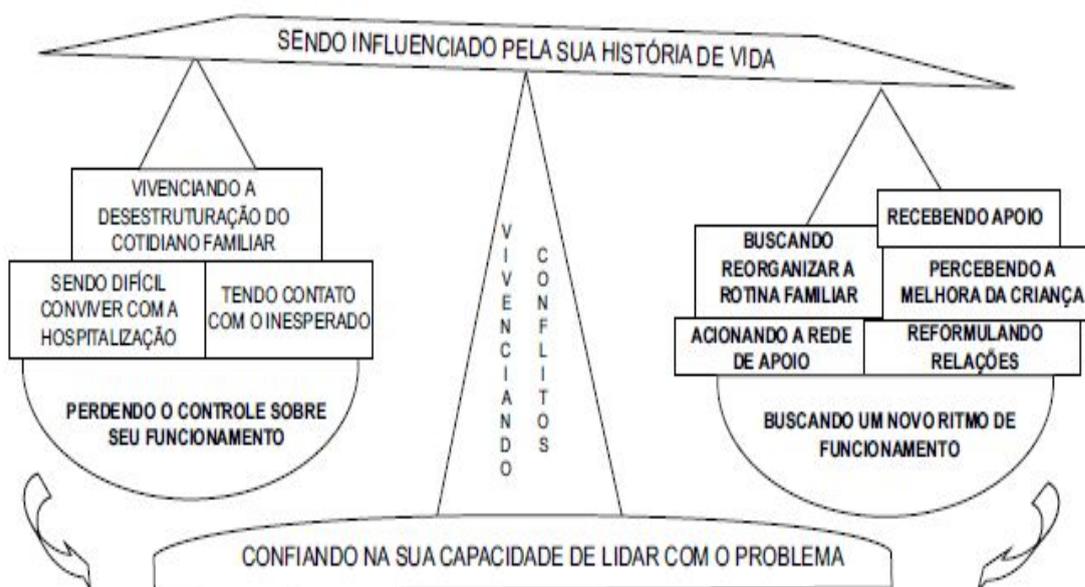
É notório que o período de internação envolve muitos aspectos, alguns oriundos da estrutura hospitalar e outros que vão além do hospital, fato este que torna o período de hospitalização ainda mais complexo. No processo de hospitalização de uma criança toda a família tem o direito a ter acesso a visitas e trocas de acompanhantes, desde que seja do seu interesse. No entanto, de acordo com a estrutura familiar norteada pelo sistema patriarcal, o homem (pai) deve trabalhar e prover o sustento da família, enquanto a mulher cuida dos filhos e da casa. Seguindo essa cultura, muitas famílias seguem suas vidas por meio dessa rotina e isto acaba sobrecarregando essas mães. Todavia, há casos em que o pai participa ativamente do compartilhamento do cuidado com os filhos.

De acordo com Pinto *et al.* (2005), existem fatores que influenciam o bem estar dos acompanhantes, como também existem aspectos que causam um maior desconforto durante a hospitalização de um familiar. Para obter esses resultados, o autor realizou uma pesquisa em um hospital público pediátrico de São Paulo. Nessa pesquisa participaram dois pais, quatro mães e uma criança, estes foram submetidos a entrevistas.

Seguindo o percurso das informações coletadas por essas pessoas, foi possível construir um gráfico que está representado por duas figuras. Na primeira, é apresentado os aspectos que contribuem para que o acompanhante perca o controle sobre a situação vivida, ou seja, sofra influências negativas que causará um maior desconforto durante esse período de hospitalização; na segunda figura é apresentado os aspectos que possibilitam que este familiar mantenha o controle sobre aquela situação permitindo que não seja tão complexa e difícil.

Segue abaixo a figura que, assim como a tabela anterior, permitirá que as experiências dos acompanhantes sejam compreendidas de forma mais clara:

Figura 3: Modelo teórico: procurando manter o equilíbrio para cuidar de suas demandas e da criança hospitalizada.



Fonte: Pinto (2005).

Portanto, é possível perceber que mesmo representando pesquisas em instituições distintas, as experiências são similares e, portanto, os resultados das entrevistas são semelhantes e ambas refletem as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que exercem o papel de acompanhantes em hospitais pediátricos. Com isso, a concepção de que o sofrimento não se isola apenas na criança internada se fortalece, além da necessidade de se estabelecer uma atenção e cuidado quanto a esta problemática por parte dos profissionais da instituição de saúde, pois percebe-se que não é apenas a criança que precisa de cuidados, mas toda a família envolvida neste ambiente hospitalar.

