

## A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Maíra Giovenardi\*

**Resumo:** Este artigo tem como objetivo abordar sobre a Política de Saúde Mental, articulando com o elemento primordial para a mudança no modelo de atenção à saúde mental o movimento da Reforma Psiquiátrica e a importância da inserção da família no cuidado a pessoa em sofrimento psíquico. Contextualiza-se com alguns dados, o processo histórico da loucura no decorrer dos séculos até os dias atuais, enfatizando-se como essencial para uma efetiva atenção psicossocial a esses sujeitos a participação da família e o atendimento em base comunitária.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica, atenção psicossocial, família.

### 1. CONTEXTUALIZANDO A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Nas últimas décadas, vem sendo delineada, no Brasil, uma transformação do modelo assistencial em saúde mental, a partir da implantação de novos dispositivos de atenção psicossocial, apesar de ainda se configurarem como alternativos ao modelo tradicional. Por modelo tradicional entende-se todos os modos de cuidado centrados em uma prática clínica que objetiva unicamente a remissão dos sintomas, desconsiderando o sujeito como alguém possuidor de desejos, necessidades e com características singulares em seu sofrimento psíquico.

No entanto, o problema da instituição psiquiátrica tem sido discutido por diversos setores da sociedade brasileira. Esta discussão inicia-se com um posicionamento dos trabalhadores de saúde mental, em 1978, onde nasce o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, se posicionando no sentido de negar o manicômio como forma de tratamento e de propor novas alternativas terapêuticas ao indivíduo em sofrimento psíquico. Esse movimento busca, além de garantir um cuidado à saúde da população mais equitativo, questionar a maneira como os sujeitos em sofrimento psíquico são tratados, tendo como pano de fundo a contenda sobre o tratamento destes em instituição psiquiátrica.

---

\* Assistente Social da Universidade Federal de Santa Maria. Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Desse modo, ao discutir sobre a saúde mental é fundamental a reconstituição do papel social designado ao louco e o percurso da loucura até sua caracterização enquanto doença. Nos últimos anos do século XX a assistência centrada no hospital psiquiátrico e pautada na perspectiva de isolamento do diferente ganhou grande ênfase. Foucault em seu livro *A História da Loucura* (1972) descreve em diversos momentos da história o lugar ocupado pelo louco na sociedade, relatando que a loucura substituiu a lepra e as doenças venéreas como principal objeto de exclusão a supressão de elementos dessa sociedade.

Até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade médica. Eram grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados indesejáveis à sociedade, como os leprosos, portadores de sífilis, deficientes físicos, mendigos e os loucos. Eram lugares de exclusão social da pobreza e da miséria, produzidas pelos regimes absolutistas existentes, como exemplo pode-se constatar naquela época quando o rei da França, em 1676, determinou a criação de um Hospital Geral em cada cidade do reino.

A partir de um estudo de campo em um hospital psiquiátrico dos Estados Unidos, onde conviveu com os internos por um ano, Goffman (1961), descreveu a vida das pessoas internadas em instituições que denomina “totais”. As instituições totais podem ser definidas “como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e totalmente administrada.” (Goffman, 1961, pg. 11).

No Brasil, na primeira metade do século XIX, dá-se o início da hospitalização dos loucos. Antes, estes viviam nas ruas, ou eram recolhidos às prisões quando estavam agitados ou aos porões dos hospitais (COSTA, 2003).

Pode-se perceber que, com o passar do tempo, a loucura obteve diversas concepções, cada uma vinculada aos interesses de sua época. Porém, hoje vive-se a reestruturação da atenção em saúde mental no país, que tomou-se impulso na década de 1970 fortalecendo-se amplamente nos anos 1980 e início dos anos 1990.

A mudança na Política de Saúde Mental visa, entre outros aspectos, a desinstitucionalização. Este é um conceito que opera com a metáfora da desconstrução

do modelo manicomial, visando à ressocialização das pessoas em sofrimento psíquico e criando alternativas para o exercício de cidadania do sujeito, preservando laços afetivos, sociais e familiares. Na década de 1980 emerge a Luta Antimanicomial, movimento este que pressupõe uma mudança na atenção em saúde mental coletiva, sendo fator que impulsionou a criação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001).

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, pg. 08).

Nessa perspectiva, o profissional que trabalha na área da saúde mental deve contribuir para que haja um processo de construção da subjetividade do sujeito e Pelbart (2002) segue afirmando que “nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão”, onde a política de saúde mental causa grande impacto na vida dos portadores de transtorno mental, sujeitos historicamente segregados.

