

A SAÚDE MENTAL E O CUIDADO NO CONTEXTO FAMILIAR: UMA ANÁLISE CRÍTICA

Eraldo Carlos Batista¹

RESUMO

Este artigo teve por objetivo fazer uma análise crítica das políticas públicas voltadas ao cuidador familiar da pessoa em sofrimento mental. Como abordagem metodológica utilizou-se da pesquisa bibliográfica de natureza exploratória a partir da leitura de artigos científicos, livros e documentos governamentais, como leis, portarias, decretos e normativas. A literatura investigada mostrou que a reforma psiquiátrica ampliou a participação da família no cuidado de um membro em tratamento psiquiátrico, mas também proporcionou maior sobrecarga física e psicológica ao cuidador familiar. A presença de uma pessoa com transtorno mental grave altera a dinâmica da família, seus hábitos e rotinas, contudo, a função de cuidador principal é sempre desempenhada por um único membro. Conclui-se que os avanços ocorridos nas políticas públicas por meio da criação de programas voltados à família, ainda não efetivou de maneira real no apoio e acompanhamento do cuidador principal da pessoa em sofrimento mental.

PALAVRAS – CHAVE: Família; Cuidador familiar; Sofrimento mental; Saúde mental.

MENTAL HEALTH AND CARE IN THE FAMILY CONTEXT: A CRITICAL ANALYSIS

ABSTRACT

This article aimed to make a critical analysis of public policies aimed at the family caregiver of the person in mental distress. As a methodological approach, bibliographic research of an exploratory nature was used based on the reading of scientific articles, books and government documents, such as laws, ordinances, decrees and regulations. The investigated literature showed that the psychiatric reform expanded the family's participation in the care of a member undergoing psychiatric treatment, but also provided greater physical and psychological burden to the family caregiver. The presence of a person with severe mental disorder changes the dynamics of the family, its habits and routines, however, the role of primary caregiver is always performed by a single member. It is concluded that the advances that have occurred in public policies through the creation of programs aimed at the family, have not yet effected in a real way in the support and monitoring of the main caregiver of the person in mental suffering.

KEYWORDS: Family; Family caregiver; Mental suffering; Mental health.

¹ Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Docente de Psicologia e Filosofia na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT).

INTRODUÇÃO

A relação da família com o membro em sofrimento mental é marcada por sentimentos distintos ao longo do tempo. Num primeiro momento, a loucura era percebida como algo natural entre as pessoas, em alguma região o louco tinha até certo valor social, uma dádiva divina. Acreditava-se que o estado alterado possibilitava a comunicação entre o sujeito em sofrimento e a divindade. Na idade medieval, período dominado pelos ensinamentos religiosos, a doença mental se tornou sinônimo de possessão demoníaca ou vista como bruxaria. Nesse período era comum a família levar o membro com algum tipo de transtorno mental grave a um líder religioso para exorcizá-lo.

Após a idade média, início idade moderna, o louco, assim como outras minorias consideradas desviantes, levava uma vida errante, andando de cidade em cidade, sem nenhum contato com seus familiares. Com o intuito de “higienizar socialmente” as cidades, os governantes enviavam seus “loucos” para outras cidades, ao mesmo tempo em que recebiam aqueles enviados por outra cidade. Essa prática ganhou notoriedade com Nau dos Loucos, um tipo de embarcação específica usada na época para o transporte dessa população (FOUCAULT, 2013). Outra forma encontrada posteriormente de “livrar” dos loucos foi a internação compulsória nos manicômios. Destinados a toda sorte de indesejáveis, os “loucos” passavam a dividir espaços com inválidos, portadores de doenças venéreas, mendigos e libertinos. Para dar legalidade a esse movimento, criou-se o discurso da periculosidade do “louco”. Dessa maneira, a família sentindo-se ameaçada pelas possíveis agressões do sujeito em desordem mental apressava em enviá-lo ao manicômio e grandes asilos. Muitos, devido à gravidade da sua insanidade eram acorrentados e as vezes morriam antes de ser libertos. No final do século XIX a loucura ganha status de doença mental, e como doença precisava ser tratada. Várias foram as experiências e tratamentos desumanos foram desenvolvidos e difundidos naquela época.

