



A FAMÍLIA E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

THE FAMILY AND THE CARE OF MENTAL HEALTH.

**Juscélia Márcia Ferreira Brandão
Universidade Federal do Piauí**

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar sobre a chamada das famílias como “parceira” do cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica. O método utilizado foi de pesquisa bibliográfica e será abordado aspectos como a sobrecarga e as dificuldades encontradas pelas famílias no provimento do cuidado, sobre o lugar da família ocupado na psiquiatria tradicional de acordo com a pedagogia do alienismo, da importância da inserção dos familiares nos serviços da rede de atenção psicossocial e de como as famílias tem sido valorizadas no contexto da saúde mental e das demais políticas sociais, como responsável pela a proteção social dos seus membros em “parceria” com o Estado, no entanto, tal perspectiva pode está seguindo uma lógica neoliberal que traz o familismo como responsável por preencher a ausência do Estado.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado. Familismo. Saúde Mental.

ABSTRACT

Abstract: This article aims to analyze the call of families as a "partner" of mental health care in the context of Psychiatric Reform. The method used was a bibliographical research and will deal with aspects such as the overload and difficulties encountered by families in the provision of care, the place of the family occupied in traditional psychiatry according to the pedagogy of alienism, the importance of the insertion of family members in services of the psychosocial care network and how families have been valued in the context of mental health and other social policies, as responsible for the social protection of their members in "partnership" with the State, however, such perspective may be following a neoliberal logic that brings familism as responsible for filling the absence of the state.

KEYWORDS: Care. Familismo. Mental health.

1 INTRODUÇÃO

O processo de Reforma psiquiátrica brasileira inicia-se na década de 1970, fortemente inspirado e influenciado pelo o movimento de Reforma Psiquiátrica italiano, conhecido como “Psiquiatria Democrática”, o qual Franco Basaglia foi o seu principal expoente e precursor. A experiência italiana demonstrou a possibilidade de transformação na forma de lidar com a



loucura, da passagem de um tratamento sem liberdade e de enclausuramento, para outro, voltado para a liberdade, com regaste da cidadania e com duras críticas ao modelo manicomial, asilar e segregacional.

Na década de 1970 surge na Itália um movimento paradigmático para o campo psiquiátrico, cujo expoente é Franco Basaglia. A partir de sua experiência no Hospital Psiquiátrico de Gorizia inaugura o que vem a ser conhecido como psiquiatria democrática. De inovador, esse modelo traz uma ruptura com o paradigma psiquiátrico clássico, questionando as bases científicas, culturais e políticas que o alicerçam. Assim, Basaglia propõe uma nova forma de compreender e lidar com a loucura [...] (ROBAIANA, 2010, p. 343).

E mais, com a Reforma Psiquiátrica, as famílias passaram a ser valorizadas como parte do processo de tratamento dos usuários com transtorno mental e foram convocadas à responsabilização, especialmente enquanto parceiras no cuidado e nos serviços, porém, os familiares devem ser inseridos nos serviços não somente porque seja importante para a recuperação e efetivação do tratamento do seu membro familiar em sofrimento psíquico, ou seja, como agente de proteção e cuidado, mas principalmente como alvo também de cuidados, em que se oferece suporte, apoio e sustentáculo para que os mesmos possam exercer essa parceria. Isso porque os familiares também enfrentam situações de sofrimento e de sobrecarga como cuidadores e que necessitam de cuidado, no entanto, em um contexto de ajuste fiscal neoliberal, com as políticas públicas cada vez mais precarizadas, ter uma oferta de uma proteção social que alcance as famílias nem sempre acontece nos serviços.

Nesse contexto, esse artigo tem por objetivo analisar essa chamada das famílias como parceiras do cuidado em saúde mental no contexto do processo de Reforma Psiquiátrica, e os obstáculos enfrentados com as reformas neoliberais que reforçam responsabilidades das famílias sem o suporte que seria necessário para exercerem essa e outras funções. Trata-se de uma pesquisa teórica, com duas frentes de investigações: revisão bibliográfica e análise documental, tendo como fontes livros, artigos e monografias sobre o tema e a política de saúde mental brasileira.