## **2. PENSANDO SOBRE A FAMÍLIA**

Todo ser humano possui necessidades para viver e sobreviver: necessidades humanas como habitação e trabalho, necessidades biológicas como a alimentação e necessidades sociais como garantia de direitos, pertencimento social e constituição de rede de relações (KERN, 2001). O ser humano possui uma conotação coletiva e na sua constituição de sujeito capaz de delinear sua trajetória relaciona-se com os demais produzindo as redes de relações.

Dessa maneira, a família<sup>1</sup> é a mais antiga forma de viver em sociedade que a civilização já criou, sendo o primeiro grupo social no qual o indivíduo interage. Quando se reflete sobre família relaciona-se com um homem, uma mulher e seus filhos, onde na

---

<sup>1</sup> O termo família neste artigo refere-se a todo aquele que é cuidador da pessoa em sofrimento psíquico independente do grau de parentesco.

verdade, essa constituição é o início de tudo. Como se sabe, a família se constituiu de diversas formas, pois ela não é sempre a mesma, diferenciando-se de acordo com os costumes de cada país, civilização ou cultura.

A concepção da família sofre, na atualidade, transformações e reconfigurações relacionais que contextualizam o seu ciclo de vida e que permite que se fale de desenvolvimento familiar. Este conceito reporta-se às mudanças ocorridas na família enquanto grupo, assim como às mudanças nos seus membros individuais, em função do cumprimento de tarefas bem definidas. Neste contexto são requeridas competências no domínio social, familiar e mesmo individual por forma a lidar de modo mais eficaz com as transformações na família ao nível dos seus múltiplos papéis.

No entanto, a família tem passado, ao longo de sua história, por crises e mudanças profundas. Além de reproduzir novos seres humanos, ela reproduz neles os seus hábitos, costumes e valores, através das gerações. Comparando a família de hoje com a de antigamente nota-se que o acesso de bens de consumo, a televisão e os demais meios de comunicação trazem para dentro dos lares novos conceitos de vida. Pesquisas apontam que há um movimento interior ocorrendo nas famílias, resultante de mudanças de posição do homem e da mulher, novas formas de união dos casais, a inclusão de novos membros e chefes na família como tios, avós e outros. Essas famílias não mais se enquadram na constituição do modelo de família tradicional, onde pode-se citar outros modelos segundo Camargo e Gallo (2004, pg. 81):

- a) Família Moderna Consensual: aquelas famílias constituídas a partir de uma união informal, indiferente aos padrões sócio-jurídicos e civis, de acordo verbal e/ou consensual.
- b) Família Moderna Reconstituição: aquelas famílias em que um dos cônjuges já uniu-se com uma outra pessoas, anteriormente ao relacionamento atual. Compreende tanto os relacionamentos formais quanto os informais e aquelas pessoas que após o cônjuge ter feito óbito, decidiu unir-se novamente.
- c) Família Moderna Solidária: aquelas famílias que constituíram-se a partir da existência de laços de consangüinidade e afetividade. Apresenta algumas variações, tais como: pode ser monoparental: abranger duas gerações ou mais coabitando: ou mesmo, pessoas que possuem laços de parentesco ou afetividade.

Pode-se observar que, independente de sua configuração, a família é muito importante na vida do indivíduo, pois ela é o primeiro grupo natural onde se interage.

Roudinesco (2003) afirma que a “família do futuro” continuará sendo lugar que todo sujeito precisa para construir sua identidade.

De tal modo, a família exerce um papel fundamental no aprendizado de seus filhos, pois decide desde cedo o que eles precisam aprender, quais as primeiras instituições que irão frequentar, o que é necessário saber para tomar as decisões que os influenciem na vida futura. Mais tarde os indivíduos entram em contato com o mundo externo, onde colocam em prática os aprendizados que obtiveram na infância.

### **3. A FAMÍLIA COMO CUIDADORA DA PESSOA EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

O sofrimento psíquico sempre foi visto como um desvio em relação a um padrão de comportamento pré-estabelecido, do que seja normalidade, tanto pela sociedade em geral, como pela ciência. Considerado desviante, a solução historicamente encontrada foi o afilamento como forma de contê-lo. No entanto a internação psiquiátrica afasta o indivíduo de seu mundo, institucionalizando-o, destruindo assim os canais de comunicação que os ajudariam a se reintegrar em suas famílias, empregos e comunidade após a saída do hospital.

Atualmente existem mecanismos para minorar este sofrimento, entre eles os dispositivos propostos pela Reforma Psiquiátrica que consiste na progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos com a criação de leitos em hospitais gerais e a ascensão dos serviços extra-hospitalares, vislumbrando a manutenção do usuário em acompanhamento ambulatorial ou domiciliar.