Em oposição a essa forma de tratamento na metade do século XX inicia-se um movimento em várias partes do mundo, a reforma Psiquiátrica. Com a reforma novos serviços de atenção à saúde mental foram pautados na atenção à cidadania dos usuários, na valorização da inserção dos familiares no tratamento e no processo de desmistificação da

loucura junto à comunidade. Dentre os avanços pautados pela reforma Psiquiátrica está a participação da família no processo de tratamento e reintegração social do seu familiar em sofrimento mental. Observa-se que 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. (BATISTA; FERREIRA; BATISTA, 2017).

Dessa maneira, 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. Em reação a isso, muitos países implantaram o sistema de atendimento psiquiátrico comunitário, o que ampliou a participação dos familiares no tratamento dos pacientes em sofrimento.

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 tem a família no processo de reabilitação e inclusão social do indivíduo que se encontra em sofrimento mental. Sendo assim, este estudo tem como objetivo fazer uma análise crítica das políticas públicas voltadas especificamente para o cuidador familiar no âmbito da saúde mental sob a ótica da Reforma Psiquiátrica.

MÉTODO

Como abordagem metodológica utilizou de uma pesquisa qualitativa e bibliográfica do tipo exploratória que, segundo Gil (2008), constitui-se da releitura de um determinado tema a partir de livros e artigos científicos. Foram utilizados textos publicados por vários profissionais especialistas em saúde mental e família. Foi realizado um levantamento bibliográfico em artigos de revistas científicas, livros, bem como da legislação norteadora da atual política de saúde mental.

A FAMÍLIA CUIDADORA

No âmbito da saúde mental, a família, sobretudo no que se refere ao seu papel de cuidadora tem se constituído como objeto de pesquisa de muitos estudiosos CAMPOS; SOARES, 2005; SEVERO et al., 2007; MELMAN, 2001; ROSA, 2011). Isso se dá pelo fato de que, as mudanças ocorridas durante todo o longo percurso da reforma psiquiátrica provocaram também grandes transformações no agir da família de pacientes em sofrimento mental (BATISTA; FERREIRA; BATISTA, 2017).

No entendimento de Severo et al. (2007), o movimento da Reforma Psiquiátrica colocou o tema da família no centro das discussões, uma vez que as pessoas em sofrimento mental voltam a circular pela sociedade e pelo âmbito familiar. Sendo assim, espera-se da família, elo principal desses sujeitos, uma retomada na sua responsabilização pelos seus familiares com transtornos mentais. A família ocupa um lugar primordial, pois é nessa instituição que se encontra a primeira ajuda, tanto no processo de identificação como na busca por tratamento do seu ente em sofrimento mental. Como afirma Erving Goffman:

Em primeiro lugar, está a pessoa mais próxima – a que o paciente considera como aquela de que mais pode depender no momento de crise; neste caso, a última a duvidar da sua sanidade e a primeira a tudo fazer para salvá-la do destino que a ameaça. A pessoa mais próxima do paciente é usualmente seu parente mais próximo (GOFFMAN, 2013, p. 118).

No entanto, nem sempre foi assim. A literatura tem mostrado que as relações entre a família e o membro em sofrimento mental foram se modificando ao longo do tempo. Ou seja, se nos dias atuais a família é vista como importante aliada ao assistencialismo ao familiar usuário, este último antes era visto como ameaçador para essa família.

Nessa perspectiva, a “proteção” da família era uma das justificativas para a manutenção do sistema asilar de tratamento da loucura, como afirma Melman (2001), quando diz que, historicamente, o aprisionamento do louco em hospitais psiquiátricos foi justificado por teorias médicas que afirmavam 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. Em outras palavras, Gomes, Silva e Batista (2018) vão dizer que são vários os motivos que marcaram o isolamento da família na sua relação com o

membro em sofrimento mental. Um dos motivos é a localização geográfica dos hospitais psiquiátricos que eram construídos longe das metrópoles, o que dificultava o acesso dos familiares a essas instituições. Em outras circunstâncias, a família era culpabilizada pela doença de seu membro.

Ou seja, ora ela era protegida da loucura, ora era vista como o verdadeiro lugar da doença como afirma. 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). Infelizmente, tal compreensão foi e ainda é mantida por muitos estudiosos no campo da saúde mental, que ainda tem como foco a relação causal entre família e sofrimento psíquico.

Entretanto, em contraste com os paradigmas anteriores, as famílias de pessoas em sofrimento mental não são hoje percebidas como causas de seus sofrimentos, mas como fortes aliadas no enfrentamento de situações altamente adversas (CAMPOS; SOARES, 2005). Isso se deve ao fato de que hoje novos olhares e acolhimento, principalmente por meio da escuta, alcançaram esses sujeitos (MACHADO, 2001). Os conceitos fechados, pautados em explicações simplistas que reduz a pessoa à doença tem sido superado.

