



Eixo: Ética, Direitos humanos e Serviço Social.

Sub-eixo: Direitos Humanos: fundamentos históricos e a práxis dos movimentos e das lutas sociais em defesa dos direitos humanos na sociedade contemporânea.

## O DESAPARECIMENTO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO MENTAL NA CIDADE DE BELO HORIZONTE FRENTE À RESPONSABILIDADE SOCIAL

ANDREZA<sup>1</sup>

**Resumo:** A concretização deste trabalho situa-se no desaparecimento das pessoas em sofrimento mental em Belo Horizonte, frente à responsabilidade social. O objetivo é compreender o porquê as pessoas em sofrimento mental têm um histórico de desaparecimento uma vez que vivem nos seus núcleos familiares. A narrativa dos familiares foi o lugar pesquisado para obter as explicações. Bem como entender os elementos que compõem o sofrimento psíquico de cada usuário e os motivos que os levaram a sair de casa e se distanciar de suas famílias. Por fim, este artigo pretende apontar também discursos tão presentes nas leis vigentes em nosso país.

**Palavras-chave:** Sofrimento mental. Responsabilidade social. Doente mental.

**Abstract:** The accomplishment of this work is located in the disappearance of the people in mental suffering in Belo Horizonte, in front of the social responsibility. The goal is to understand why people in mental suffering have a history of disappearance once they live in their family nuclei. The narrative of relatives was the place searched for the explanations. As well as understanding the elements that make up the psychic suffering of each user and the reasons that led them to leave home and distance themselves from their families. Finally, this article intends to point out also speeches so present in the laws in force in our country.

**Keywords:** Mental suffering. Social responsibility. Brain sick

### 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como tema o desaparecimento de pessoas em sofrimento mental na cidade de Belo Horizonte, frente à responsabilidade social. O trabalho se propõe explorar questões associadas ao assunto para possibilitar um maior conhecimento acerca dos motivos reais que levam uma pessoa a desaparecer mesmo estando sob a responsabilidade familiar. Para compreender a situação da loucura ou do sofrimento psíquico em tempos

---

<sup>1</sup> Estudante de Graduação, CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIHORIZONTES, E-mail: andrezacristinadamasceno@gmail.com.

contemporâneos é importante estudar a história de seus conceitos, compreender como se instalaram as forças contraditórias que constituíram seu saber ao longo dos tempos.

A doença mental ao longo da história trouxe em seu contexto a marca do preconceito e da exclusão social e, conseqüentemente, o abandono das pessoas em sofrimento mental. Somente a partir da Constituição Federal de 1988, quando a sociedade se tornou mais questionadora, foram observados avanços sociais no aspecto da humanização no trato do cidadão com sofrimento mental. A partir de então, a transição da democracia e da construção dos direitos humanos no Brasil, trouxe uma melhoria significativa no tratamento dessas pessoas, embora ainda considerado degradante em diversos hospitais e clínicas.

Desde os anos remotos da história brasileira, o sofrimento mental oportunizou o desaparecimento de muitos indivíduos e esse fato pode ser explicado pela perturbação na mente, sem o devido tratamento, provocando surtos psicóticos. Sobre isso, a lei antimanicomial de Paulo Delgado nº 10.216/2001, em seu artigo 4º, § 1º, diz que “o tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”. Nesses casos, a família é convocada pelo Estado a participar nos cuidados dos seus respectivos entes com apoio dos centros de saúde mental ou das unidades de psiquiatria nos hospitais gerais.

Apesar desta instrumentalização legal, a precariedade dos aparelhos de saúde pública deixa as famílias com a alternativa de assumirem, elas mesmas, a tarefa de fornecer ao paciente o acompanhamento intensivo. Se, por um lado, a proximidade da família torna-se um fator favorável ao cuidado do paciente, por outro, as famílias, quase sempre de baixa renda e pouca escolaridade, não se apresentavam preparadas para fazê-lo. (LOUKISSA, 1995; MARTINEZ et al., 2000).

