

A RE-INSERÇÃO DA FAMÍLIA NA REDE DE CUIDADOS EM SAÚDE MENTAL

Maíra Giovenardi ¹

Maria Isabel Barros Bellini ²

Resumo: Este artigo tem como objetivo refletir sobre a reinserção na rede de saúde mental da família de pessoas que sofrem de transtornos mentais. A re-inserção ou inserção em bases diferentes se ampara no preconizado o movimento da Reforma Psiquiátrica em que a participação da família no cuidado é fundamental para a mudança no modelo de atenção à saúde mental. Ao visitar a história da loucura no decorrer dos séculos até os dias atuais buscou-se argumentos para enfatizar a participação da família e o atendimento em base comunitária como fundamental na rede de saúde mental.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica. Família. Modelo de Atenção.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, vem sendo consolidada, no Brasil, uma transformação do modelo assistencial em saúde mental com da implantação de diferentes dispositivos de atenção psicossocial mas que ainda se configuram como alternativos ao modelo tradicional. Por modelo em saúde essas autoras entendem formas organização da atenção a saúde, intervenção, assistência enfim todas as ações que envolvem a prestação da atenção a população e, por modelo tradicional entende-se todos os modos de cuidado centrados em uma prática clínica que objetiva unicamente a remissão dos sintomas. Essa forma única desconsidera o sujeito como sujeito e, portanto desconsidera seus desejos, necessidades e com características singulares em seu transtorno mental. Em relação à participação da família o modelo tradicional colocava a família como apenas mais um componente no isolamento dos sujeitos adoecidos, culpabilizando-a e/ou dividindo-a em membros saudáveis e membros adoecidos.

Quanto a participação ou a inclusão das famílias nas políticas sociais, ai inclui a Política de Saúde mental, é possível afirmar que “ Ao tratarmos da experiência do Estado brasileiro, observa-

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. maira.giovenardi@acad.pucrs.br

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. maria.bellini@pucrs.br

se que este sempre se ausentou e contou com “[...] alternativas privatistas que envolvem a família, as organizações sociais e a comunidade em geral” (YAZBEK, 2016, p. 09) no provimento da proteção social” (HORT, MIOTO, 2017, p.231).

A instituição psiquiátrica, ou os hospícios tinham função garantida de servirem de depósitos ou espaços de contenção dos “doentes da cabeça” cada vez mais isolando, retirando do convívio, e incrementando os rótulos, estigmas, etc

A realidade da instituição psiquiátrica tem sido discutida nas últimas décadas, principalmente desencadeada pelo Movimento da Reforma Sanitária e pelo processo de redemocratização brasileiro. Esta discussão inicia-se com um posicionamento dos trabalhadores de saúde mental, em 1978, onde nasce o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, assumindo como bandeira a oposição ao manicômio como forma de tratamento e propondo novas alternativas terapêuticas ao indivíduo com transtorno mental. Esse movimento além de garantir um cuidado à saúde da população mais equitativo questiona a maneira como o tratamento é realizado, tendo como pano de fundo o tipo de tratamento estigmatizante e institucionalizado oferecido historicamente pela instituição psiquiátrica.

O movimento da Reforma Psiquiátrica inseriu novos elementos no cuidado a pessoa em transtorno mental privilegiando o atendimento do sujeito em base comunitária bem como estabelecendo uma rede de cuidados envolvendo profissionais de saúde, familiares, sociedade e os próprios usuários.

2 MODELO DE ATENÇÃO A SAUDE MENTAL : O PAPEL SOCIAL DESIGNADO AO LOUCO

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, o modelo de atenção a saúde mental existente centralizava toda a assistência a saúde no hospital psiquiátrico , com internações intermináveis, repetidas, e organizadas para o isolamento das pessoas que “eram tidas como diferentes ou aberrações”. Um dos autores que mais contribuiu com seus estudos sobre o “louco e a loucura” foi Foucault e em seu livro *A História da Loucura* (1972) descreveu nos diversos momentos da história e o lugar ocupado pelo louco na sociedade.

Relatou que a loucura substituiu a lepra e as doenças venéreas como principal objeto de exclusão da sociedade mostrando que a humanidade historicamente tem eleito pessoas e patologias para criar seus processos de exclusão e estigma. Mais recentemente a AIDS ou SIDA e as pessoas soropositivas ocuparam esse lugar.

