

# O papel do cuidador familiar no campo da saúde mental: avanços e contradições

The role of the family caregiver in the field of mental health: advances and contradictions

---

Eraldo Carlos Batista (UNIR)<sup>1</sup>  
Dayane Fernandes Ferreira (UNIR)<sup>2</sup>  
Luana Karoline da Silva Batista (FAROL)<sup>3</sup>

**Resumo:** Este artigo teve por objetivo contextualizar os marcos políticos, teóricos e sociais que contribuíram para o desenvolvimento de ações de políticas públicas em saúde mental, a partir dos serviços substitutivos implantados no processo de desinstitucionalização voltados para a atenção à família. Por meio de uma pesquisa qualitativa de revisão não sistemática do tipo exploratória, evidenciou-se, com base na literatura investigada, que a família sempre esteve presente nas discussões que marcaram a história da saúde mental, ora vista de modo negativo, sendo culpabilizada pelo adoecimento psíquico de um membro, ora vista como protagonista no provimento de cuidado e reinserção social deste familiar. Conclui-se que há necessidade de ações práticas que possam diminuir as lacunas existentes, que causam distanciamento entre os serviços de atenção à família, sobretudo ao cuidador principal, e o que preconiza a Reforma Psiquiátrica.

**Palavras-chave:** Família, Cuidador familiar, Sofrimento mental, Saúde mental.

**Abstract:** This research had as objective to contextualize the political, theoretical and social milestones that contributed for the development of actions for public policies in the mental health field, from the substitutive services implemented during the process of deinstitutionalization, focused on family care. Through a qualitative research with non-systematic review, of the exploratory type, it was highlighted, based on the researched literature, that the family has been always present on the discussions that marked the mental health history, sometimes seen as negative, held guilty for the psychological sickening of a member, sometimes seen as a major role in the care provision and social reintegration of the relative. It was concluded that there is the need of practical actions that can diminish the gaps that cause distance between family care services especially the primary caregiver, and what advocates the Psychiatric Reform.

**Keywords:** Family, Family caregiver, Mental distress, Mental health.

---

<sup>1</sup> Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica - PUCRS, Mestre em Psicologia, Professor colaborador da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

E-mail: eraldo.cb@hotmail.com.

<sup>2</sup> Bacharel em Psicologia, Mestranda em Educação pela Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

<sup>3</sup> Graduanda em Direito pela Faculdade de Rolim de Moura – FAROL.

## Introdução

Na medida em que mudanças ocorreram na forma de a sociedade ver e se relacionar com a doença/saúde mental, transformações também aconteceram no papel desempenhado pela família em relação ao cuidado de um familiar em tratamento psiquiátrico. Devido sua grande importância na formação de seus membros, a família é considerada, na literatura, tanto como causadora do adoecimento quanto potente meio de cuidado e melhoria da saúde psíquica de seus membros (Batista, 2015, Rosa, 2011, Santin & Klafke, 2011).

As mudanças geradas pela implantação dos novos serviços de atenção à saúde mental foram pautadas na atenção à cidadania dos usuários, na valorização da inserção da família no auxílio ao tratamento do sujeito em sofrimento e no processo de desmistificação da loucura junto à comunidade. Nesse contexto, a participação dos familiares no tratamento psiquiátrico de um membro se torna muito valiosa quando esses buscam informações e esclarecimentos com a equipe de saúde, com outros familiares e em encontros que abordam temas relacionados ao cuidado em saúde mental (Batista, 2015).

Desse modo, as transformações ocorridas no campo da saúde mental, ao longo do tempo, não só provocaram alterações no modelo de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico como também proporcionaram uma reflexão sobre o papel desempenhado pela família nesse percurso.

Cabe aqui lembrar que nem sempre a relação da família com o sofrimento mental era vista de forma positiva. De acordo com cada momento histórico, essa relação ganhava conotações distintas. Fazendo um retrospecto, pode-se dizer que, em um momento inicial, surgiram teorias que responsabilizavam a família pelo transtorno mental; em momento posterior, a loucura foi isolada do convívio familiar para a proteção da sociedade e dos outros membros da família. Com isso, o sujeito em sofrimento mental perde sua condição de ser social e a loucura ganha o status de doença, nascendo então uma nova especialidade médica: a Psiquiatria (Foucault, 2013).

Em momento posterior, em reação a essa forma de tratamento às pessoas com transtorno mental grave nos hospitais gerais, a sociedade começou a exigir mudanças nas práticas de tratamento psiquiátrico, dando início, então, em vários países, aos movimentos sociais e políticos, o que culminou, então, na Reforma Psiquiátrica. A nova proposta postulava a transferência dos cuidados psiquiátricos do nível hospitalar para os serviços fundamentados na comunidade (Vidal, Bandeira & Gontijo, 2008).