Ainda em oposição a essas teorias que responsabilizam a família pelo adoecimento do paciente, a literatura dos últimos anos apresenta um movimento que se afasta do modelo da família patogênica, para se aproximar do modelo de enfrentamento e competência familiar, (CAMPOS; SOARES, 2005). Esse movimento surge na era da desinstitucionalização e do tratamento comunitário, quando a família é vista como forte aliada na recuperação do paciente em sofrimento psíquico e na prevenção de sua cronificação (MELMAN, 2001). Antes de prosseguir, faz-se necessário fazer um esclarecimento entre desinstitucionalização e desospitalização. Paulo Amarante chama atenção para a confusão desses termos quanto a sala prática, para o referido autor:

Desinstitucionalizar não se restringe e nem menos se confunde com desospitalizar, na medida em que desospitalizar significa apenas identificar transformação com extinção de organizações hospitalares/manicomiais. Enquanto desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e

A desinstitucionalização, em seu sentido restrito como forma de atendimento, foi bem vista por diversos países, os quais ampliaram a participação dos familiares no tratamento dos pacientes psiquiátricos. 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).

Porém, cabe aqui ressaltar que, embora o apoio da família no tratamento do membro em sofrimento seja inegável, pouco ainda tem sido feito em termos de políticas de orientação a essas famílias. O que parece é que essas famílias estão pouco preparadas para cuidar do indivíduo que se encontra em sofrimento psíquico, distanciando-se daquilo que é proposto em saúde mental (BATISTA; FERREIRA; BATISTA, 2017). No entanto, muitos são os esforços empreendidos pela sociedade para reparar os danos causados pelos muitos anos que prevaleceu o preconceito e a exclusão daqueles que foram considerados “loucos” na cultura ocidental.

As políticas públicas e o cuidado em saúde mental

O cuidado com a pessoa em sofrimento mental sempre esteve no epicentro das lutas sociais mobilizadas pelo resgate da cidadania desse sujeito. A valorização do ser em condição de sofrimento como autor da sua história e ator protagonista da sua vida depende também da valorização daquele que cuida. Pois o cuidado é sempre uma relação de trocas entre o cuidador e ser o ser cuidado. Nesse sentido, Stockinger (2007) afirma que o cuidado deve ser pensado como condição uma satisfatória interlocução da relação do sujeito com seu entorno, de tal modo que possa levar em conta o sujeito como constituidor e constituído pelo meio, familiar, social e cultural, numa relação de constantes enlaces e negociações.

No entanto, essa mudança na relação de diálogo entre a pessoa em sofrimento mental, a família e a sociedade, não se deu de forma abrupta. Os avanços acontecidos até então, são resultados de muita luta e quebra de paradigmas. Como afirma Michel Foucault;

Foi necessária uma verdadeira evolução social para que o diálogo se tornasse um modo de relação inter-humana, só possível pela passagem de uma sociedade imóvel na sua hierarquia do momento (que apenas autoriza a palavra de ordem) a uma sociedade onde a igualdade das relações permite e garante a troca virtual, a fidelidade ao passado, o empenho no futuro e a reciprocidade de pontos de vista. É toda essa evolução social que reanima o doente incapaz de diálogo (FOUCAULT, 2008, p.31).

Nessa mesma direção, Rosa (201) acrescenta que a relação da família com o “louco” aparece não só como um problema social, vai penetrar nos meandros familiares e influenciar sua organização interna. A discussão dessa problemática ganha força no cenário mundial quando o modelo de assistência à saúde mental começa a ser questionado a partir de denúncias de membros da sociedade. Da mesma forma, no Brasil, foram o apoio dos principais movimentos sociais da segunda metade da década de 70 que impulsionaram as transformações nas condições de saúde da população, principalmente o movimento da Reforma Sanitária (YASUI, 2010).

Contudo, as principais mudanças no que tange à saúde mental, no Brasil se deram a partir dos anos 1980. Nesse período, as modificações que ocorreram foram no sentido combater a exclusão social existente na sociedade com relação às doenças psíquicas, quando foram criados serviços “alternativos” aos manicômios e realizadas reformas dos asilos e dos ambulatórios. A década de 1980 é marcada pelos novos rumos que a assistência em saúde mental tomou, deixando ser restrita ao campo exclusivo das transformações no campo técnico-assistencial para alcançar uma dimensão mais global, junto aos campos político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural (AMARANTE, 1998).