2 FAMÍLIA E O ALIENEISMO

2.1 Psiquiatria Tradicional



O modelo hegemônico da psiquiatria tradicional para o tratamento da loucura estava diretamente relacionado à exclusão, segregação e o afastamento do “louco” da sua família e do convívio social. E a família era afastada do tratamento sob a justificativa de que de um lado, era considerada ameaçada pela a loucura e para isso necessitava ser protegida, pois o louco era considerado um modelo negativo para a estrutura familiar e do outro lado, o isolamento deveria ser realizado porque a família era culpabilizada por propiciar ao seu familiar à doença mental (ROSA, 2008).

Historicamente é possível identificarmos que a família nem sempre esteve incluída no tratamento dispensado às pessoas portadoras de adoecimento psíquico, pois quando ocorria o primeiro surto, o doente era trancado em manicômios por longos anos, às vezes até para sempre (MADEIRA; DÁRIO, 2017).

Com asilamento do louco e com apropriação de sua condição pelo “modelo médico”, que visava obter a sua cura, a família fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhar o seu portador ao asilo para cuidados médicos, visita-lo, bem como fornecer as informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. [...] Há, portanto, a ruptura do louco com o seu meio familiar e sociocultural, bem como a organização asilar implementa uma pedagogia que centra a sua ação sobre o louco, excluindo a família de sua abordagem [...] (ROSA, 2008, p.52).

Segundo Rosa (2008) essa culpabilização das famílias encontrou repercussão em correntes da própria literatura crítica da psiquiatria. O movimento antipsiquiátrico que embora se contrapusesse ao modelo assistencial do hospital psiquiátrico baseado na internação em manicômios também considerava que a família era a principal causadora do transtorno mental e essa relação da família com o louco foi trabalhada no âmbito do saber psiquiátrico baseado na pedagogia do alienismo que centra a sua ação na abordagem de que a família é uma unidade separada do doente mental e por isso mesmo é excluída.

É o alienismo que constrói a inteligibilidade das repercussões deste novo ordenamento sobre a relação do portador de transtorno mental com sua família, que vai ser mediatizada por trabalhadores de saúde. Nesta configuração, o portador de transtorno mental é excluído do seu meio social e a família é colocada no papel passivo de espera dos resultados consignados pelo saber psiquiátrico. (ROSA, 2008, p. 39-40).

Então percebe-se que a família historicamente muitas vezes ficou afastada do tratamento do doente mental. Neste modelo, por muito tempo hegemônico na área, a família era excluída e culpabilizada. Mas, a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica baseado no modelo italiano, os serviços substitutivos extra hospitalares que operam no âmbito do contexto desse processo reformista, resgatam o direito à convivência familiar da pessoa com doença mental, colocando a necessidade e a importância da família está ao lado do seu ente com transtorno



mental, tendo uma maior aproximação e interação entre família, serviço e a equipe de saúde mental (NAVARINI; HIRDES, 2008).

2.2 Psiquiatria Moderna: reforma psiquiátrica e os serviços extra-hospitalares e a família.

O processo de Reforma Psiquiátrica iniciado nos anos da década de 1970 buscou modificar o padrão hospitalocêntrico no tratamento da pessoa com transtorno mental, transformando o paradigma na assistência prestada para a loucura e foram adotadas novas estratégias, como a implementação de uma rede de serviços substitutivos, a valorização dos familiares no tratamento e no cuidado, em que a família se torna um ator importante na rede de atenção psicossocial. E mais, essa inserção e o reconhecimento da família é um elemento indispensável para a concretização da Reforma, pois a família que antes era excluída do tratamento passa a ser um “sujeito ativo no próprio processo de apoio psicossocial, no desenvolvimento do projeto terapêutico e na avaliação do próprio serviço, vindo a intervir inclusive, na própria política de assistência psiquiátrica” (PEREIRA, 2010, p 259).