Além dos fatores que possibilitam que esse processo de hospitalização seja mais tranquilo e os que o tornam mais difícil, existem sentimentos que causam inúmeros sofrimentos em muitas mães e que, por muitas vezes, são ignorados pelas pessoas em sua volta. Assim, muitas mães convivem com esses problemas sozinhas e em silêncio por perceberem que a sua dor não importa. Sendo assim, esses sentimentos se agravam e evoluem para um sofrimento mental.

Segundo Costa *et al.* (2009), em um hospital universitário, mais especificamente, em sua unidade pediátrica, situado no município de Cascavel, foi realizado um estudo, com o objetivo de compreender o sofrimento psíquico que uma mãe acompanhante sofre. O quadro abaixo foi criado seguindo as informações coletadas em depoimentos das mães neste estudo.

Quadro 4: Sentimentos vivenciados pelas mães acompanhantes, causadores do sofrimento psíquico.

CULPA
TEMOR
ANSIEDADE
DESESPERO
IMPOTÊNCIA
SAUDADE
SOLIDÃO
PREOCUPAÇÃO
INSEGURANÇA
MEDO
TRISTEZA

Fonte: Criado pela autora, tendo como base as leituras bibliográficas.

Portanto, diante do sofrimento ou de uma situação estressante, a mãe emprega recursos de enfrentamento segundo sua estrutura de personalidade, desejos, vivências, necessidades; ou seja, tomada por um determinado sofrimento, uma mãe pode reagir de forma agressiva para descarregar a tensão, já outra pode usar de outro mecanismo para lidar com a mesma vivência. (COSTA *et al.*, 2009,p. 324)

Contudo, mesmo entendendo que existem as subjetividades de cada mãe, tanto é que há aquelas que saberão enfrentar esses sentimentos de forma mais positiva. É essencial que a família e os profissionais que prestam serviços ao hospital no qual a mãe está busquem formas de apoiá-la e acolhê-la, pois, se não tratados, esses sentimentos podem causar grandes prejuízos psíquicos.

Entende-se que ainda existe um estigma quanto a este assunto e por isso é essencial que os profissionais de saúde conversem com essas mulheres sobre essa temática e, desse modo, retirem todas as possíveis dúvidas, pois mesmo com uma melhora quanto à divulgação desse tema ainda existem muitas pessoas que não sabem quais são os sintomas e por isso podem acreditar que eles sejam naturais. Além disso, muitos podem optar pelo silêncio pela delicadeza que esse assunto possui no tecido social de nossa cultura patriarcal.

A mulher por muitas vezes foi esquecida e reprimida historicamente, mas é preciso entender que esta é um ser dotado de direitos e, portanto merece ser respeitada em todos os sentidos. Uma mãe que tem um filho hospitalizado, claramente se sentirá abalada e, seguindo essa perspectiva, é necessário que essas mulheres possam compartilhar o que estão sentindo e sejam acolhidas e cuidadas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados foi possível perceber que os cuidados com a saúde da população sofreram alterações, entre eles os cuidados com a saúde mental. Estas mudanças só foram alcançadas através da participação social, construção social e construção democrática. No entanto, devido à estrutura de desigualdade social que o Brasil vivencia, há anos as condições sanitárias da sociedade brasileira ainda suportam inúmeras problemáticas.

Após a elaboração da Constituição Federal de 1988, que possibilitou a criação do SUS, a população teve a oportunidade de acessar os cuidados de saúde gratuitamente. Isto permitiu que os excluídos socialmente recebessem tratamento que antes só existia para quem pudesse pagar pelos serviços e que agora estes estão ao alcance de todos.

Como a Constituição de 1988 e o SUS tiveram a participação da população, muitas atribuições ao governo poderiam ser consideradas um tanto ideais devido à história da política brasileira e seus altos e baixos. Mesmo assim, tomadas pela esperança do momento de redemocratização do País e as necessidades existentes nesse processo, as pessoas decidiram acreditar que a consolidação de um Sistema de saúde como o SUS seria alcançável.

A saúde mental teve a possibilidade de ser reconhecida como um assunto de extrema importância para o sistema de saúde. Através da Reforma Psiquiátrica, novas perspectivas alcançaram a sociedade quanto ao sofrimento mental e isto permitiu que este assunto fosse discutido sem receio por muitos.

Entretanto, apesar dos avanços, o estigma social sobre a “loucura” perdura até os dias de hoje. A Reforma Psiquiátrica possibilitou uma desconstrução desse preconceito, mas, por este estigma ter sido criado principalmente por instituições poderosas como a igreja, tornam as raízes históricas resistentes e profundas e, portanto, difíceis de serem arrancadas por completo.