Já a década de 1990 foi destacada pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1991 e em 1994, respectivamente. Contudo, Foi a partir da primeira década do século XXI que as políticas públicas se voltaram efetivamente para o campo da saúde mental. Ao priorizarem a desespiralização e a desinstitucionalização da assistência, a família passa a ser considerada como importante aliada no cuidado do paciente em sofrimento psíquico (BATISTA; FERREIRA; BATISTA, 2017).

No campo legislativo, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, em 2001, o Projeto de Lei nº 3.657/89, que se transformou na Lei nº

10.216, de 06 de abril de 2001, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG). Essa lei dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e substituição por novas modalidades de atendimento, como hospitais-dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Lares protegidos.

Tendo em vista a organização e o funcionamento dos serviços de saúde propostos pelo SUS, os CAPS constituem uma política de reorientação da atenção à saúde mental em nível nacional, estando diretamente interligada aos governos municipais e estaduais (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).

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).

Os CAPS são atualmente regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integram a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS². Cabe aqui ressaltar que o SUS é um Sistema Único de Saúde público e universal com fortalecimento do controle social e com atenção integral de responsabilidade das três esferas de governo; reformas centradas nos usuários entendidos como sujeitos de direitos e de desejos, cidadãos singulares, que protagonizam seus modos de fazer andar a vida (BRASIL, 2010).

Os CAPS, assumindo um papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, farão o 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. Esses são os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, e esperamos que esta publicação sirva como contribuição

² O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2004).

para que esses serviços se tornem cada vez mais promotores de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico (BRASIL, 2004, p. 12).

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.

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 2003³, esse programa, contando com suporte de incentivo financeiro, pretende evitar a desigualdade social, e funciona como facilitador do retorno ao meio familiar e social de egressos de hospitais psiquiátricos. O benefício significa uma bolsa mensal, com duração de até dois anos, podendo ser renovado. Ressalta-se que a importância dessa lei é 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; FERREIRA; BATISTA, 2017).

Nessa modalidade de atendimento, os pacientes recebem o acompanhamento médico, psicológico, entre outros que necessitam, em regime ambulatorial, e permanecem com suas famílias, (BRASIL, 2003). A proposta se efetiva por meio da implantação dos serviços substitutivos, se pautam em intervenções que devem se inserir no ambiente dos sujeitos, tendo como foco principal o ambiente familiar, (SEVERO et al., 2007).

A reintegração social da pessoa em sofrimento mental começa em seu contexto familiar e comunitário. É na família e na comunidade que esse sujeito reconstrói os seus vínculos afetivos e sociais e produz novos modos de viver em sociedade. A liberdade como processo da desinstitucionalização da pessoa em sofrimento mental só é terapêutica se essa pessoa se sentir integrada ao meio. Nas palavras de Franco Rotelli

[...] a liberdade só é terapêutica se não significa deixar a pessoa a sós. A liberdade é um fato coletivo. É preciso que estejamos juntos para sermos livres. Ninguém pode ser livre sozinho, ninguém pode ser livre se não tem uma finalidade comum com os demais (ROTELLI, 2008, p. 41).

³ Lei que preconiza o fechamento de leitos psiquiátricos e o enfoque no tratamento extra-hospitalar, com a inclusão do doente na família.

Nesse sentido, é preciso mais que mandar a pessoa em sofrimento para casa, é preciso que a família, comunidade e as equipes de saúde (especializadas e saúde básica) criem estratégias de cuidado que promovam efetivamente a reintegração do sujeito em sofrimento. Alguns passos já foram dados, como por exemplo o debate ocorrido durante a *IV Conferência Nacional de Saúde Mental*, realizada em 2010 pelo Conselho Nacional de Saúde. Nesse encontro foram deliberadas propostas, objetivando a efetivação da inclusão da saúde mental na atenção básica, a intersetorialidade, 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 como também do cuidador familiar. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de criação de políticas intersetoriais e de potencialização de ações que garantam: Efetivar a utilização da rede de apoio de saúde, de assistência social, e de proteção, entre outras existentes nos municípios, de modo que o usuário e sua família recebam o apoio necessário, de forma integral, favorecendo a não utilização de medicação desnecessária (BRASIL, 2010).