Durante o percurso da Reforma Psiquiátrica, várias propostas e modelos de atendimentos foram criadas na tentativa de humanizar o cuidado daqueles que se encontravam em sofrimento mental, porém foi por meio da desinstitucionalização que a família, em sentido restrito, adquiriu o papel central no apoio e no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico e no seu processo de reabilitação e inserção social. No Brasil, a desinstitucionalização se efetiva com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dispositivo estratégico no contexto da mudança do modelo assistencial em saúde mental (Batista, 2016).

Partindo desses pressupostos, enfatiza-se a importância de se tomar o cuidador familiar como objeto deste estudo, com reforço no interesse teórico sobre o tema que emergiu da atribuição do papel relevante que a família no processo de reabilitação e inclusão social do indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico. Sendo assim, o texto que segue busca contextualizar essa temática em dois momentos: o primeiro trata da trajetória percorrida pelas mudanças de papéis da família em consequência do sofrimento mental de um membro; o segundo busca delimitar o papel do cuidador familiar frente às ações pautadas por políticas públicas em saúde mental desenvolvidas em seu favor.

A partir do que foi apresentado, este estudo tem como objetivo discutir os marcos políticos, teóricos e sociais que contribuíram para os avanços ocorridos no campo da saúde mental no percurso da Reforma Psiquiátrica, no que concerne ao papel da família no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico.

## O método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de revisão bibliográfica do tipo exploratória, conforme Gil (2008). Ao empreendê-la, foi realizada uma revisão abrangente, não-sistemática, da literatura sobre o impacto do cuidado da pessoa em sofrimento mental na família, após o processo de desinstitucionalização no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Como descritores para a pesquisa, a busca se deu a partir das seguintes combinações: saúde mental e cuidado, família e saúde mental, cuidador familiar e saúde mental, desinstitucionalização e cuidado.

Como fonte de dados, utilizaram-se artigos indexados em bibliotecas online, oriundos de pesquisas nacionais, publicados no período de 2004 a 2017, que contemplavam os objetivos do estudo. A revisão foi ampliada através de busca em outras fontes, tais como: dissertação de mestrado, documentos governamentais e livros, os quais deram sustentação teórica à discussão da temática, com a pretensão de torná-la mais clara quanto à compreensão e mais coesa quanto aos objetivos.

Os procedimentos de coleta e análise do material utilizado seguiram as etapas propostas por Hohendorff (2014). Dessa maneira, a seleção dos artigos oriundos das bibliotecas virtuais se deu a partir da leitura atenta dos títulos e resumos de cada artigo, em seguida, foi realizada uma leitura detalhada e na íntegra dos textos selecionados. Quanto às fontes de apoio (livros, documentos governamentais e dissertações), fez-se a seleção de acordo com sua relevância sobre a temática apresentada.

### 1. Elementos para Contextualizar o Papel da Família Cuidadora

Historicamente, a família se constituiu como objeto de estudo e intervenção desde a consolidação das instituições psiquiátricas, no século XVIII. Contudo, foi durante as mudanças ocorridas ao longo percurso da Reforma Psiquiátrica que houve grandes transformações no agir da família de pacientes em sofrimento psíquico (Campos & Soares, 2005). Isso se deveu ao fato de que, no início da Reforma Psiquiátrica, movimento pautado na reinserção social, os “loucos” voltaram a circular na sociedade e no âmbito familiar. Esse deslocamento forçou a

retomada da família na responsabilização pelos seus familiares com transtornos mentais (Severo, Dimenstein, Cabral & Alverga, 2007).

Desde então, as relações entre a família e o membro em sofrimento psíquico foram se modificando a partir das produções científicas e culturais em torno da loucura. Se nos dias atuais a família é vista como importante aliada no cuidado do familiar em sofrimento psíquico; antes, esse mesmo paciente era visto como ameaçador para essa família (Batista, 2015, Severo et al., 2007). Este último argumento, visto numa perspectiva de “proteção” da família, constituía-se como uma das justificativas para a manutenção do sistema asilar de tratamento da loucura.