Este artigo tem como objetivo geral entender os elementos causadores do desaparecimento de pessoas em sofrimento mental que são registrados na Divisão de Referência de Pessoas Desaparecidas da Polícia Civil de Minas Gerais. Diante dessa intencionalidade investigativa, o artigo também tem como objetivos específicos pesquisar acerca da proteção e cuidados aos cidadãos em sofrimento mental no Brasil e sua legislação específica, bem como entender a importância da família no cuidado das pessoas em sofrimento mental que também faz parte desse processo.

O primeiro capítulo da pesquisa traz um breve resgate histórico sobre a pessoa em sofrimento mental no Brasil; seguido da legislação existente onde o Estado no campo da proteção social com ênfase na reforma psiquiátrica, sanitária e a rede de atenção psicossocial no sistema único de saúde. Para elucidar o capítulo serão consultados os autores MACHADO

(1978), a Lei nº10. 2016/2001 e a Constituição Federal (1988). O segundo capítulo apoia-se nas informações dos autores Freitas (2000) e Teixeira (2005) para entender sobre o papel da família no campo da proteção social, O convívio e a importância do contexto familiar na atualidade, em relação à especificidade do cuidar dos entes em sofrimento mental. Por fim o terceiro capítulo apoia-se nas informações do Núcleo de Psicologia e Serviço Social da Delegacia de Pessoas Desaparecidas. Serão entrevistadas famílias que passa pelo drama de ter o ente querido desaparecido.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 Breve histórico do sofrimento mental e o surgimento das instituições psiquiátricas no Brasil.**

Historicamente a compreensão a respeito da loucura era associada com o contexto cultural de cada época, que por sua vez, construía sua forma de pensar e lidar com os chamados "loucos". Até o início do século XIX, a atenção pública às então denominadas pessoas portadoras de sofrimento mental no Brasil não existia. Machado (1978) traz grande contribuição informando que o primeiro hospital psiquiátrico do país foi inaugurado por D. Pedro II, em 1841, no Rio de Janeiro, acreditando que o isolamento naquele período era a melhor forma de conter a loucura. Era o próprio hospício, concebido como o lugar do exercício da ação terapêutica, que deveria realizar a transformação do alienado.

Machado (1978, p. 431) segue dizendo que nesse primeiro momento, o isolamento em relação à família era prioritário e indispensável apenas para um tipo específico de louco: o caso do louco que vaga pela rua, pois a família pobre não tem possibilidade alguma de garantir a segurança e o tratamento. Para famílias ricas, que quisessem manter junto delas o alienado, o internamento não deveria ser imposto, pois, ainda que com limitações, acreditava-se que elas poderiam reproduzir um hospício no interior de sua ampla residência.

No período em que o Brasil passou pelo processo de modernização e consolidação como um país independente, os chamados loucos passaram a ser entendidos tanto como resquícios da sociedade arcaica como uma ameaça à ordem pública vigente. Resende (2007) diz que aos poucos loucos que passeavam livres pelas ruas iam sendo confinados em manicômios e submetidos a tratamentos radicais, pratica até pouco tempo corrente no país.

De acordo com Machado (1978) e Passos (2009) na medida em que as famílias ricas reproduziam em suas residências o ambiente hospitalar, minimizam-se as possibilidades de desaparecimento das pessoas com problema mental, enquanto os pobres perambulavam pelas ruas. Já aos “loucos” que vagavam pelas ruas, esta trajetória não mais lhes seria permitida. Desta forma, aqueles em desfavorecimento financeiro os quais eram comumente abandonados pela família, passaram a ser abrigados nos porões das Santas Casas de Misericórdia sem qualquer cuidado ou assistência que lhes garantisse até mesmo a higiene.

Bock, Furtado e Teixeira (2001), diz que, as casas de internação foram criadas no final do século XVII quando se deu início a um momento chamado de “grande internação”. Não se tratava de uma instituição médica, mas sim assistencial e todos que viviam à margem da sociedade eram vistos como doentes podendo ser eles feiticeiros, devassos, libertinos e loucos. Não havia tratamento e a internação era uma forma de colocar “ordem” na vida social na forma de exclusão dos “anormais” que atrapalhavam o andamento. Além disso, havia os interesses políticos que permeavam o uso da psiquiatria para a manutenção dessa ordem social.