O contexto familiar do cuidado

Quando a manutenção do cuidado em saúde mental deslocou-se das instituições de saúde para o lar desses pacientes, a vida dos familiares como cuidadores tem sofrido 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, uma

vez que o indivíduo com transtorno mental permanece em casa passam fazer parte da rotina familiar atividades como: administração de medicamentos, acompanhamento de serviços de saúde do paciente, garantia das suas necessidades básicas, lidar com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, causando um impacto social e profissional ao familiar cuidador (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009).

Assim, a doença mental representa um grande impacto para a família, provocando desorganização 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 (CAMPOS; SOARES, 2005), uma vez que a família é, na maioria das vezes, o suporte de acolhimento do doente mental, além dos demais profissionais de saúde que atuam na rede de saúde mental. Dessa forma, ela passa, então, a conviver mais de perto com o paciente em sofrimento psíquico, situação que tende a gerar mais dificuldades no relacionamento, sofrimentos e, por vezes, reinternações do doente (SANT'ANA et al., 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. Campos e Soares (2005) ainda acrescentam que a responsabilidade de cuidar 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.

Os serviços de saúde muitas vezes trabalham com a ideia de uma família idealizada. Esse fato é denunciado quando se afirma que as condições da família para ficar com o paciente não são explicitadas (BATISTA; FERREIRA; BATISTA, 2017). Nesse sentido Andrade, Cedaro e Batista (2018) afirmam que a família nem sempre é preparada para enfrentar o complexo fenômeno de cuidar de um membro em sofrimento mental grave, este desafio torna-se ainda maior quando os saberes populares são confrontados com os saberes médicos no âmbito da doença mental. Em razão do processo de desinstitucionalização, a família e, em especial, o familiar/cuidador é submetido a constantes eventos estressores no curso dessas doenças, que pode afetar, além das relações familiares, a saúde do próprio familiar/cuidador, sempre

trazendo algum grau de sobrecarga e provocando a constante necessidade de adaptações (CARDOSO; GALERA; VIEIRA, 2012).

É preciso, portanto, repensar a forma como estão sendo efetivadas as políticas públicas voltadas ao cuidador familiar. Nesse sentido, os programas voltados para essa modalidade de atendimento requerem mais atenção para necessidade de cuidar da própria família, pois há uma sobrecarga emocional e financeira que atravessa essas realidades. O cuidado junto a essas famílias, e mais especificamente junto aos cuidadores do paciente em sofrimento psíquico, 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).

Considerando que o cuidador familiar, em relação ao paciente em sofrimento psíquico, passa pela experimentação cotidiana e, tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica privilegia a cidadania, a reabilitação psicossocial só se torna viável na realidade concreta dos sujeitos com a participação da família. Faz-se necessário, portanto, conhecer como está se processando cotidianamente a produção desse cuidado para que os técnicos em saúde mental possam auxiliar tais famílias. No entanto, Dourado et al. (2018) ressaltam que embora a família é tida como protagonista no processo de reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento mental, a delegação dessa função dentro do contexto familiar nem sempre é feita de forma harmônica ou democrática e/ou de forma voluntária. Ou seja, na maioria das vezes a atividade de cuidador é desempenhada por um único membro da família, o qual submete a abdicação de todo os seus afazeres em prol do cuidado, podendo até chegar ao adoecimento (DO CARMO; BATISTA, 2017; BATISTA, 2019).

Pesquisas tem revelado que muitos cuidadores principais de um familiar em sofrimento mental grave tem adoecido mentalmente também. Estudo realizado por Dourado et al. (2018) com o objetivo de analisar a relação entre sintomas de ansiedade e depressão no cuidador familiar de pessoa em tratamento psiquiátrico, concluiu que a maioria da população estudada apresentava sintomas leves e moderados de ansiedade e depressão, e 47,5% já faziam algum tipo de tratamento. Em uma pesquisa qualitativa Batista (2020) buscou compreender as experiências vividas pelo homem cuidador familiar da esposa em tratamento psiquiátrico. Por

meio dos relatos dos participantes, observou-se que o papel de cuidador gera sobrecarga física e emocional no cônjuge e ao seu adoecimento mental.