Melman (2001) afirma que, historicamente, o aprisionamento do louco em hospitais psiquiátricos foi justificado por teorias médicas que justificavam a necessidade do seu isolamento da família, ora explicando que a família precisava ser protegida da loucura, ora porque a família foi tomada como propiciadora de doença mental. Corroborando o que foi postulado, Foucault (2013) acrescenta que desde os primeiros anos do alienismo, o hospital psiquiátrico era visto como melhor remédio terapêutico para a alienação mental. Acrescente-se que a garantia da segurança pessoal do louco e da sua família está entre as cinco funções do hospício listadas por Esquirol (Amarante, 2007).

Posteriormente, em outras circunstâncias, a família deixa de ser protegida do comportamento “inadequado” do insano e passa ser culpabilizada pelo seu sofrimento mental (Batista, 2015, Rosa, 2011, Santin & Klafke, 2011). Ou seja, ora a família era protegida da loucura, ora era vista como o verdadeiro lugar da sua proliferação.

Na saúde mental, esse modelo ganha sustentação nas teorias psicológicas que responsabilizam a família pelo transtorno mental, ou mesmo isolam a loucura do convívio familiar para a proteção da sociedade e dos outros membros da família, (Severo et al., 2007). Embora grandes avanços tenham ocorrido nos campos teóricos e práticos na trajetória da saúde mental, tal compreensão na atualidade é mantida por muitos estudiosos, que ainda têm como foco dos seus estudos a relação causal entre família e sofrimento psíquico. Para Romagnoli (2004), a perspectiva que responsabiliza a família por comportamentos patológicos repercute de forma

negativa nesses espaços, gerando sentimentos de incapacidade entre seus membros

Entretanto, em contraste com os paradigmas anteriores, a família não é hoje nem percebida como causa e nem responsável pelo sofrimento psíquico do seu familiar, mas sim como protagonista no papel de enfrentamento de situações altamente adversas (Campos & Soares, 2005), resultantes da doença mental. Essa concepção tem ganhado força nos últimos anos uma vez que a literatura tem apresentado um crescente e sólido movimento opositor ao modelo da família patogênica, e difusor do modelo de enfrentamento e competência familiar (Campos & Soares, 2005).

Dessa maneira, os familiares, no seu cotidiano, passaram a atender às necessidades básicas dos pacientes, coordenar suas atividades diárias, administrar sua medicação, acompanhá-los aos serviços de saúde (Barroso, Bandeira & Nascimento, 2009). Assim, a família que antes era afastada de seu ente em sofrimento mental, por se considerar que poderia ser ela a fonte ocasional da perturbação mental, passa agora, com a proposta da desinstitucionalização, a assumir o papel de protagonista no cuidado (Bessa & Waidman, 2013).

Em suma, observa-se que muitos têm sido os esforços empreendidos pela sociedade para reparar os danos causados pelos muitos anos em que prevaleceram o preconceito e a exclusão daqueles que foram considerados “loucos” na cultura ocidental; e que o apoio da família no tratamento do familiar em sofrimento é fundamental no processo de reinserção social, contudo, pouco ainda tem sido feito em termos de políticas de orientação e apoio a essa instituição. O que parece é que a família está pouco preparada para lidar como sofrimento mental em seu meio.

### **1.1. Ações de Políticas Públicas voltadas ao Cuidador Familiar**

A trajetória histórica da Reforma Psiquiátrica é marcada por lutas sociais que envolveram mobilizações e rupturas pela busca e pelo resgate da cidadania do sujeito com sofrimento psíquico (Feitosa, Silva, Silveira & Santos Junior, 2012). À medida que as instituições asilares passaram a ser questionadas, iniciou-se um processo de reflexão e transformação em diferentes níveis: assistenciais, culturais, políticos,

econômicos e conceituais como movimento, cujo objetivo era desmistificar o estigma do transtorno mental e, principalmente, garantir o direito da cidadania a essas pessoas, para que pudessem viver melhor no seu ambiente (Santos, 2009).

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica está relacionada às condições econômicas, históricas, políticas e culturais que caracterizam as diferentes regiões e países. Como um movimento social, ela se articula a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural, que visam a transformar a relação entre a sociedade e a loucura (Maciel, Barros, Silva, & Camino, 2009). Em muitos países do ocidente, as mudanças no modelo de assistência à saúde mental se intensificaram a partir da Segunda Guerra Mundial, devido às denúncias de membros da sociedade aos modelos de exclusão dessa população (Brasil, 2005).

Seguindo essa mesma premissa, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se iniciou na década de 1970, foi além das reivindicações de mudanças relacionadas ao atendimento aos usuários dos serviços de saúde mental, mas também contribuiu com a luta em favor da transformação das condições de vida dessa população (Yasui, 2010) e de uma nova concepção das representações sociais da doença mental por toda a sociedade. Em resposta a esse movimento, um dos princípios fundamentais adotados foi a participação da sociedade na discussão da Reforma Psiquiátrica com o objetivo de provocar o imaginário social a refletir sobre as práticas de cuidados em saúde mental (Amarante, 2007).