A função das instituições era manter a doença longe dos olhares da sociedade e diagnosticar os transtornos e tratá-los de acordo com o conhecimento médico. Segundo Birman (1992) citado por Ribeiro (2006), a exclusão social dos loucos e conseqüentemente a destituição de seus direitos, deram-se a partir do discurso de enfermidade mental, na qual o louco passou a ser considerado como um objeto a ser estudado.

Nesse período a convivência com os outros internados era considerada injusta, desta forma, a criação de um espaço que comportam os loucos era indispensável. As formas de tratamento eram através da religião, do medo, da culpa, do trabalho, da vigilância e do julgamento. A Psiquiatria tinha um papel moral e social, o médico assumia uma posição de autoridade máxima. (BOCK, FURTADO e TEIXEIRA, 2001).

O indivíduo que é internado, parcialmente se afasta do seu mundo doméstico, o que é cortado pela institucionalização. Algumas perdas são irrecuperáveis quando ele volta para o mundo exterior, tais como o tempo não empregado no progresso profissional e educacional, assim como a criação de filhos e namoro. Em aspecto legal, essa perda pode ser compreendida como “morte civil”. (GOFFMAN, 1961 p.23).

Bock, Furtado e Teixeira (2001). Diz que dessa maneira desafiaram a todos que trabalhavam com os considerados loucos a buscarem, além do indivíduo, as causas de sua doença; isto é, no ambiente de trabalho, nas relações familiares, nas formas de lazer, os

fatores que poderiam desencadear o sofrimento e por consequente a doença. É necessária uma observação mais profunda em relação ao indivíduo, ao invés de colocar em suas costas o peso de um diagnóstico de louco.

## **2.2. O Estado no campo da proteção social: a Luta Antimanicomial e a Reforma Sanitária no Brasil**

Na década de 1980, quando as lutas sociais se intensificaram, a reforma sanitária tornou-se um dos discursos oficiais incorporados pelo Estado. Nesta mesma época, se constituiu a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, formado por entidades de familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Porém, para a cultura daquele tempo, que classificava o louco na figura de perigoso, aceitar a extinção do manicômio era uma tarefa difícil (RIBEIRO, 2006, p.132).

Para Ribeiro (2006) minimizar este conflito, o grupo antimanicomial convocou a sociedade a se responsabilizar pela inclusão do sujeito em sofrimento mental. O eixo principal que constitui esse movimento foi à construção da cidadania do louco e sua inclusão social. Com isso, surgiu uma corrente política que buscava produzir novas soluções, novas categorias e novos conectores no campo social, articulando toda a rede de assistência e cidadania.

A desinstitucionalização brasileira, embasada na discussão da necessidade de humanização do tratamento do doente mental, representava um processo de luta por mudanças no modelo assistencial. Alguns atores se destacaram como o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - Mtsm, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde/Núcleo de Estudo em Saúde Mental - Cebes, dentre outros, que tinham como bandeira a substituição do modelo asilar por uma rede de serviços territoriais (GRUNPETER, COSTA e MUSTAFÁ, 2007).

A luta pela reforma psiquiátrica possuiu como estratégia a ampliação das inovações institucionais no campo da saúde mental, além do fortalecimento da rede de atenção à saúde mental de base comunitária e como consequência o fim dos hospitais psiquiátricos. No interior desse movimento, foi possível identificar uma identidade coletiva formada por usuários, familiares e pelos movimentos sociais em prol dos princípios da Reforma Psiquiátrica, que lutavam para uma maior visibilidade social e ação política (GRUNPETER, COSTA e MUSTAFÁ, 2007).

Para Amarante (1995), o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, envolveu a sociedade para discussão da doença mental e da assistência psiquiátrica. O movimento

reuniu novos atores sociais, organizando inúmeras atividades culturais, artísticas e científicas nas principais cidades e Estado do país. Desta forma, muitas entidades da sociedade civil começaram a debater sobre o tema e a incluir na pauta de discussão.