As estratégias de acompanhamento e apoio ao cuidador principal necessita abranger a realidade concreta desses sujeitos. Uma vez que, apesar de sua importância no acompanhamento, tratamento e reabilitação, o cuidador familiar principal, via de regra, não tem recebido a devida atenção pelas políticas públicas de saúde mental. Como afirmam Ferreira, Ahnerth e Batista (2019), fatores como desinformação e preconceito contribuem para a falta de opção em dividir as responsabilidades com outros membros familiares. Esses fatores trazem como consequência, a sobrecarga de trabalho vivida pelo cuidador que pode se tornar um elemento à predisposição ao seu adoecimento.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Esse estudo teve por objetivo analisar criticamente as políticas públicas em saúde mental voltadas ao cuidador familiar. Em breve levantamento a literatura especializada tem apontado para transformações ocorridas na relação da família com o membro em tratamento mental. Mostrou ainda que as mudanças têm gerado sobrecarga emocional e sofrimento no cuidador principal.

A criação de novos dispositivos em saúde mental, possibilitou novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento mental. Também impulsionou a busca de novas formas de cuidado. Os avanços que ocorreram com as experiências de desinstitucionalização, tem evidenciado a necessidade de constante redimensionamento do olhar para as práticas em curso, para que os novos serviços correspondam às propostas do atendimento ao cuidador familiar.

No que se refere à família, esta, sempre esteve presente nas discussões da reforma, ora como vítima, afastando o paciente para libertar-se dele, ora como responsável pelo adoecimento e, por último, como agente principal no tratamento e acolhimento do paciente em sofrimento psíquico. Pode-se concluir, então, que a família, por estar inserida na sociedade, acaba pactuando com os seus valores, crenças e representações sobre a doença mental, reproduzindo o discurso da sociedade, acrescida de suas vivências.

Por fim, enfatiza-se a necessidade de ampliação das estratégias de acompanhamento e fortalecimento do protagonismo da família, sobretudo do cuidador familiar principal, tendo em vista a necessidade de lutar contra o estigma e de favorecer a inclusão social da pessoa em sofrimento mental.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, O. M.; CEDARO, J. J.; BATISTA, E. C. A família e o cuidado em saúde mental no contexto da religião pentecostal na Região Amazônica. **Barbarói**, v. 2, n. 52, p. 1-21, 2018.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007.

_____. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M. N.; NASCIMENTO, E. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, 1957-68, 2009.

BATISTA, E. C. Experiências vividas pelo cônjuge cuidador da esposa em tratamento psiquiátrico. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 32, n. 1, p. 31-39, 2020.

BATISTA, E. C. Narrativas do cotidiano de um cuidador familiar da esposa em sofrimento psíquico. **Textos e Debates**, v. 1, n. 32, 2019.

BATISTA, E. C. A saúde mental no Brasil e o atual cenário dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 2, n. 16, 2016.

BATISTA, E. C.; FERREIRA, D. F.; BATISTA, L. K. S. O papel do cuidador familiar no campo da saúde mental: avanços e contradições. **Clínica & Cultura**, v. 6, n. 1, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **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): MS; 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2013

_____. Ministério da Saúde. **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, nov. 2005.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

_____. 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, 06 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 05 jan. 2015.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F.; VIEIRA, M. V. O cuidador e a sobrecarga do cuidado à saúde de pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Acta paul. enferm.**, v. 25, n. 4, p. 517-523, 2012.

DO CARMO, F. J.; BATISTA, E. C. Impacto físico, emocional e social em cuidador familiar da pessoa em tratamento psiquiátrico. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 17, n. 197, p. 114-131.

DOURADO, Denise Martins et al. Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, n. 1, p. 153-167, 2018.

FERREIRA, D. F.; AHNERTH, N. M. S.; BATISTA, E. C. Sentidos de ser mulher cuidadora de um familiar com transtorno mental grave na região Amazônica. **Aletheia**, v. 52, n. 2, 2019.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 10. ed, Rio de Janeiro: Graal, 1992

_____. **Doença mental e psicologia**. 2. ed. Lisboa: Texto gráfica, 2008.

_____. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo, Perspectiva, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GOMES, M. L. P.; SILVA, J. C. B.; BATISTA, E. C. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 03-07, 2018.

MACHADO, Q. L. **Espaços e representação da loucura: religião e psiquiatria**. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

MELMAN, J. **Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e seus familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

O M S. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov. 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

ROSA, L C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3.ed. são Paulo: Cortez, 2011.

ROTELLI, F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L. B. **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.

STOCKINGER, Rui Carlos. **Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas existenciais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Recebido em: 18/04/2015

Aceito em: 10/11/2020