Sendo assim, sabe-se que a igreja exerce um papel predominante sobre a sociedade e esta instituição utilizará de sua influência para fortalecer ideias e regras sobre a maneira como as pessoas devem se organizar em sociedade, entre elas a influência do sistema social patriarcal. Ademais, com este sistema, a instituição tem

forte influência no sofrimento mental das mulheres agregando-as inúmeras funções, exigências e exclusões sobre a mulher. Nesse sentido, a referida instituição contribui com o fortalecimento da ideia de que à mulher cabe o papel de cuidadora, dona de casa e esposa para auxiliar todos com excelência, caso contrário a mesma é culpabilizada pela sociedade.

Diante disso, a mulher se sente pressionada socialmente pelas inúmeras regras impostas ao seu gênero. Nesse sentido a mãe também está vulnerável a críticas e pressão social o que torna o processo de maternidade ainda mais complexo.

Ademais, a maternidade é uma tarefa difícil e exige bastante da mulher. No caso mais específico deste trabalho, notou-se que vivenciar a experiência de ter um filho hospitalizado não é nada agradável porque, entre outros fatores, a mãe tem que lidar com o adoecimento do filho, a mudança de rotina, a centralidade do cuidado em si, as preocupações e responsabilidades que ultrapassam os muros do hospital; ou seja, todos esses sentimentos e sensações podem gerar, em certa medida, um sofrimento mental.

O sofrimento mental de uma mãe acompanhante é solitário e encoberto na medida em que poucas recebem o apoio necessário tanto de suas famílias quanto do hospital. É sabido que o acompanhamento de um familiar é de extrema importância para a criança/adolescente internada, no entanto a falta de troca de acompanhantes e, portanto a longa permanência de um acompanhante em um hospital causa exaustão e, como foi apresentado neste trabalho, a maior parte dos acompanhantes são mães. Sendo assim percebe-se que o fato de ser mulher e mãe em uma sociedade patriarcal ocasiona, na vida das mulheres, inúmeras consequências e uma delas é a centralidade do cuidado dos filhos, o que sobrecarrega e prejudica tanto a saúde psíquica como a física dessas mulheres.

Notou-se também que a mãe acompanhante, em decorrência da necessidade de cuidar do seu filho, esquece de cuidar do seu eu, por isso é essencial que amigos, familiares e profissionais estejam alertas e dispostos a apoiar estas mulheres para que esse processo seja um pouco mais leve.

É de extrema relevância para o meio acadêmico e para a sociedade abordar questões de gênero e saúde e com isso romper com estigmas e tabus criados socialmente. A saúde da mulher-mãe precisa ser abordada com mais frequência por

ser uma questão que envolve inúmeros fatores sociais. O processo de hospitalização de um filho deve ser compreendido como uma situação desafiadora e deve ter o apoio da família de modo geral para não responsabilizar apenas a mãe.

Diante disso, a hipótese de que a hospitalização de um filho é um fator expressivo que favorece o sofrimento mental das mães, foi confirmada. Desta forma, como resultado dessa pesquisa bibliográfica foi possível obter uma melhor compreensão do sofrimento materno de uma mãe que acompanha o seu filho hospitalizado. Com isso, foi possível perceber as dificuldades enfrentadas pelas mães acompanhantes, a falta de cuidado e apoio à elas, a centralidade do cuidado das crianças que deve ser feito por elas e a falta de atenção e de apoio. Estes processos contribuem para o sofrimento mental e prejudicam o bem-estar psíquico e físico desta mulher.

O cuidado, apoio e acolhimento dos profissionais de saúde são de extrema importância para amenizar o sofrimento dessas mães e famílias que vivenciam este momento. Entende-se que romper com uma cultura machista e patriarcal não será uma tarefa que se alcançará da noite para o dia, mas que se construirá de pouco a pouco. Por isso, em virtude da provável continuidade da prevalência de mães como acompanhantes dos seus filhos, é necessário que sejam construídos meios para cuidar dessas mulheres neste momento.

Para reverter este quadro é essencial que se organizem, grupos de escuta, visita e acompanhamento psicológico dentro do hospital, grupos de interação e desenvolvimento de atividades, tais como pinturas e artesanato que possibilitem que o tempo da mãe seja ocupado de uma forma mais leve. Além disso, é de extrema importância que todos que exercem o papel de acompanhante neste processo de hospitalização sejam assistidos e acolhidos para que este período não seja tão difícil e solitário.