Em 1989, a Prefeitura de Santos/SP realizou uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospício privado que possuía mais de 500 internos, devido a uma denúncia por mortes e maus tratos dos pacientes. Essa ação deu início ao fechamento do hospício e a criação de Núcleos de Assistência Psicossocial - Nasp.

No mesmo ano, o deputado Paulo Delgado apresentou um Projeto de Lei na Câmara dos Deputados com o objetivo de extinguir progressivamente os manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, o qual foi sancionado como a Lei nº 10.216/2001 dispendo, em seu artigo 1º, a proteção e o direito às pessoas portadoras de transtorno mental. Esta lei redirecionou o modelo em saúde mental e inseriu na mídia o debate a respeito da assistência psiquiátrica (BRITTO, 2004 p.214).

Em seguida, a III Conferência Nacional de Saúde Mental que, pela primeira vez, contou com a participação dos usuários e familiares, fortaleceu e ampliou as diretrizes da reforma psiquiátrica dando maior sustentação e visibilidade à discussão. A promulgação da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988 tratou a questão da saúde nos artigos 196 a 200, consolidando a universalização da assistência, a integralidade da atenção à saúde, o reconhecimento do direito e da necessidade da participação da comunidade na gestão do sistema, a hierarquização, a equidade e a descentralização do sistema. Esta diretriz foi consolidada na prática com a criação de centros assistenciais que marcaram definitivamente a transição do modelo manicomial para as novas políticas de tratamento do sofrimento mental.

Tais mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor da saúde. Em busca da melhoria das condições de vida da população, grupos de médicos e outros profissionais também preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas.

Conforme Arouca (1988), o Estado assume funções interventivas e de regulação social, constituindo um sistema de proteção da sociedade para responder às recidivas dos problemas da população em sofrimento mental. A isto chamou-se Reforma Psiquiátrica ou Luta Antimanicomial, a qual eclodiu do Movimento da Reforma Sanitária e surgiu com o fim de reformular as políticas públicas de saúde mental. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição

Federal de 1988, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo por se destinar ao atendimento de todos os brasileiros.

### **2.2.1 A rede de atenção psicossocial no sistema único de saúde (SUS)**

A Rede de Atenção Psicossocial no Sistema – RAPS, criada por meio da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, é um dos aparelhos que compõem o SUS e é formada por sete componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização. Nos principais pontos de atenção: Unidades Básicas de Saúde, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Consultórios Na Rua, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, Atenção de Urgência e Emergência, Unidades de Acolhimento, Serviços de Atenção em Regime Residencial, Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais, Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2013).

Em linhas gerais, os serviços da Raps visam à atenção diária no modelo hospital-dia com o objetivo de “ampliar o acesso da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e da atenção às urgências” (BRASIL, 2013). Esse avanço foi muito significativo para os cidadãos em sofrimento mental e suas famílias, pois lhes proporcionou um tratamento mais integral e humanizado. Agora existe uma lei e existem serviços que podem atendê-los.

Entre os avanços promovidos pela Raps está o estabelecimento de novas diretrizes para o acolhimento e tratamento do cidadão em sofrimento mental, contando com 1.982 CAPS; 625 Residências Terapêuticas; 4.160 beneficiários do Programa de Volta para Casa; 60 Unidades de Acolhimento; 81 Consultórios na Rua e 4.121 Leitos em Hospitais Gerais. No início dos anos 2000 essas iniciativas reduziram drasticamente os 21.435 leitos em Hospitais Psiquiátricos e, conseqüentemente, houve o fechamento de várias unidades psiquiátricas (BRASIL, 2010).