Assim, os debates em torno da saúde mental não se restringiram mais a simples substituição de modelos de tratamentos dentro do hospital, mas envolveram também e, sobretudo, as questões socioculturais e paradigmáticas. Vários foram os movimentos sociais, organizados pelos grupos que reivindicavam mudanças em várias esferas da sociedade, mediante a piora das condições de vida. Incluíam-se entre esses, o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MSTM), que lutava contra a política psiquiátrica hospitalocêntrica (Gonçalves, 2008). Criado em 1978, o MSTM, se tornou um movimento nacional no mesmo ano e, em 1979, organizou o I Congresso Nacional de Saúde mental (Amarante, 2007).

A partir dos anos 1980, intensificam-se os movimentos de luta e combate à exclusão social

existente na sociedade. Mudanças significativas aconteceram em todos os seguimentos da nação. Durante o processo de redemocratização do país no pós-golpe militar que culmina com as eleições diretas para Presidência da República 1989, desenvolveram-se algumas tentativas de transformação das instituições públicas de saúde (Gonçalves, 2008).

Após a 8<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde, acontecida em 1986, foi criado, em 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado da Saúde (SUDS), apontando para o acesso universal dos serviços e integralidade nos cuidados assistências em saúde. Em 1988, é criado o Sistema único de Saúde (SUS). Pautado na descentralização administrativo-política, o SUS enfatiza a transferência de serviços, responsabilidades e recursos da esfera federal para a estadual e a municipal (Stockinger, 2007).

Na década seguinte, outras mudanças ocorreram no modelo assistencial, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, respectivamente (Viana & Dal Poz, 2005). Esses programas provocaram alterações, tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços. O PSF, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), é considerado uma das formas de atenção primária em saúde que têm como foco a família e reverter o modelo assistencial biomédico centrado na doença e no tratamento (Amarante, 2007).

No campo da Saúde Mental, em 1992, aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental e a implementação de uma política de desinstitucionalização da assistência psiquiátrica (Gonçalves, 2008). No sentido de transformar a relação da sociedade com a loucura, a década de 1990 foi marcada pela reestruturação da assistência em saúde mental, com o incremento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e, concomitantemente, a redução desses leitos nos asilos. Duas portarias ministeriais foram criadas: a Portaria n<sup>o</sup> 189/1991, que ampliou o financiamento governamental para novos serviços em saúde mental, comunitários e substitutivos; e a Portaria n<sup>o</sup> 224/92, que instituiu a desospitalização (Rosa, 2011).

Desse modo, inicia-se a implementação dos primeiros serviços substitutivos aos manicômios. Dá-se a ampliação da sustentação política dos projetos de humanização, reintegração dos usuários, aprimoramento das estratégias e do tratamento clínico, pautados em intervenções que visam o cotidiano da pessoa em sofrimento, tendo como foco principal o ambiente familiar (Batista, 2016, Severo et al., 2007).

Embora as últimas décadas do século XX tenham marcado a ruptura nas concepções teóricas do tratamento psiquiátrico, na prática, de um modo geral, elas não tiveram impacto significativo sobre a qualidade da assistência à pessoa em sofrimento mental e pouco contribuíram para a mudança da hegemonia hospitalar e das representações acerca da doença mental (Maciel et al., 2009). Foi a partir da primeira década do século XXI que as políticas públicas de saúde se voltaram efetivamente como práxis no campo da saúde mental.

Em retrospecto, no campo legislativo, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, em 2001, o Projeto de Lei n<sup>o</sup> 3.657/89, que se transformou na Lei n<sup>o</sup> 10.216, de 06 de abril de 2001, de autoria do deputado Paulo Delgado (MG), a qual dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e substituição por novas modalidades de atendimento, como Hospitais-dia e Lares protegidos, constituindo-se um marco para o início das mudanças no atendimento em instituições de saúde, principalmente na valorização das ações extramuros e do contexto psicossocial (Bessa & Waidman, 2013), sobretudo na criação do CAPS.

Como visto até aqui, muitas ações de políticas públicas que visavam mudanças nas formas de atendimento psiquiátrico no país foram criadas e implantadas com o objetivo de substituir a segregação por reintegração ou reinserção social da pessoa em sofrimento mental por meio de novos programas e serviços, dentre os quais se destaca o CAPS como instituição de referência da Reforma Psiquiátrica no Brasil (Batista, 2016).