REFERÊNCIAS

A BÍBLIA. **Os deveres domésticos**. Tradução de João Ferreira de Almeida. São Paulo: King's Cross Publicações, 2010. p.1246. Velho e Novo Testamento.

ALVES, C. F. O.; Ribas, V.R.; Alves, E. V. R.; Viana, M.T.; Ribas, R. M. G.; Junior, L. P. M. et al. **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. Neurobiologia. 72(1): 96 2009.

BADINTER, E. B. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980. Disponível em: [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20\(pdf\)%20\(rev\).pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20(pdf)%20(rev).pdf). Acesso em: 01 ago. 2020.

BEZERRA, L. F. R.; FRAGA, M. N. O. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 49, n. 4, p. 611 - 624 out/dez. 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v49n4/v49n4a11.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2020.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

BRASIL. **Decreto N°4.682**, de 24 de janeiro de 1923. Lei Eloy Chaves. Brasília, DF, jan 1923. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm. Acesso em: 19 jun. 2020.

BRASIL.Lei,n.8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**, Brasília, DF, julh.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL.Lei, n.8.080, de 19 de set. De 1990. **Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras Providências**, Brasília, DF, set.1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL.Lei,n.9.836, de 23 de set. de 1999. **Acrescenta dispositivos á lei nº 8.080, de 1990**. Brasília, DF, set.1999. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm . Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério Público; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS Doutrinas e Princípios**. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. *In*: Mota, A. E. *et al.* (Org.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS; OMS; Ministério da Saúde, p. 09. 2006. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

CARVALHO, G. A Saúde Pública no Brasil. **Estud Av.** 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002. Acesso em: 11 jul. 2020.

CÉSAR, R.C. B.; Loures, A. F.; Andrade, B. B. S. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2, , p. 68-75, Jul./Dez. 2019.

COHN, A. A reforma da previdência social: virando a página da história? **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 59-64, 1995. Disponível em: http://www.cedec.org.br/files_pdf/Areformadaprevidenciasocial.pdf. Acesso em: 01 ago. 2020.

CORONEL, A. L. C.; BONAMIGO, A. W.; AZAMBUJA, M.S.; SILVA, H. T. H. Sistema Único de Saúde (SUS): quando vai começar? **Interdiscip J Health Educ.** v, 1. n. 2, p. 83-90, 2016.

COSTA, J. B. *et al.* Avaliação do sofrimento psíquico da mãe acompanhante em alojamento conjunto pediátrico. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, p. 317-325, julho/setembro 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300005>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.p. 20,23,51,55,74. ISBN 978-85-7541-361-6. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qxhc3>. Acesso em: 21 jun. 2020.

FERNANDES, L. A. **As Santas Casas de Misericórdia na República Brasileira 1922-1945**. Tese (Mestrado). Universidade de Evora. 2009.

FIGUEIREDO, S. V. *et al.* Sentimentos de mães atribuídos à hospitalização de um filho. **CogitareEnferm.** v. 18, n. 3, p. 552-557, Jul./Set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v18i3.33571>. Acesso em: 25 out. 2019.

FLEURY, S; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. IN: GIOVANELLA. L. *et al.*(Org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_11957.pdf. Acesso em: 17 jun. 2020.

FOLLADOR, K. J. A mulher na visão do patriarcado brasileiro: uma herança ocidental. **Revista fato&versões**, v. 1, n. 2, p. 3-16, 2009. Disponível em: https://www.academia.edu/3784126/A_MULHER_NO_PATRIARCADO_BRASILEIRO. Acesso em: 19 jun. 2020.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978. Disponível em: <http://www.uel.br/projetos/foucaultianos/pages/arquivos/Obras/HISTORIA%20DA%20LOUCURA.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2020.

FAQUINELLO, P. *et al.* O Atendimento Humanizado em Unidade Pediátrica: Percepção do Acompanhante da Criança Hospitalizada. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 609-616, Out-Dez 2007

GAMA, C. A. P. *et al.* Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2020.

GUEDES, O. S; DAROS, M.A. O cuidado como atribuição feminina: Contribuições para um debate ético. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 12, n.1, P. 122-134, JUL/DEZ. 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/10053/8779>. Acesso em: 18 jun. 2020.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, v. 25, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-40602005000100009&script=sci_abstract&tIng=pt. Acesso em: 19 jun. 2020.

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p.313-331, jul. 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24678>. Acesso em: 20 jun. 2020.

LIMA, PASSOS, NICOLA. J. E. J. **A Gênese do Texto da Constituição de 1988. Brasília: Senado Federal**, Coordenação de Edições Técnicas, Vol. 2, 2013.