Por diversas razões, além do acompanhamento adequado da saúde mental pública, cidadãos em sofrimentos mentais necessitam de cuidados especiais que só a família pode

proporcionar, pois muitas são as dificuldades que as envolvem nos aspectos biopsicossociais. Assim sendo, apesar de todo aparato concedido pelo governo por meio da implementação das políticas previstas na Portaria GM/MS nº 3.088/2011 e na Lei Paulo Delgado 10.216 /01, a família é convocada pelo Estado a participar nos cuidados dos seus respectivos entes com apoio dos centros de saúde mental ou das unidades de psiquiatria nos hospitais gerais (LOUKISSA,1995; MARTINEZ et al., 2000).

Mioto (2010) conclui que a família compartilha com o Estado e a sociedade, via políticas públicas, a responsabilidade de proteção a seus membros, considerando suas potencialidades em prover o desenvolvimento dos sujeitos, através das ações de solidariedade, de cuidado e afeto em seu âmbito. Essas atribuições, consideradas socialmente “como” naturais e informais, passam a ser reconhecidas e asseguradas através das leis, bem como, obrigação e dever da família, impondo assim um novo paradigma jurídico, conceitual e social em relação a seu papel.

Há de se considerar que os efeitos na família e na vida das pessoas cuidadoras são inevitáveis. O familiar cuidador passa a dedicar e reorganizar seu tempo, bem como sua vida, em função do cuidado de seu ente, que inclui não apenas a participação e acompanhamento no tratamento, mas também o controle da medicação, a vigilância e outras questões que envolvem o cuidado.

### **2.3. A família e sua responsabilização nos cuidados das pessoas em sofrimento mental**

No processo de convocação da família por meio da lei de Paulo Delgado e sua responsabilização diária no cuidado das pessoas em sofrimento mental em domicílio e pelo seu acompanhamento perante o apoio das unidades de saúde e que, Loukissa (1995) e Martinez et al (2000) consideram que estas famílias não estão suficientemente preparadas para a tarefa de fornecer ao paciente o acompanhamento intensivo que estes necessitam. Apesar de todo este despreparo, Nichols e Schwartz (2007) dizem que é no convívio familiar que acontecem os primeiros estímulos para o processo de resiliência da doença com vistas à melhoria da condição da pessoa.

É importante definir o que é uma família funcional. Para Ackermann (1978) oferece condições de desenvolvimento emocional adequadas aos seus membros. É um conceito, sem dúvida, difícil de explicar, tanto pelas simplificações teóricas e metodológicas como ideológicas,

sociais e culturais. As várias linhas teóricas definem funcionalidade e adaptação conforme os aspectos que consideram relevantes na sua concepção de família.

Satir (1964) diz que a família representa para seus membros uma fonte de afeição e intimidade e que, quando estes membros apresentam quadros de ansiedade e estresse, recorrem novamente às suas famílias procurando reassegurar sua condição de seres amados e valorizados. Seria este cenário de família funcional que poderia oferecer ao cidadão em sofrimento mental a acolhida necessária. Entretanto, Satir (1964) conclui que esta pressão, no sentido de conceder aos indivíduos segurança e atenção especial, impõe sobre a família uma carga psíquica extra. Na família, muitas vezes de classe econômica baixa, os doentes mentais têm assegurado o atendimento especializado. Porém, os próprios cuidadores destes doentes no seio familiar não recebem a assistência/acolhimento necessários ao seu bem-estar.

A sobrecarga sentida pelos familiares dos pacientes psiquiátricos tem sido investigada por pesquisas internacionais desde meados dos anos 1950 e início dos anos 1960, embora o desenvolvimento maior dessa área de pesquisa tenha ocorrido a partir da década de 1970 e 1980. De acordo com Freitas et al. (2000) da mesma forma que o cidadão em sofrimento mental padece pela sua doença e pelo preconceito, a sua família sente a discriminação e estigma social associado à doença. Por isto, a família é vista muitas vezes como desestruturada, fria, indiferente ou mesmo hostil ao doente.

Ainda conforme Freitas (2000), o doente da saúde mental sofre intensamente com a sua condição, tal como a sua família, sem que haja forma de evitá-lo completamente. Infelizmente, os programas político-sociais de reinserção dos doentes mentais na sociedade simplesmente ignoram o enorme sofrimento e as demasiadas necessidades das famílias.