Na visita a história da saúde, dos hospitais e da loucura, encontra-se que até o século XVIII, na Europa, os hospitais não possuíam finalidade de atendimento a saúde, cuidado ou tratamento. Configuravam-se como grandes instituições filantrópicas destinadas a abrigar os indivíduos considerados indesejáveis à sociedade. Eram lugares de exclusão social da pobreza e da miséria, produzidas pelos regimes absolutistas existentes. O rei da França, em 1676, determinou a criação de um hospital geral em cada cidade do reino e ali foram isolados os leprosos, portadores de sífilis, deficientes físicos, mendigos e os loucos.

Muitos séculos depois Goffman (1961), a partir de um estudo de campo em um hospital psiquiátrico dos Estados Unidos onde conviveu com os internos por um ano, descreveu a vida das pessoas internadas em instituições que denominou como instituições “totais”. As instituições totais foram 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). Os estudos de Goffman seguem sendo fonte de referência, mesmo após sua morte em 1982, pois ele não incidiu seus estudos no indivíduo isolado mas sim na complexidade das interações sociais tendo no campo da sociologia amparo para suas análises.

No Brasil, na primeira metade do século XIX, seguindo o modelo europeu higienista, inicia a hospitalização dos loucos que viviam nas ruas, ou eram recolhidos às prisões quando estavam agitados ou aos porões dos hospitais (COSTA, 2003). Assim a loucura foi criando em torno de si uma diversidade de concepções, cada concepção vinculada aos interesses de sua época.

Posteriormente, ainda acompanhando um modelo europeu, mais especificamente o modelo italiano³ que apresentava um novo paradigma de tratamento para as pessoas com transtorno mental,

³ A reforma italiana surge de bases municipais ampliando posteriormente para o nível nacional, tendo o processo de desinstitucionalização iniciado na década de 60 a partir da observação do manicômio de Gorizia (Itália) por um grupo de psiquiatras que criticaram o paradigma problema-solução em psiquiatria propondo

a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil tomou impulso na década de 1970 fortaleceu-se amplamente nos anos 1980 e início dos anos 1990.

A mudança proposta pela Política de Saúde Mental tinha como horizonte, entre outros aspectos, a desinstitucionalização. A desinstitucionalização é um conceito que operava com a metáfora da desconstrução do modelo manicomial, visando à ressocialização das pessoas em transtorno mental e criando alternativas para o exercício de cidadania do sujeito, preservando laços afetivos, sociais e familiares e ao fim e ao cabo a retirada destas pessoas da instituição total. EM 1979 cria-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) que dá envergadura a Luta Antimanicomial, motivada pelas denúncias dos abusos e violências ocorridas nos hospitais, e o MTSM assume um discurso humanitário em defesa dos pacientes internados o que angaria apoio de diversos setores da sociedade. Este movimento propôs 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).

A proposta de um novo modelo de atenção em saúde mental exige também um novo perfil de trabalhador de saúde mental. Este trabalhador deve contribuir no processo de proteção da subjetividade do sujeito. Para Pelbart (2002) isso é fundamental com o risco de que qualquer outra mudança será inócua/vazia se o manicômio sem grades e sem correntes mas criado nas mentes for mantido, ele afirmava que “... 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 historicamente segregados. Desta forma, e nesta perspectiva de romper com grades e correntes físicas e mentais, a família assume um papel primordial

2.1 RE- INCLUINDO A FAMÍLIA

um modelo que superasse a relação médico-paciente e envolvesse outros fatores e elementos. O expoente desse movimento foi Franco Basaglia (1924-1980), médico psiquiatra, precursor do movimento chamado “Psiquiatria Democrática” na Itália

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 família⁴ como a mais antiga forma de viver em sociedade é o primeiro grupo social no qual o indivíduo interage. Reflexões iniciais sobre família frequentemente associam a presença de um homem, uma mulher e seus filhos, como se essa constituição fosse o início de tudo. Porém estudos tem demonstrado que a família se constituiu de diversas formas, e historicamente não é sempre a mesma, diferenciando-se de acordo com os costumes de cada país, civilização ou cultura. Isso já está confirmado através de varias pesquisas como de Áries, Donzelot, Del Priore, que já se utiliza o plural famílias e não mais família. Reconhecendo a diversidade dessa forma de organização. Essas mudanças nas famílias provocaram mudanças na legislação envolvendo desde o casamento, agora sendo legítimas uniões fora do casamento, união estável entre homens e mulheres, união homoafetiva, adoção por casais de mesmo sexo, reconhecimento da família monoparental, enfim várias alterações nas leis que são respostas as mudanças provocadas e vividas pelas famílias.