Dessa maneira, a rede de atenção à saúde mental integra o Sistema Único de Saúde, sendo composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais (Brasil, 2005).

Porém, ao refletir sobre a atenção psicossocial não pode-se falar do indivíduo em sofrimento psíquico sem considerar a sua família, ou seja, não se consegue cuidar da pessoa de sofrimento psíquico com eficácia sem cuidar da sua família, sendo que a mesma é apontada como o maior recurso na atenção psicossocial do indivíduo em

sofrimento psíquico, por isso deve ser estabelecido uma parceria entre indivíduo, família e profissional.

A família passa a ser mais que um receptor de intervenções por parte dos profissionais, torna-se um agente ativo no próprio processo de apoio psicossocial, no desenvolvimento de projetos e no planejamento e avaliação dos próprios serviços, vindo a interferir, inclusive, na própria política de assistência psiquiátrica (PEREIRA, 2006, p. 259).

Sabe-se que o convívio com a doença, seja ela física ou psiquiátrica, é muito difícil e desgastante para o grupo familiar, o que é agravado quando a doença tende a ser de duração prolongada, quando apresenta recidivas de manifestações agudas e, principalmente, é vivida como incapacitante e estigmatizadora.

Nesta última década, diversos profissionais comprometidos com a implantação da Reforma Psiquiátrica realizaram pesquisas buscando identificar como é para a família conviver com a pessoa em sofrimento psíquico. Dificuldades de muitas ordens foram identificadas, onde pode-se citar a sobrecarga familiar pela qual a família é submetida em decorrência dessa convivência.

Os achados dessas pesquisas mostram repetidamente que os familiares estão sobrecarregados por demandas que envolvem a função de acompanhar seus membros adoecidos e cuidar deles. Nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar (family burden) foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos e o quanto a convivência com um paciente representa um peso material, subjetivo, organizativo e social (MELMAN, 2006, p. 79).

As experiências da família com o sofrimento psíquico revelam o grande impacto que a doença representa para a mesma, com significativas desorganizações nas formas habituais de lidar com situações do cotidiano, na medida em que a família enfrenta as alterações de comportamento do familiar e passa a assumir a função do cuidado, a responder às demandas desta função. As várias interações a que os sujeitos são submetidos também causam um impacto importante para os portadores de sofrimento psíquico e suas famílias.

Assim, a responsabilidade de cuidar é potencializada também pela falta de esclarecimentos e informações não fornecidas aos familiares, ocorrendo um enfrentamento com as situações de dificuldade talvez por não possuir suficiente conhecimento sobre a doença vivenciada pelo seu familiar, não compreendendo a

sintomatologia e a evolução do quadro clínico da patologia.

Devido ao pouco conhecimento que alguns familiares possuem sobre a doença, seus sintomas e manejo, surge o medo em relação a algumas atitudes de seu familiar em sofrimento psíquico. As mudanças de comportamento desses sujeitos geram uma situação de difícil entendimento tanto para a família como para a sociedade em geral. Essas idéias são reforçadas por Melman (2006, p. 80) quando afirma que “do ponto de vista emocional, o estresse, as vivências de instabilidade e insegurança, os conflitos freqüentes nas relações fazem parte do cotidiano dessas pessoas”.

Entende-se que cada universo familiar tem sua história, seus padrões familiares distintos, sua identidade própria, sua forma de viver e proceder. Quando esses parâmetros são privados em função de uma patologia que se instala em um de seus familiares, a família é abalada gerando uma gama de sentimentos: o medo do imprevisível, a incerteza do amanhã, a tristeza, a angústia e o adoecimento por não saber como lidar com uma situação nova imposta pela doença.

A relação direta, pessoalizada e intensa entre o cuidador e o portador de transtorno mental envolve influência mútua. O cuidador é também afetado subjetivamente com os sintomas do portador de transtorno mental, mas não só. É também influenciado com o intenso nível de envolvimento emocional e temporal [...] (ROSA, 2003, p. 283).

Percebe-se também que muitas famílias não estão preparadas para enfrentar os desafios sociais e a complexidade de demandas impostas pelo sofrimento psíquico. Esses familiares estão inseridos em um contexto social que, ainda, se mostra resistente em aceitar o transtorno psiquiátrico como uma situação que pode fazer parte do processo existencial da humanidade. A sociedade, e aí se inclui a família, por vezes impregnada pelos conceitos clássicos de loucura, ou seja, dos conceitos de incapacidade, de incurabilidade, periculosidade e irreversibilidade da doença, potencializa as limitações da pessoa acometida por um distúrbio desta ordem.