Esta afirmação é corroborada por Teixeira (2005) ao dizer que, quando um dos membros da família adoece, todos os membros dela também são afetados. Há uma alteração nas atividades sociais normais desta pessoa ocasionando que suas tarefas sejam desenvolvidas por outros membros, pois ela necessita se dedicar ao cuidado integral do doente.

Tem havido, portanto, um interesse crescente em compreender a experiência dos familiares no convívio com os pacientes, em conhecer as suas percepções em relação aos serviços de saúde mental, assim como avaliar a sobrecarga sentida pelas famílias nesse processo. Diversas pesquisas foram desenvolvidas a respeito do entendimento das famílias sobre o tratamento, das dificuldades que enfrentam no dia-a-dia, as suas reações emocionais,

as suas necessidades, assim como a sua compreensão acerca dos serviços de saúde mental (MAURIN E BOYD, 1990; TESSLER E GAMACHE, 2000).

Há, portanto, na literatura da especialidade, evidência de que a sobrecarga sentida pelos familiares de doentes mentais pode resultar em consequências negativas para a sua saúde mental, diminuindo-lhes a qualidade de vida. Isto, por outro lado, pode contribuir para uma maior frequência de situações de conflito ou de estresse para com o paciente, o que afetaria o próprio tratamento ou os cuidados prestados, uma vez que eles reagem com dificuldade a eventos interpessoais estressantes (MARTENS E ADDINGTON, 2001, p. 36, 128).

De acordo com Grandi e Waidman (2011) os cuidadores vivenciam dois tipos de sobrecarga: as objetivas, que são plenamente observáveis, e as subjetivas, que são as consequências relacionadas aos sentimentos. A ênfase maior deve ser dada à sobrecarga subjetiva por ser de maior densidade e influência na vida cotidiana dessas famílias e estarem sustentadas, principalmente, pela falta de conhecimento técnico e pelos preconceitos vivenciados em função do sofrimento mental de seu familiar.

Para Vianna e Barros (2004, p. 188), o cuidado na maioria dos casos envolve Abdicar de planos e sonhos em função de uma pessoa doente, totalmente dependente de outrem, seja por amor ou ainda por não haver outro familiar que assuma essa responsabilidade. O processo de tornar-se cuidador domiciliar exige aprender a conviver com o sofrimento do "outro" e, muitas vezes, esconder a sua própria dor e suas necessidades. É preciso fazer quase tudo, mesmo conhecendo quase nada.

## **2.4 Metodologia**

A pesquisa em questão é uma pesquisa bibliográfica e de campo de caráter descritivo e de análise qualitativa. A pesquisa considerada como descritiva tem como propósito "exigir do pesquisador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade" (SILVEIRA, 2009, p. 35). Já a técnica qualitativa, segundo Gil (2002), tem sua importância uma vez que as respostas não são objetivas e o propósito não é contabilizar quantidades como resultadas, mas sim conseguir compreender o comportamento de determinado grupo-alvo, isso trará ao

pesquisador uma maior abertura para realizar a análise sobre a compreensão do que está sendo pesquisado.

Através desta metodologia será possível entender os acontecimentos e desenvolvimentos acerca do desaparecimento de pessoas em sofrimento mental na cidade de Belo Horizonte. E verificar de forma minuciosa, embasada e técnica as informações relevantes e, a partir daí, extrair as respostas necessárias quanto aos questionamentos apresentados.

O instrumental utilizado será a entrevista semiestruturada a ser feita com o público, ou seja, familiares atendidos pela Divisão de Referência de Pessoas Desaparecidas subordinada ao Departamento de Investigação de Homicídio e Proteção à Pessoa, na Polícia Civil de Minas Gerais. Segundo Michel (2005, p. 42) entrevista é um “encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. A autora concorda que a entrevista é uma forma de obter dados para alcançar a totalidade da pesquisa, por estabelecer um contato próximo que resulta em informações necessárias para o entrevistado aplicar em sua pesquisa.