A desospitalização e o movimento de crítica de Reforma Psiquiátrica que difundiram por muitos países, configuraram uma nova realidade na qual um número cada vez maior de pessoas passaram a ser assistidas em serviços extrahospitalares. Esses fenômenos introduziram novos elementos no campo de negociação entre famílias e o campo de saúde mental, obrigando as partes implicadas a rediscutirem as bases de uma nova relação. [...] As famílias se viram estimuladas e pressionadas a voltar a assumir a responsabilidade pelo cuidado de seus membros doentes. [...] (MELMAN, 2001, p. 61)

Segundo Coletti et al. (2015, p.125) “neste contexto de desinstitucionalização, em que o modelo manicomial foi alterado para um modelo de atendimento comunitário, o papel dos familiares no tratamento da pessoa com sofrimento psíquico também sofreu modificações”. E essa chamada das famílias a responsabilização do cuidado em saúde mental é algo recente, onde essa relação entre o serviço e os familiares ainda está em construção e isso se dá pelos aspectos históricos e culturais centrado no modelo hospitalocêntrico e asilar, em que a família deveria permanecer distante do tratamento, onde quem se responsabilizava pelos cuidados do doente mental eram majoritariamente os profissionais de saúde.

Dessa forma, a ênfase do modelo atual em saúde mental é o tratamento do portador de sofrimento psíquico no seio da família. Ela passa a ser incorporada no processo terapêutico, contribuindo com a reabilitação psicossocial do usuário. Antes, ela se

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



mantinha afastada, como simples observadora dos acontecimentos; hoje, o serviço precisa estar com as portas abertas à inserção desta família, integrando-a e incentivando sua participação frente às atividades desenvolvidas pelo serviço, ao mesmo tempo, dando suporte para que essa possa conjuntamente contribuir para a manutenção da saúde do usuário do serviço. (BIELEMANN, 2009, p. 132)

Mas, como não cair em familismo que amplia, espera e incentiva as responsabilidades familiares na proteção social, no cuidado, assistência e sobrevivência sem ofertar serviços de apoio, de sustentáculos, de cuidados e proteção à própria família?

Uma das saídas é a rede de serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospital-dia, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, que visam contribuir com novas práticas e estratégias na assistência em saúde mental. E, para além disso, visam incluir a família em sua abordagem, executado um trabalho educativo e de capacitação com os familiares, dividindo com eles o ônus dos cuidados da pessoa com transtorno mental. (ROSA, 2010).

São atividades comuns nos CAPS, o atendimento a grupos de familiares, reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico. Atendimento individualizado as famílias: atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos. (BRASIL, 2004, p.21-22.).

Teixeira (2012) faz uma crítica a essa dimensão do serviço que visa aumentar as responsabilidades familiares, repassar os cuidados para o seu âmbito, lidos como sinônimos de cuidados comunitários. Ressalta que os grupos com familiares devem ser espaços para discussão dos cuidados oferecidos pela política pública, sua melhoria, a comunicação com as famílias ou numa dimensão política do protagonismo na perspectiva de luta por serviços melhores para as pessoas com transtornos mentais.

Na política de saúde mental, o trabalho com famílias não deve limita-se a capacitá-las para aceitar e cuidar do portador de transtorno, ou desmitificar os preconceitos em torno da doença e lidar com os sofrimentos, dúvidas e sobrecargas. É necessário um trabalho educativo que reforce o protagonismo familiar por serviços de inclusão social dos portadores de transtorno mental, como serviços alternativos diurno, parcial ou integral, com retorno ao fim do dia para a convivência com a família e comunidade [...] além de espaço para ouvir e laborar com a família. (TEIXEIRA, 2012, P 112).

E não restam dúvidas de que “a participação da família no processo terapêutico dos pacientes é fundamental e contribui de forma significativa no tratamento e conseqüente melhora” (MADEIRA; DÁRIO, 2017, p. 01). Porém, a inserção dos familiares no serviço não deve se restringir a dar cuidados, mas como a ser cuidada, porque a família é uma unidade passível de sofrimento, de sobrecargas, portanto, que também necessita da atenção dos profissionais de saúde.



Não podemos esquecer que estas famílias precisam de apoio como um todo e na individualidade de seus membros, levando-se em consideração a heterogeneidade destas. Portanto, acreditamos que as ações dirigidas para a família pela equipe dos centros de atenção psicossociais precisam ser repensadas e, muitas vezes, assumir novos contornos, podendo-se assim, ressignificar o agir e o pensar frente àquela. Neste sentido, é necessário definir claramente de que família falamos e pensamos, qual a postura que esperamos desta frente ao serviço e qual seu verdadeiro papel na reabilitação psicossocial do usuário. Para isto, é necessário que a equipe profissional não a veja somente como suporte deste, pois frente à enfermidade ela também é fragilizada e necessitada de cuidado. (BIELEMANN, 2009, p. 138.)