A família ou as famílias, visto que pela diversidade deve-se pensar na multiplicidade de ser família, passa na atualidade, por transformações e reconfigurações relacionais que contextualizam o seu ciclo de vida e que permite que se fale de desenvolvimento familiar e não apenas em um tipo de desenvolvimento. O que impõe contemplar às mudanças ocorridas na família enquanto grupo, assim como às mudanças nos seus membros individuais, em função dos papéis, cumprimento de tarefas que se flexibilizam frente a essa multiplicidade de fatores sociais, econômicos e culturais que impactam na forma de ser e viver família.

Além de reproduzir novos seres humanos, ela reproduz neles os seus hábitos, costumes e valores, através das gerações. 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

⁴ O termo família neste artigo refere-se a todo aquele que é cuidador da pessoa com transtorno mental independente do grau de parentesco.

casais, novas formas de expressar afetos, de viver o cotidiano, com inclusão de novos membros,... Essas famílias não mais se enquadram na constituição do modelo de família tradicional.

Um aspecto permanece, pois, independentemente de sua configuração, a(s) família(s) são muito importantes na vida do indivíduo, pois são o primeiro grupo natural, ainda que venha passando por transformações. Roudinesco (2003) afirma que a “família do futuro” continuará sendo lugar que todo sujeito precisa para construir sua identidade.

Frente a essas mudanças todas é requerida, do trabalhador de saúde mental competência para lidar de modo eficaz com as transformações na(s) família(s) ao nível dos seus múltiplos papéis, de suas múltiplas re-organizações, re-invenções.

Para trabalhar com as famílias na interação e cuidado da pessoa com transtorno mental é necessário ter claro que historicamente esse tipo de transtorno foi entendido sociedade em geral como pela ciência como um desvio em relação a um padrão de comportamento pré-estabelecido de normalidade. Considerado desviante a solução encontrada para “corrigir”foi o isolamento como forma de contenção através da internação psiquiátrica que teria a atribuição de afastar o indivíduo de seu mundo, institucionalizando-o, destruindo os canais de comunicação que ajudariam a se reintegrar nas famílias, empregos e comunidade após a saída do hospital.

Atualmente existem dispositivos humanizados para tratar as pessoas com transtorno mental que foram criados propostos pela Reforma Psiquiátrica como 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 é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais (Brasil, 2005).

Ao refletir sobre a atenção e cuidado em saúde mental se impõe incluir a família, ou seja, o cuidado da pessoa com transtorno mental sem a presença e participação da família fica fragilizado. A(s) família(s) são apontadas como o maior recurso na atenção psicossocial do indivíduo com transtorno mental, 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 as famílias conviverem um membro com transtorno mental. Dificuldades de muitas ordens foram identificadas e talvez o mais enfático seja sobrecarga emocional, financeira e social pela qual as famílias são submetidas 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 destas famílias revelam o grande impacto que a doença representa, com significativas desorganizações nas formas cotidianas, com alterações de comportamentos, atitudes, valores, acessos, que recaem principalmente sobre o familiar que assume mais pontualmente a função do cuidado e suas respostas às várias interações que causam um impacto importante a todo grupo envolvido invariavelmente com muito sofrimento.

A responsabilidade de cuidar é potencializada pela necessidade de informações a fim de prevenir possíveis dificuldades desencadeadas pelo insuficiente conhecimento sobre a doença vivenciada pelo seu familiar, não compreensão da sintomatologia, evolução do quadro clínico da patologia e conhecimento sobre direitos e rede de recursos. A informação é um direito que deve ser garantido. Para Miotto:

A socialização das informações, de acordo com Silva (2000, p. 124), é um componente fundamental para a viabilização de direitos, pois se apresenta como uma ação de fortalecimento do usuário para acessar esses direitos e para mudar a sua realidade. Além disso, é uma alternativa para a “tradicional orientação”

vinculada à normatividade legal e ao enquadramento institucional dos usuários. Para a autora, a perspectiva do Direito nessas ações é conferida por meio de dois aspectos. Um atribuído ao compromisso com a cidadania e, portanto, entendida como um processo de politização. Outro que consiste na compreensão do usuário como um “sujeito de valores, interesses e demandas legítimas”, referenciado numa realidade imediata, porém conectada às relações de classes e ao contexto global (MIOTO, 2009, p.5)

O desconhecimento de familiares sobre a doença, seus sintomas e manejo propicia o surgimento de sentimentos como culpa, vergonha, medo em relação a algumas atitudes do familiar com transtorno mental. As mudanças de comportamento podem gerar situações de difícil entendimento tanto para a família como para a sociedade em geral passando a ser parte do cotidiano da vida de famílias. Esses aspectos são reforçados por Melman (2006, p. 80) quando afirma que “do ponto de vista emocional, o estresse, as vivências de instabilidade e insegurança, os conflitos frequentes 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 na família essa é abalada por uma gama de sentimentos: o medo do imprevisível, a incerteza do amanhã, a tristeza, a angústia e muitas vezes 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 transtorno mental. 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.