No entanto, com o advento da Reforma Psiquiátrica, deu-se uma ampliação significativa da função da família no que tange ao papel de co-participante do processo de tratar e reabilitar as pessoas mentalmente enfermas, processo este que deve ser construído no cotidiano com vistas a melhorar a qualidade da vida de usuários e familiares. No contexto desse novo paradigma, o olhar passa a ser direcionado à

pessoa, sua cultura e vida cotidiana, tornando-se esta o objetivo do trabalho terapêutico e não mais a doença.

Conforme cita Luiz (2000), em relação à participação da família no cuidado ao portador de sofrimento psíquico:

No Brasil, a desinstitucionalização veio a consistir num termo atribuído aos reformadores, mas utilizado com diferentes propósitos: representar a negação do asilo como tratamento, e a substituição por novas práticas que realçam a participação efetiva das famílias e dispositivos comunitários na assistência; símbolo da perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social...". (LUIZ, 2000, p. 29).

Sob essa óptica, a família deixa de ser culpabilizada pela doença do seu familiar e passa a atuar como coadjuvante em seu tratamento e reabilitação. Tem-se que considerar que as possibilidades de reinserção social do sujeito passam inexoravelmente por este envolvimento e comprometimento, uma vez que, independente da forma como a família vem se constituindo, ela continua a representar a garantia de sobrevivência e proteção de seus membros.

De tal modo, a pessoa em sofrimento psíquico e sua família devem receber um suporte da rede de atenção à saúde mental, composta por uma equipe interdisciplinar, com o objetivo de um atendimento permanente visando à efetivação da atenção integral, bem como a necessidade de cuidado, por parte da equipe de saúde com o grupo familiar, sendo que o sentimento de pertencimento em relação a esta rede tem a função de referência, segurança e afeto entre os sujeitos.

Destarte, as ações em conjunto dos profissionais de saúde, familiares, sociedade e usuários são importantes no que se refere ao atendimento do sujeito em sofrimento psíquico para o resgate de sua cidadania privilegiando, conforme aponta Nogueira (2005), uma gestão democrática e participativa.



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos séculos, a humanidade apresentou dificuldades em conviver com a loucura propriamente dita. Como pode-se perceber a loucura obteve diversas concepções, todas vinculadas aos interesses de sua época.

Nos últimos anos, tem-se discutido o redimensionamento da atenção em saúde mental e a difícil tarefa de conseguir fazer com que a sociedade entenda o direito da minoria e dos diferentes. Esse novo modelo vem ocorrendo tendo como marco principal a Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica propõe a criação de uma rede atenção à saúde mental substituindo o tratamento do sujeito em sofrimento psíquico em hospital psiquiátrico. Essa rede de saúde mental realiza a atenção psicossocial ao indivíduo e sua família, oportunizando suporte e tratamento em sua própria comunidade.

Assim, a atenção psicossocial visa à permanência do usuário próximo a sua família e a rede social. A participação efetiva da família conduz ao estabelecimento de estratégias de intervenção mais abrangentes e consistentes possibilitando serem trabalhadas as dificuldades e necessidades de ambos, onde entende-se que o envolvimento da família no cuidado ao indivíduo é fundamental.

Portanto, é necessário enriquecer as redes familiares e sociais dos usuários com serviços extra-hospitalares de apoio, profissionais qualificados e informações, sendo que ações em conjunto dos profissionais de saúde, familiares, sociedade e usuários são importantes no que se refere ao tratamento das pessoas em sofrimento psíquico para o resgate de sua cidadania e autonomia.

#### REFERÊNCIAS

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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: MS, 2001.

CAMARGO, M.; GALLO, Z.M.C. **Estudo Longitudinal de Famílias**. Revista Temas Sociais em Expressão. – v.3, n.3 - Frederico Westphalen: URI, 2004.

COSTA, Mark Napoli. **Por Uma Sociedade Sem Manicômios**. In Conselho Federal de Psicologia. Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2003.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1961.

KERN, Francisco A. **Os sentidos das teias e redes sociais no contexto da Aids**. Porto Alegre: PUCRS. Tese de Doutorado. Faculdade de Serviço Social-Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2001.

LUIZ, M. A.U. A respeito da exclusão: instituição asilar e desinstitucionalização. In JORGE, M. S. B. et al. (orgs.). **Saúde mental. Da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2006.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

PELBART, Peter Pál. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: LANCETTI, Antonio (Dir). **Saúde loucura 2**. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

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

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.