Essa relação entre família, serviço e profissionais de saúde mental ainda está em construção e principalmente de desconstrução de velhos saberes e práticas. Encontro esse que é repleto de possibilidades, dificuldades, de obstáculos, de tensão e impasses. Como ressalta Melman (2006, p.92) “a relação terapêutica com os familiares é um campo tenso, permeado pelo medo, pela culpa, trata-se de uma relação assimétrica, na qual o poder maior do técnico pode ser utilizado de diferentes maneiras “. Como aponta Constantinidis:

Assim, profissionais e familiares encontram-se em relação em que predomina a tensão. São profissionais de saúde mental impotentes de um lado e familiares culpabilizados e não menos impotentes de outro. Diante desse quadro, a responsabilização da pessoa com sofrimento psíquico não é assumida nem pelos profissionais de saúde mental nem pelos familiares. Isso colabora para que essa pessoa não seja assistida adequadamente, com todas as possibilidades que a união entre profissionais e familiares traria. (CONSTANTINIDIS, 2017, P. 29-30)

De acordo com Waidman et al. (1999, p.29) “sendo assim, para um profissional atuar com estas famílias de forma adequada, é necessário que ele conheça e compreenda a realidade por elas vivida”, pois, para intervir efetivamente no mundo desses familiares é necessário construir um conhecimento sobre essa clientela. A equipe de saúde mental no seu cotidiano de trabalho deve entrar no espaço familiar, observando seu contexto social, econômico, cultural, seus modos de vidas e apreendendo sua subjetividade, porém, atentando para as especificidades e particularidades dessas famílias e não apenas a considerando como um corpo homogeneizado.

A aproximação do universo desses familiares pede paciência e sensibilidade na procura dos sentidos que brotam de suas histórias de vida. Estar a serviço da subjetividade dos familiares sugere a estratégia de procurar conhecê-los de uma maneira mais global e abrangente, em suas múltiplas dimensões existenciais, tentando, desta maneira, desenvolver modalidades de cuidado mais apropriadas às suas necessidades. No entanto, essas necessidades não podem ser generalizadas. Não existe um modelo universal de família (MELMAN, 2006, p. 92).

3 A FAMÍLIA DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL E O PROVIMENTO DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



Nessas linhas iniciais, deve ser destacado que o conceito de família discutido neste trabalho pode ser conceituado, de acordo com Mioto (2010), que nos aponta a seguinte concepção:

Um espaço altamente complexo, que se constrói e reconstrói histórica e cotidianamente por meio das relações e negociações que se estabelecem entre seus membros e outras esferas da sociedade, tais como Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se que, além da sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos. (MIOTO, 2010, p. 167)

Mioto (2010) aborda um conceito mais amplo sobre família, de que a estrutura familiar não é um ambiente simples e nem natural, mas que é construído cultural e historicamente na vida em sociedade. Em que família, não limita-se em relações da vida privada e particular do seu grupo doméstico, mas é uma instituição que faz parte do espaço público e que também está nos aspectos macrosociais e dessa forma deve ser alvo de intervenção do Estado no desenvolvimento de políticas públicas.

E na política de saúde mental, tem se valorizado os serviços alternativos no tratamento da pessoa com transtorno mental e a participação da família no cuidado no modelo extra-hospitalar. Com a desospitalização, o louco voltou a viver em sociedade e no seu contexto familiar e as famílias são chamadas pelo CAPS para que se comprometam com o processo de tratamento da pessoa em sofrimento psíquico.

A ideia posta pela Reforma Psiquiátrica é de parceria com a família, dividindo as responsabilidades:

Acreditamos que esse é um dos impasses da atenção psicossocial, que, ao procurar manter o louco em comunidade, construindo autonomia e cidadania possíveis a ele, deve compartilhar responsabilidade com os familiares e com a comunidade [...] a família tem a sua parte na responsabilização pelo seu familiar no que concerne ao cuidado cotidiano, assim como também cabe ao profissional e ao Estado – com as políticas voltadas para a atenção em saúde mental – a tomada de responsabilidade, evitando o abandono do usuário a si mesmo. (CONSTANTINIDIS, 2017, p 27).