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo, com o nome de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (Yasui, 2010). Vale lembrar que a criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso

movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais (Brasil, 2004).

Entretanto, a criação oficial do CAPS só aconteceu em 1992, através da Portaria GM 224/92, e a sua regulamentação pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, integrando-se à rede do Sistema Único de Saúde, o SUS. Essa portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que se encontram em sofrimento psíquico, num dado território, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (Brasil, 2002). Com esse objetivo os CAPS constituem uma política de reorientação da atenção à saúde mental em nível nacional, estando diretamente interligada aos governos municipais e estaduais (Santin & Klafke, 2011).

Ao assumir um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, os CAPS também se tornaram responsáveis pelo direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental:

Desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar (Brasil, 2004, p. 12).

Seguindo essas premissas, os CAPS dispõem de um serviço multidisciplinar, no qual profissionais e categorias devem desenvolver ao máximo suas habilidades ao atuar no território, com a incumbência de substituição da segregação pela reintegração ou reinserção social, através de novos programas e serviços. Nesse modelo de atendimento, profissionais e usuários podem trabalhar em conjunto em prol da promoção em saúde mental (Amarante, 2007, Batista, 2016, Batista & Ferreira, 2015).

Outra estratégia de política pública que contribuiu para o avanço das ações voltadas à saúde mental foi o programa “De volta para casa”. Criado pela Lei Federal 10.708 de 2003, o

referido programa preconiza o fechamento de leitos psiquiátricos e o enfoque no tratamento extra-hospitalar, com a inclusão do sujeito em tratamento psiquiátrico na família e na sociedade (Maciel et al., 2009). Contando com suporte de incentivo financeiro à pessoa com transtorno mental em processo de ressocialização, por meio de uma bolsa mensal de até dois anos, podendo ser renovado, o “Programa de Volta pra Casa” tinha por objetivo agenciar metas de proteção social, oferecendo, ao beneficiário, garantias de inserção na rede de cuidados local e nas ações de integração social por parte da família e da equipe (Batista, 2016).

Dessa maneira, o século XXI inicia-se com uma nova política em saúde mental, pautada no atendimento psicossocial da pessoa em sofrimento mental. Nesse modelo, o usuário recebe o acompanhamento médico, psicológico, entre outros que necessita em regime ambulatorial, porém, permanece com suas famílias. Assim, Reforma Psiquiátrica Brasileira se efetiva por meio da implantação dos serviços substitutivos, que priorizam as intervenções e que promove a reinserção do sujeito na sociedade, tendo como foco principal o seu ambiente familiar (Brasil, 2003, Severo et al., 2007).

Nesse sentido, o modelo em referência deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. Assim, família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade, revertendo o modelo manicomial (Santin & Klafke, 2011).

Nessa conjuntura, a rede de atenção básica se torna a principal aliada dos CAPS no atendimento psicossocial dos usuários. Durante a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010 pelo Conselho Nacional de Saúde, foram deliberadas propostas, objetivando a efetivação da inclusão da saúde mental na atenção básica, a inter setorialidade, e a revisão de normativas (Brasil, 2010).

Na efetivação da saúde mental na atenção básica, destacam-se:

- a) Criar programas de incentivo a projetos e iniciativas que privilegiem o trabalho com a família, no sentido de estimular o trabalho focado no fortalecimento do

vínculo doméstico que permeia a relação entre a pessoa com sofrimento psíquico e os outros membros da família.

b) Implementar ações de cuidado em saúde mental na atenção básica, junto ao CAPS e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com foco na promoção da saúde mental e prevenção, que contemplem as Práticas Integrativas e Complementares; Incentivar a implantação e/ou implementação de grupos terapêuticos na atenção básica para os usuários e seus familiares, nos municípios que não disponham de equipamentos para esse fim (Brasil, 2010).

Essas propostas vão ao encontro das necessidades de ações voltadas para a produção de cuidado não só da pessoa que se encontra em sofrimento mental, mas também do seu cuidador. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de criação de políticas intersetoriais e de potencialização de ações que garantam a efetivação da utilização da rede de apoio de saúde, de assistência social, e de proteção, entre outras existentes nos municípios, de modo que não só o usuário, mas também a sua família recebam o apoio necessário, de forma integral, favorecendo a não utilização de medicação desnecessária (Brasil, 2010).