MOREIRA, C.S. **O Projeto de Nação do Governo João Goulart: O Plano Trienal e as Reformas de Base (1961-1964)**. p. 404. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2011.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S.H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 49-55, jan/abr. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822006000100007>. Acesso em: 17 jul. 2020.

NASCIMENTO, L. A.; LEÃO, A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n.1, jan.-mar. 2019, p.103-121. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000100007>. Acesso em: 18 jun. 2020.

Neves, M. S. **Os cenários da República: O Brasil na virada do século XIX para o século XX**. In: L. A. N. Delgado, & J. L. Ferreira (Orgs.), O Brasil Republicano: O tempo do liberalismo excludente. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. Vol. 4. 2003. p. 14-44.

OLIVEIRA, I; ANGELO, M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora - a experiência da mãe acompanhante. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 34, n. 2, p. 202-8, jun. 2000. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342000000200010>. Acesso em: 01 ago. 2020.

OLIVEIRA, J. A. O; TEIXEIRA S. M. F. T. (IM) **Previdência Social: 60 Anos de História da Previdência no Brasil**. Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde - **Folha Informativa - Suicídio**. 2018a. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839. Acesso em: 01 ago. 2020.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa- Transtornos Mentais**. 2018b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 20 jun. 2020.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2020.

PEDRO, J. M. **A experiência com contraceptivos no Brasil: Uma Questão de Geração**. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, nº 45, pp. 239-260 – 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01882003000100010>. Acesso em: 15 jul. 2020.

PINTO, J. P. *et al.* **Procurando Manter o Equilíbrio para Atender suas Demandas e Cuidar da Criança Hospitalizada: A Experiência da Família.** Rev Latino-am Enfermagem, novembro-dezembro; 13(6):974-81.2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600009>. Acesso em: 11 jul. 2020.

POLIGNANO, M. V. P. **História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma Pequena Revisão.** Campo Grande. 2013. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>. Acesso em: 17 jun. 2020.

PONTE, C. F. *et al.* **Na Corda Bamba de sombrinha: A Saúde no Fio da História.** EPSJV/COC. 2010. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/na-corda-bamba-de-sombrinha-a-saude-no-fio-da-historia>. Acesso em: 22 jun. 2020.

REIS, A. O. A. *et al.* A humanização na saúde como instância Libertadora. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.3, p.36-43, set-dez 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2004.v13n3/36-43/pt/>. Acesso em: 18 jun. 2020.

RIBEIRO, S. L. A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psic. Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300012>. Acesso em: 01 ago. 2020.

RODRIGUES, A. M. *et al.* Eu e meu filho hospitalizado: concepção das mães. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 6, n. 3, p. 87-94, set./dez. 2005. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13480/1/2005_art_asrodrigues.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.

RONCALLI, A. G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: Antonio Carlos Pereira (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. ISBN: 853630166X. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/desenv_pol_pub_saude_brasil.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

SILVA, R. S. **Malária e Desenvolvimento: A Saúde Pública no Governo JK (1956-1961).** Tese (Doutorado, Pós-Graduação em História das Ciências e Saúde). Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro. P.110. 2008.

SIQUEIRA, L. S.; SIGAUD, C. H.S.; REZENDE, M. A. Fatores que apoiam e não apoiam permanência de mães acompanhantes em unidade de pediatria hospitalar. **RevEscEnferm**. USP 2002; 36(3): 270-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342002000300009>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SIQUEIRA, R; CARDOSO, H. O Conceito de Estigma Como Processo Social: Uma Aproximação Teórica a Partir da Literatura Norte-Americana. **Imagonautas**, v.2, n.1, p. 92-113, 2011. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4781280>. Acesso em: 03 jul. 2020.

SOARES, R. G. *et al.* A Mensuração do Estigma Internalizado: Revisão Sistemática da Literatura. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 4, p. 635-645, out./dez. 2011. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722011000400014&script=sci_arttext. Acesso em: 04 jul. 2020.

SOUZA, R. R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, agosto de 2002.

STASEVSKAS, K. O. **Ser Mãe**: Narrativas de Hoje. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo. P.195.1999. Disponível em:
<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-16032005-141212/pt-br.php>. Acesso em: 15 jul. 2020.

VILLA, M. A. V. **A História das Constituições Brasileiras**: 200 Anos de Luta Contra o Arbítrio. Texto Editores LTDA. Pacaembu, São Paulo: Leya Brasil, 2011.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. Tradução de José Marcos Mariani de Macedo. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4717/471747515006.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2020.

YASUI, S. **Rupturas e Encontros**: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8ks9h>. Acesso em: 30 jun. 2020.