E essa responsabilização das famílias como provedora de cuidado nos serviços substitutivos, se deve a dois fatores diferentes e até opostos: de um lado, ao movimento reformista na saúde mental, na perspectiva do retorno da pessoa com transtorno mental para sua família e comunidade; de outro lado, as reformas neoliberais de redução dos gastos sociais, minimização do Estado que se intensifica após crise do Welfare State na década de 1970. Nessa segunda perspectiva, a família nesse cenário tem sido valorizada no contexto das políticas sociais como responsável pela proteção social dos seus membros em “parceria” com o Estado. Essa conjuntura pode ser mais facilmente entendida com os apontamentos de Teixeira:

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



A família tem “ressurgido” no contexto das políticas sociais “pós – ajuste” como agente de proteção social informal dos seus membros. Pode-se dizer que a tendência atual na esfera das políticas sociais e econômicas nacionais e internacionais é a de ressaltar a centralidade da família como objeto, sujeito e instrumento das políticas. Ressalta-se o contexto dessas re- emergência: de um lado, a crise do Estado de Bem – Estar Social e o avanço das reformas neoliberais, com sua noção de Estado reduzido nas ações econômicas diretas e nos gastos sociais, e o retorno ao ideário liberal em que a questão social e as saídas das crises são responsabilidades de todos. Foram os liberais que inicialmente defenderam as potencialidades da família para assumir algumas intervenções mais burocráticas e custosas do Estado, como forma de lhe reduzir demandas e custo e valorizar outros provedores de bem estar social, como a comunidade, as organizações não governamentais e o próprio Estado, mas com ações focalizadas nos mais pobres. (TEIXEIRA, 2012, p. 101).

Entretanto, para que as famílias tenham condições de serem provedoras de cuidado se faz necessária uma rede de serviços e de equipamentos públicos de apoio e sustentação, não apenas para a pessoa com transtorno mental, mas para sua família também. Ou seja, para que os familiares possam promover o cuidado, eles precisam também serem alvo de cuidados, ter auxílio e suporte de apoio dos serviços, caso contrário, significará apenas responsabilização das famílias pela proteção social do seu enteado.

Por outro lado defender o cuidado unicamente na família envolve o risco de reforçar às políticas regressivas nos moldes sugeridos pelo ideário neoliberal que retiram o Estado da assistência ao portador de transtorno mental, tal qual ocorreu em grande proporção no processo de reforma psiquiátrica americana, que ao se orientar pela busca de racionalização administrativa, desospitalizou e provocou desassistência. (ROSA, 2010, p. 283)

Sendo assim, segundo Teixeira (2012, p 112) “desinstitucionalizar não é somente retirar do hospício e enviar para a família cuidar: é criar alternativas de serviços extra- hospitalares, o que não implica menos Estado, mas mais Estado, sob novas perspectivas de intervenção.” Mas o que se percebe é que as famílias ficam pouco amparadas pelos serviços de saúde mental, “contando comumente com o saber construído no ensaio e erro da lida diária (ROSA, 2008, p. 121- 122). “

E mais, as famílias ao serem consideradas como parceira do cuidado em saúde mental deve ser ponderado a realidade dessas famílias, principalmente, nas suas condições socioeconômicas para conseguirem serem provedora desse cuidado. “A literatura é unânime em apontar que a pobreza ronda principalmente esse tipo de família” (ROSA, 2010) e mais, nesse contexto o cuidado não ocorre de forma igualitária entre os membros da família, sendo a mulher a figura mais sobrecarregada, que comumente se constituem como as únicas cuidadoras (mãe, irmã, avó etc.), realizando jornada dupla com trabalho no âmbito público e privado.

As contingências sociais, econômicas, políticas, demográficas e culturais extremamente adversas para as famílias pobres as colocam em situação de risco social que interferem em suas funções e reações frente ao provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. Impossibilitadas ou limitadas concretamente em suas

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



atribuições de cuidar, sobretudo pela posição ocupada pela mulher, principal cuidadora e provedora em especial nas unidades matricêntricas, essas famílias buscam distribuir com os serviços psiquiátricos os encargos de cuidar, apesar do contexto de crise dos serviços públicos e de avanços do ideário neoliberal. (ROSA, 2010, p. 285).