No entanto, é preciso considerar que, apesar de os serviços propostos pelas políticas públicas de saúde mental terem proporcionado avanços, no sentido de expansão da rede de cuidado, quando se analisa a trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira em sua globalidade, ainda são encontradas lacunas que colocam em questionamento a soberania do processo de desinstitucionalização como real desconstrução de saberes e práticas excludentes.

## **1.2. O Processo de Desinstitucionalização e o Seu Impacto na Família**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um processo em construção há vários anos e tem em seu cerne a desinstitucionalização. O processo de desinstitucionalização, perspectiva que fundamenta o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira, é entendido como a desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas estigmatizantes que durante muito tempo

destituíram os direitos da pessoa com transtorno mental (Amarante, 1996, Amorim & Dimenstein, 2009). No entanto, ainda existe uma série de fatores que impedem a concretização do projeto de desinstitucionalização.

Entre os principais fatores destaca-se a ineficiência na assistência à família pelas políticas públicas em saúde de saúde mental. Ou seja, embora no contexto da Reforma Psiquiátrica proponha-se um novo olhar direcionado ao papel da família, vista como um grupo que precisa de assistência e cuidados (Rosa, 2011), ainda falta clareza em relação efetivação de serviços de orientação e cuidado para com essa instituição.

Vale lembrar que os serviços substitutivos criados no transcorrer da Reforma Psiquiátrica Brasileira são dispositivos que privilegiam a cidadania e a reabilitação psicossocial da pessoa em tratamento mental. Entretanto, para que esses dispositivos se tornem viáveis na realidade concreta dos sujeitos, a participação da família é primordial nesse processo. Nesse sentido, faz-se necessário, portanto, conhecer as mudanças ocorridas na dinâmica da família e as práticas de cuidados desenvolvidas no cotidiano, para que essa demanda encontre resolutividade na própria unidade (Severo et al., 2007).

Quando um membro com transtorno mental permanece em casa, a vida dos familiares sofre alterações, seja na rotina cotidiana, na organização social e de trabalho e até mesmo nas relações familiares entre os membros (Cardoso, Galera & Vieira, 2012). Isso porque eles passam fazer parte da rotina da família atividades como: administração de medicamentos, acompanhamento de serviços de saúde do paciente, garantia das suas necessidades básicas, peleja com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, causando um impacto social e profissional ao familiar cuidador (Barroso et al., 2009).

Dessa forma, a família passa, então, a conviver mais de perto com o paciente em sofrimento, situação que tende a gerar mais dificuldades no relacionamento, sofrimentos e, por vezes, reinternações do doente (Sant'Ana, Pereira, Borenstein & Silva, 2011). Essa alteração na convivência familiar tem gerado uma atmosfera de tensão e de reprodução no grupo familiar, em que circulam não só conflitos cristalizados, mas também fortes sensações de impotência e incapacidade, tornando, na maioria das vezes,

inviável a construção de alternativas no cotidiano da família (Severo et al., 2007).

Em razão do processo de desinstitucionalização, a família e, em especial, o familiar cuidador são submetidos a constantes eventos estressores no curso dessas doenças, que podem afetar, além das relações familiares, a saúde do próprio cuidador, sempre trazendo algum grau de sobrecarga e provocando a constante necessidade de adaptações (Cardoso et al., 2012). Para Oliveira, Alencar, Oliveira, Santos, Almeida Neto, Alencar & Oliveira Costa (2015), a sobrecarga emocional é justificada pelo acúmulo de preocupação, o desconhecimento e a falta de controle sobre o que está por vir. A dedicação quase “exclusiva” faz com que o cuidador deixe de ter existência própria, abdicando da vida pessoal e social em prol do cuidado.

Muitas vezes a sobrecarga emocional sofrida pelo cuidador é potencializada também pela falta de esclarecimentos e informações por parte do sistema de saúde que não fornece respostas definitivas sobre a causa e o prognóstico da doença (Campos & Soares, 2005). Experiências anteriores demonstram que essas intervenções em saúde na família são marcadas por dispositivos (Foucault, 2012) de normalização que tomam uma forma idealizada de família como modelo a ser alcançado; pensamento ainda muito presente nos serviços de saúde mental. Ou seja, a família consanguínea é supervalorizada, e as pessoas esperam encontrar em seu seio tudo aquilo de que necessitam: todo apoio, afeto inesgotável, a resposta para todos os males (Melman, 2001), concepção que acaba por atribuir à família toda responsabilidade de cuidar de um membro em tratamento mental, provocando um estado de sofrimento nos demais familiares.