Para a realização da entrevista, utilizou-se o modelo de entrevista aberta ou em profundidade, o qual Minayo (2010) explica que o ponto central é exposto e as perguntas só são realizadas no decorrer da livre fala do entrevistado buscando retirar mais esclarecimentos acerca do assunto. O registro foi realizado por meio de questionários semiaberto onde as respostas foram dadas por familiares e cuidadores das pessoas desaparecidas que no seu quadro se instala o sofrimento mental. De acordo com Gil (2008, p.121), questionário pode ser definido como:

(...) A técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado etc.

Segundo Michel (2005, p.50) O mecanismo de colher informações através das análises dos dados tem como propósito aprofundar e analisar todo conteúdo das informações prestadas pela pessoa que forneceu os dados, procurando ver e ponderar, em maior profundidade, a pertinência das respostas, a lógica, a coerência, a fidelidades dos dados informados, eventuais distorções e omissões, dentre outras.

Logo a manifestação da autora do artigo através da opinião crítica sobre tudo que foi pesquisado durante o processo de elaboração, destacando os pontos mais importantes e a percepção reflexiva sobre o tema.

### 3.0 CONCLUSÃO

Nesta última etapa, será apontada a visão da autora do artigo em relação ao tema abordado, uma vez que é possível distinguir no âmbito familiar alguns aspectos que podem vir a favorecer as escapadas das pessoas em sofrimento mental. De acordo com as informações trazidas no referencial teórico, na fala dos entrevistados e pela percepção da autora do artigo, entende-se que as questões emocionais, financeiras, culturais e sociais podem ser relevantes para explicar a evasão do cidadão em sofrimento mental, mas os principais entraves estão intimamente relacionados ao contexto social e à atual conjuntura das políticas públicas.

Uma vez que o alicerce das políticas públicas está na perspectiva “familista” evidencia-se um sistema de proteção cada vez mais tracejado embora não tão bem definido. Desde que passou a favorecer a assistência no ambiente familiar, tais políticas alcançaram avanços significativos no fortalecimento dos laços familiares. Porém, de certa forma, fragilizou a segurança deste cidadão em sofrimento mental que passou a viver em meio comunitário aberto e, portanto, com liberdade de transitar e, por vezes, evadir da residência. Esse paradoxo, que posiciona a família tanto como alvo quanto provedora de proteção, acaba por adoecê-la pela falta de conhecimento e preparo no tocante ao cuidado do cidadão em sofrimento mental.

Valem ressaltar que muitas alterações ainda são necessárias, principalmente sobre o aspecto como as famílias são afetadas pela fragilidade das estratégias hoje aplicadas para enfrentar as dificuldades e desafios encontrados em seu dia-a-dia. Certo é que a participação familiar não pode ser vista como principal estratégia no enfrentamento das demandas até mesmo pelo seu despreparo técnico, cultural, emocional e financeiro para encontrar soluções imediatas e viáveis para os conflitos cotidianos presentes nesta relação de assistência. Aliás, diversos autores entendem a assistência como prerrogativa do Estado e não da família, conforme estudos elencados no referencial teórico.

A contribuição que este artigo traz à questão do desaparecimento de pessoas em sofrimento mental é, sobretudo, a percepção de que a sobrecarga sentida pelos familiares dos cidadãos em sofrimento mental é realmente intensa. Enquanto este padece pela sua doença e pelo preconceito, sua família sente a discriminação e estigma social associado à doença acrescidos da responsabilidade tanto como guardião deste familiar que requer cuidados permanentes e constantes como também pelo sustento financeiro da família. A família não deve ser vista como desestruturada, fria, indiferente ou mesmo hostil ao familiar que requer

cuidados porque as entrevistas mostram que a realidade desta interação família-paciente é permeada de afeto.

Desta forma, é necessário pontuar a carência de aparatos mantidos pelo Estado voltados para as famílias dos cuidadores das pessoas acometidas por sofrimento mental. Como já foi dito, as famílias também necessitam de atendimento especializado em diversos aspectos, uma vez que as pessoas que mantêm o cuidado domiciliar percebem todos os sintomas e situações de risco que ocorrem com o familiar em sofrimento mental, mas não sabem a quem recorrer para prevenir que a fuga se concretize. Aliás, a prevenção é sempre preferível ao tratamento das consequências da evasão.