A valorização da família na centralidade das políticas pode significar certo recuo das responsabilidades do Estado, em que a noção da família como a gente de proteção social tem gerado uma condução familista da política social. Segundo Teixeira (2012), o familismo fortalece o papel da família como principal responsável pelo cuidado de seus membros, tendência essa que é reforçada pela precariedade, sucateamento e escassez dos serviços públicos, por outro lado, no oposto dessa tendência está a desfamiliarização nas políticas sociais que desresponsabilizam os familiares como os principais responsáveis pelo cuidado e proteção social dos seus membros, devido à intervenção dos serviços diversos, inclusive em domicílio pelo Estado.

Esse desenvolvimento do processo de responsabilização das famílias no âmbito dos serviços públicos pode ser mais facilmente compreendido nas palavras de Miotto:

A responsabilização das famílias tem sido realizada, essencialmente, através de um nebuloso campo de indefinições e negociações que podemos denominar de um “campo do cuidado”. É justamente nesse campo que ocorre, no cotidiano dos serviços, os deslizamentos em torno de atribuições de responsabilidades na provisão de bem-estar. Sobre a égide do cuidado articulam-se diferentes estratégias de imposição ou transferência dos custos do cuidado para as famílias. Tais custos situam-se tanto no arco dos custos financeiros, quanto emocionais e de trabalho. (MIOTO, 2012, p. 130)

E mais, no “Brasil, todavia, a figura da família, historicamente, é a figura central como balizadora das relações sociais, da identidade social, do suporte relacional e material [...]” (ROSA, 2010, p. 278). E essa parceria entre família e os serviços na provisão do cuidado é uma tendência que não é incentivada somente pelo Estado no âmbito de discussão das políticas sociais, mas também é reforçada pelos próprios familiares, que se consideram na obrigação pelo bem-estar dos seus membros.

No entanto a concepção de que a responsabilidade do cuidado é da família é compartilhado também pelas próprias famílias, que naturalizam as exigências dos serviços e, muitas vezes, martirizam-se pela impossibilidade de ofertar melhores condições de cuidado. Essas observações parecem indicar o papel que os códigos culturais têm na sustentação de uma ideologia que favorece largamente a assimilação dos princípios que regem a proposta neoliberal para as políticas sociais. (MIOTO, 2012, p 133).

O trânsito entre famílias e serviço no campo do cuidado, ainda é um campo marcado pela tensão, por desafios, dificuldades e contradições. “Os paradoxos aparecem na medida em que a família ora é tomada como sujeito de direitos e merecedora de proteção social, ora como a gente dessa proteção social” (TEIXEIRA, 2012, p. 115-116). E nesse sentido, parafraseando



Melman (2006) é necessário imaginar, fabricar ou produzir um lugar para essas famílias, lugar esse, onde sejam reconhecidas pelo Estado no contexto das políticas e dos serviços como alvo do cuidado, pois as mesmas enfrentam uma grande sobrecarga.

E de acordo com Melman (2006, p.79) “a sobrecarga familiar são os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa em peso material, subjetivo, organizativo e social”. A presença de uma pessoa com transtorno mental produz grandes impactos na estrutura familiar, pois “um sofrimento psíquico não se refere apenas ao membro que se desestabiliza, mas diz respeito a todos que compõem o universo familiar” (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015, p. 1134).

E aliada a essa sobrecarga emocional, financeira, psicológica a que estão submetidas às famílias, as mesmas lidam no seu cotidiano com preconceito, exclusão e o estigma, interferindo na sua sociabilidade e nos modos de viver desses familiares, pois “nossa sociedade não está preparada para o desafio de acolher e cuidar das pessoas que adoecem mentalmente com gravidade. Ainda predomina uma visão preconceituosa em relação ao fenômeno da doença mental [...]”. (MELMAN, 2006, p. 15).

O transtorno mental também traz para a família a vivência com o estigma, já que é associada à imprevisibilidade de ações e à conduta perigosa. Em decorrência disso, seu portador padece de uma discriminação social que é extensível à sua família. Contraditoriamente, a família, por partilhar os mesmos códigos culturais da sociedade tem também uma atitude reativa e segregadora em relação ao portador de transtorno mental. Apresenta sentimentos de proteção simultâneos com sentimento de rejeição, cuja ambiguidade constitui fonte de angústia. (ROSA, 2010, p. 271).