Para Ibiapina, Fernandes e Marreiros (2017), a falta de uma devida instrumentalização familiar para lidar com situações críticas, potencializada por um domicílio desprovido de recursos materiais, aumenta o grau de dificuldade para a reabilitação do familiar em sofrimento mental. Nesse sentido, faz-se necessária a ampliação de estratégias que visem fortalecer o protagonismo das famílias, tendo em vista a necessidade de lutar contra o estigma e de favorecer a inclusão social do familiar em sofrimento psíquico (Brasil, 2010).

Portanto, é preciso repensar a forma como estão sendo efetivadas as políticas públicas voltadas ao

apoio à família em saúde mental. O cuidado junto a essas famílias, mais especificamente junto ao cuidador principal da pessoa em sofrimento mental, deve, além de instrumentalizá-los nas dificuldades cotidianas, também fornecer aos próprios cuidadores acolhimento e cuidado com relação a sua própria saúde. Não seria importuno afirmar que muitos cuidadores se tornam usuários diretos de serviços de saúde mental diante da sobrecarga emocional vivenciada (Campos & Soares, 2005).

Nesse sentido, encontra-se apoio na afirmativa de Amorim e Dimenstein (2009), de que a desinstitucionalização, como processo efetivo de desconstrução de saberes e práticas manicomial, ainda se coloca como um projeto cujas bases precisam ser desenvolvidas, pois o cuidado necessita sair da esfera institucional para abranger a realidade concreta dos familiares, uma vez que, apesar de sua importância no acompanhamento, tratamento e reabilitação social do familiar em sofrimento, a família, via de regra, não tem recebido a devida atenção das políticas públicas de saúde mental.

## Considerações Finais

Este artigo teve como finalidade discorrer sobre os marcos políticos e teóricos que culminaram nas mudanças ocorridas na trajetória da Reforma Psiquiátrica, sobretudo aquelas que dizem respeito às práticas de cuidado familiar da pessoa em sofrimento mental. Observou-se que família tem vivenciado, ao longo do tempo grandes transformações no seu papel de cuidadora.

A partir desse estudo, observou-se, ainda, que a Reforma Psiquiátrica proporcionou mudanças de paradigmas na assistência em saúde mental, rompendo com o modelo hospitalocêntrico vigente da época e propondo novas formas de atendimento à pessoa em sofrimento mental. As políticas públicas em saúde mental, através da criação dos novos dispositivos, possibilitaram a criação de novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em sofrimento psíquico, impulsionando a busca de formas mais adequadas de cuidado no âmbito familiar, social e cultural.

Diante das discussões apresentadas, verificou-se que as transformações acontecidas no decorrer da Reforma Psiquiátrica sempre teve

como aliado o movimento de revolução e de transformação existentes na organização familiar e sua relação com o sujeito em sofrimento psíquico. Nessa trajetória, a família foi colocada no cerne das discussões das mudanças ocorridas no campo da saúde mental.

Se em num momento a família foi culpabilizada pelo adoecimento mental de um membro, com a Reforma Psiquiátrica ela se tornou protagonista na sua reabilitação social, auxiliando seu ente em sofrimento no tratamento e assumindo de vez o cuidado; no entanto, observam-se lacunas na assistência da rede de apoio à família, no tocante ao seu papel de cuidadora.

O que parece é que as políticas de transformação de conceitos e modelos de cuidado no atendimento psiquiátrico que possibilitaram o retorno da pessoa com transtorno mental à sociedade e ao meio familiar não garantiram à família o suporte necessário como orientação e capacitação para lidar com essa nova função. Desse modo, a chegada do familiar em sofrimento e a sua necessidade de cuidado em tempo integral ou mesmo parcial causou grande impacto no grupo familiar, alterando sua rotina cotidiana e provocando desestabilidade na relação interpessoal entre seus membros.

Diante da falta de estratégias e despreparo para desempenhar esse novo papel, a família, quase sempre, tem delegado a responsabilidade do

cuidado do familiar em sofrimento a um único membro, o cuidador familiar principal. A mudança de rotina da vida cotidiana e a abdicação da vida profissional e social em prol do cuidado geraram sobrecarga psicológica e financeira, provocando um desgaste psicoemocional na vida do cuidador familiar.

Dessa forma, faz-se necessária a construção efetiva de redes de cuidado entre os serviços e entre diferentes equipamentos sociais, envolvendo a rede de saúde mental com suas diferentes estratégias de cuidado que visem, em primeiro lugar, a desconstrução social da naturalização da família como única responsável pelo cuidado da pessoa em atendimento psiquiátrico, para redimensionar o olhar às práticas de cuidados em curso, a fim de que os novos serviços correspondam às propostas do atendimento ao cuidador familiar.