Por fim, é necessário fazer constar que este trabalho não se encerra com a finalização desta pesquisa. O assunto principal discutido neste artigo trata de uma proposta, de trazer para o grupo essa discussão que ainda é nova. Mesmo sendo um campo de estágio regulamentado, a discussão teórica sobre o objeto, na academia, ainda é incipiente. A questão ainda permanece em aberto e poderá sofrer alterações a qualquer instante, sendo necessário não paralisar os estudos sobre a temática para que as alterações ocorridas sejam captadas por novas produções acadêmicas que vierem posteriores a esta, mantendo os leitores atualizados acerca das novidades.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica**. Scielo, Rio de Janeiro, n. 11, p.491-494, jul./set, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n3/v11n3a11.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2018.

AROUCA, S. **A Reforma Sanitária Brasileira**. Radis, FIOCRUZ, Tema 11, ano VI, novembro. 1988. p. 2

BASAGLIA, Franco. **Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BIELEMANN, V.L.M.; e tal. **A Inserção da Família nos Centros de Atenção Psicossocial Sob a Ótica de seus Atores Sociais**. In: Texto Contexto Enfermagem. p. 131 a 139. Janeiro de 2009. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a16.pdf) Acesso em 20 de fev.2018

BIRMAN, Joel. **A cidade Treloucada**. In: BEZERRA, B. e AMARANTE, P. *Psiquiatria sem Hospício*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. P. 501

BRASIL. Lei n. 10.216 de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília, 2001. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso em 08 fev. 2018

BRASIL. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferencia Nacional de Saúde mental – Intersetorial. Relatório final da IV Conferencia Nacional de Saúde mental – Intersetorial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, p. 210.

BULGACOV, Y. L. M.; VIZEU, F.. **A positividade da emoção na prática da pesquisa social em organizações**. Cad. EBAPE.BR, v. 9, n. edição especial, p. 488-509, 2011. Disponível em: Acesso em: 19 abril 2018

COLVERO, L. A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A.. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. (Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2004, p.198). Disponível em. Acesso em: 19 fev. 2018

Freitas, Carlos. Luís, Helena e Ferreira, Luís (2000), **Vivências dos pais enquanto cuidadores de um filho com esquizofrenia**, Lisboa, Dissertação apresentada à Escola Superior de enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do segundo curso de estudos superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961. Disponível em: <GOFFMANErvingmanicomiosPrisoeseConventos>. Acesso em: fev./2018.

GRANDI, A. L.; WAIDMAN, M. A. P.. **Convivência e rotina da família atendida em CAPS**. Ciência, Cuidado, Saúde, Maringá, v. 10, n. 4, p. 2011 p. 76.

GRUNPETER, Paula Veloso; COSTA, Tereza Cristina Ribeiro da; MUSTAFÁ, Maria Alexandra Monteiro. **O movimento da luta antimanicomial no Brasil e os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais**. Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais, Florianópolis, abr. 2007, p.511-520.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2011

MACHADO, Roberto et. al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARTENS, L.; ADDINGTON, J. **O bem-estar psicológico dos membros da família de indivíduos com esquizofrenia**. Soc. Psiquiatria Psychiatr Epidemiol, 2001. p. 36, 128

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** .10<sup>a</sup> ed. São Paulo: 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio\\_5\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio_5_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2018

NICHOLS, Michael P.; SCHWARTZ, Richard C. **Terapia Familiar: Conceitos e Métodos**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 61

PISSOTI, Isaías. **O século dos Manicômios**. São Paulo: Editora 34, 1996.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Orgs.). *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis. 2007.

SARTI, Cynthia. **O lugar da família no programa de saúde da família**. In: TRAD, Leny A. B. Bomfim (Org.). *Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.91.

TEIXEIRA, Marina Borges. **Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a08.pdf> Acesso em: 18 mar. 2018