E mais, lidar com essas famílias no cotidiano dos serviços, no conhecimento e reconhecimento das suas necessidades, realidade, dos impactos causados pela sobrecarga familiar entre os seus membros, isso abre a possibilidade para o reconhecimento de que os familiares também enfrentam situações de grande sofrimento tanto quanto o seu ente com transtorno mental, se não for mais.

4 CONCLUSÃO

Nos dias atuais, a assistência em saúde mental passa por um período de transformação de conceitos e de modelos de cuidado. Com a desinstitucionalização as famílias são convocadas pelos serviços para serem “parceira” no cuidado da pessoa com transtorno mental, porém, ainda



falta o reconhecimento dos serviços de saúde sobre a realidade das famílias, dos familiares como um importante recurso terapêutico a ser mobilizado (MELMAN, 2006), mas também de reordenação dos serviços para atender suas necessidades.

O cuidado dessas famílias deve ser realizado por todos os profissionais da equipe, de forma integral, intersetorial e em rede, em que também, lidar com essas famílias exige-se profissionais preparados e competentes, pois família é um campo complexo e trabalhar com esses familiares requer uma gama de conhecimento técnico, científico e teórico para o embasamento das ações junto a estrutura familiar.

E enquanto as famílias não forem consideradas como também alvo do cuidado pela equipe de saúde mental e que devem ser incluídas no serviço, não somente porque é um “suporte” para o usuário, mas, porque os familiares são sujeitos que estão passíveis de sofrimento, que necessitam de apoio e de profissionais de saúde mental preparados para trabalhar com esse público, o processo de Reforma Psiquiátrica, mesmo diante de tantas conquistas e avanços, ainda está muito longe do ideal.

REFERÊNCIAS:

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

BIELEMANN, Valquíria de Lourdes Machado et al. A inserção da família nos centros de atenção psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto e contexto - enferm.** [Online]. 2009, vol.18, n.1, pp.131-139. ISSN 0104-0707.

BRUSCHINI, C. teoria crítica da família. In: Azevedo, M. A.; GUERRA, V. N de A. (orgs.) **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento.** São Paulo: Cortez, 1993.

CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid. Profissionais de saúde mental e familiares de pessoas com sofrimento psíquico: encontro ou desencontro. **Psicol. USP.** 2017, vol. 28, n 1, pp.23-32. ISSN 0103-6564.

COLLETI, M, Martins, C. B, Tanios, B. S & Rocha, T. H.R. A reforma psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico. **Rev. SPAGESP,** 15 (1), 123- 135 (2014)

COVELO, Barbará Souza Rodrigues, Maria Inês Badavá. Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Psicologia em estudo,** Marigá, V. 20. N4, P 675- 686, out/ dez. 2015.

II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



CUNHA, Dário, MADEIRA, Maria Teresinha. As dificuldades e desafios da família envolvida com o portador de transtorno mental. **Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale de Itajaí- UNIDAVI**. Santa Catarina. P.01-13, 2017.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares / Jonas Melman. – São Paulo: Escrituras Editora, 2006. (Coleção Ensaios Transversais.). 3º edição.

MIOTO, Regina Célia. **Família, trabalho com famílias e serviço social**. Serv. Soc. Re, Londrina, v 12, n 2, p- 163- 176, jan/ jun, 2010.

_____. Processos de responsabilização das famílias no contexto dos serviços públicos: notas introdutórias. In: **Serviço Social: questões contemporâneas**. SARMENTO, H. B. M. (org.). 1º ed .Florianópolis: Editora da UFSC, 2012, v. 1, p.125-138.

NAVARINI, Vanessa, Hirdes , Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto contexto - enferm.** [Online]. 2008, vol.17, n.4, pp.680-688. ISSN 0104-0707.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à intervenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Eduardo Mourão Vasconcelos (org.).5ª Ed.- São Paulo: Cortez, 2010.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do serviço social nos serviços substitutivos de saúde mental. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 2ed. São Paulo, Cortez, 2008.

_____. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Eduardo Mourão Vasconcelos (org.).5ª Ed.- São Paulo: Cortez, 2010.

TEIXEIRA, Solange Maria. A centralidade da família nas políticas e o trabalho social com famílias. In: **Políticas públicas e cidadania: temas em debate**. Antônia Jesuíta de Lima, Maria D’ Alva Macedo, Masilene Rocha Viana (org). – Teresina: EDUFPI, 2012.