A partir das observações feitas neste estudo, sugere-se haver necessidade de novas pesquisas, com vista ao fortalecimento da relação família e rede de saúde mental, principalmente no que diz respeito à busca de novas práticas e discursos mais inclusivos e menos segregacionistas frente à pessoa cuidadora de um familiar em sofrimento psíquico.

## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amorim, A. K. D. M. A., & Dimenstein, M. (2009). Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*, 14(1), 195-204.
- Barroso, S. M., Bandeira, M. N., & Nascimento, E. (2009). Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 25(9), 1957-68.
- Batista, E. C. (2015). *A saúde mental do cônjuge cuidador familiar da parceira em sofrimento psíquico grave*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), Rondônia
- Batista, E. C. (2016). A saúde mental no Brasil e o atual cenário dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). *Revista Eletrônica Interdisciplinar*, 2(16), 29-35.
- Batista, E. C., & Ferreira, D. F. (2015). A música como instrumento de reinserção social na saúde mental: um relato de experiência. *Revista Psicologia em Foco*, 7(9), 67-79.
- Bessa, J. B., & Waidman, M. A. P. (2013). Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica.

- Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Sistema Único de Saúde*. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003). Departamento de ações programáticas estratégicas. Departamento de atenção básica, Coordenação geral de saúde mental, Coordenação de gestão da atenção básica. *Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília (DF).
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005). 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. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004). 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.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002*. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF.
- Campos, P. H. F., & Soares, C. B. (2005). Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, 11(18), p. 219-237.
- Cardoso, L.; Galera, S. A. F., & Vieira, M. V. (2012). O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. *Acta paul. enferm.*, 25(4), 517-523.
- Feitosa, K. M. A., Silva, T., Silveira, M. D. F. D. A., & Santos Junior, H. P. D. O. (2012). (Re) construção das práticas em saúde mental: compreensão dos profissionais sobre o processo de desinstitucionalização. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 40-54.
- Foucault, M. (2012). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2013). *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, L. (2008). *Integralidade e saúde mental*. Sorocaba, SP: Minelli.
- Hohendorff, J. V. (2014). Como escrever um artigo de revisão de literatura. In S. H. Koller, M. C. P. P. Couto, & J. V. Hohendorff. (Orgs.) Manual de produção científica. Porto Alegre, Penso.
- Ibiapina, A. R., Fernandes, M. A., & Marreiros, G. A. (2017). As multifaces da desinstitucionalização psiquiátrica: percepção dos familiares. *Revista Interdisciplinar*, 9(4), 105-113.
- Maciel, S. C., Barros, D. R., Silva, A. O., & Camino, L. (2009). Reforma psiquiátrica e inclusão social: um estudo com familiares de doentes mentais. *Psicologia: ciência e profissão*, 29(3), 436-447.
- Melman, J. (2001). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares*. São Paulo: Escrituras.

- Oliveira Cabral, S. A. A., Alencar Nóbrega, J. Y., Oliveira, S. A., Santos, D. P., Almeida Neto, I. P., Alencar, M. C. B., ... & Oliveira Costa, R. (2015). A política antimanicomial e a reforma psiquiátrica no contexto da saúde pública: uma revisão de literatura. *Informativo Técnico do Semiárido*, 9(1), 85-90.
- Romagnoli, R. C. (2004). Trabalhando com famílias na rede de Saúde Mental: dificuldades e desafios. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 12(180) p. 71-80.
- Rosa, L. C. S. (2011). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- Sant'Ana, M. M., Pereira, V. P., Borenstein, M. S., & Silva, A. L. D. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Texto & contexto enferm.*, 20(1), 50-58.
- Santin, G., & Klafke, T. E. (2011). A família e o cuidado em saúde mental. *Barbarói*, (34), 146.
- Santos, A. C. C. F. (2009). Referencial de cuidar em enfermagem psiquiátrica: um processo de reflexão de um grupo de enfermeiras. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 51-55.
- Severo, A. K. S., Dimenstein, M., Brito, M., Cabral, C., & Alverga, A. R. (2007). A experiência de familiares no cuidado em saúde mental. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59(2).
- Stockinger, R. C. (2007). *Reforma psiquiátrica Brasileira: perspectivas humanistas e existenciais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Viana, A. L., & Dal Poz, M. R. (2005). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, 15, 225-64.
- Vidal, C. E. L., Bandeira, M., & Gontijo, E. D. (2008). Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos. *J braspsiquiatr*, 57(1), 70-9.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Submetido em: 01/11/2016

Aceito em: 04/03/2017