Mesmo que, com a Reforma Psiquiátrica, tenha sido ampliado significativamente a

importância da família no processo de cuidado de seu familiar emocionalmente enfermo, este processo 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 a pessoa em transtorno mental:

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).

A família deixa de ser culpabilizada pela doença do seu familiar e passa a atuar como sujeito em seu tratamento e reabilitação. Deve-se estar atento, todavia, para não responsabilizar unicamente as famílias pelo processo de reinserção, ainda que ser reconheça a importância de sua presença e participação. A delicadeza e rigor com que deve ser trabalhado essa relação famílias x política social é destacada aqui para chamar a atenção ao risco da sobrecarga das famílias que, ao serem reconhecidas como parte essencial do sistema de proteção foram sobrecarregadas liberando o Estado de suas responsabilidades.

Sobre isso cabe apontar aqui as reflexões de Horst e Miotto os quais afirmam que “se desconhecemos a intencionalidade e o compromisso da nossa atuação junto a famílias da classe trabalhadora, continuaremos fadados a um trabalho que culpabiliza essas famílias, classificando-as “desestruturadas”, e, dessa forma reproduz uma prática profissional que confronta o horizonte profissional aberto desde a década de 1970” (2017, p. 231)

Obviamente, considera-se que as possibilidades de reinserção social da pessoa com transtorno mental passam são atravessadas pela relação com as famílias, pela qualidade deste 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. Porém sabe-se que essa qualidade passa pelas condições e recursos a que essas famílias têm acessos. As vulnerabilidades não são apenas de ordem individual, ou seja, aquelas que são definidas a partir do grau e da qualidade da informação de que as pessoas/famílias tem sobre suas

situações e incluem “capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos de preocupações e, finalmente, ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas de prevenção” (Ayres, 2003, p.5)

Também inclui a dimensão social da vulnerabilidade que compreende os processos saúde-doença como processos sociais, o que abre a perspectiva de compreensão de que :

O acesso à informação, o conteúdo e a qualidade dessa informação, os significados que estas adquirem ante os valores e interesses das pessoas, as possibilidades efetivas de colocá-las em prática, tudo isso remete a aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade. Nesse sentido, este componente analítico busca focar diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual. Aspectos tais como a estrutura jurídico-política e as diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc.;" (Ayres, 2003, p.6)

Essa dimensão envolve aspectos relacionados aos comportamentos e práticas que expõe ou promovem o adoecimento.

E ainda a dimensão programática da vulnerabilidade a qual contempla as diversas instituições sociais: famílias, escolas, serviços de saúde, etc. e os esforços programáticos (institucionais, das políticas sociais, da rede de saúde,..) na proteção da saúde ou na promoção da saúde. Isso significa incluir nas análises e como,

em circunstâncias sociais dadas, as instituições, especialmente as de saúde, educação, bem-estar social e cultura, atuam como elementos que reproduzem, quando não mesmo aprofundam, as condições socialmente dadas de vulnerabilidade. O quanto nossos serviços de saúde, educação, etc., estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade? (Ayres, 2003, p.7)

Nesta perspectiva o processo de inserção das famílias na atenção aos seus familiares adoecidos deve considerar

..a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis. Assim, elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulos à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos

para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade.(Ayres, 2003, p.7)

Desta forma, e para que não reste dúvidas quando se trata de inserção ou re-inserção das famílias nos cuidados de seus membros adoecidos, tanto a pessoa em transtorno mental como 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 transtorno mental para o resgate de sua cidadania privilegiando, conforme aponta Nogueira (2005), uma gestão democrática e participativa.

3 REFLEXÕES FINAIS

Ao longo dos séculos, a humanidade apresentou dificuldades em conviver com a loucura propriamente dita, foram construídas diferentes concepções sobre a loucura na história, 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 construir com a sociedade a compreensão de que todos têm direitos, e isso inclui as minorias e os diferentes. Esse novo modelo vem ocorrendo tendo como marco principal a Reforma Psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica propõe a criação de uma rede de atenção à saúde mental substituindo o tratamento do sujeito em transtorno mental 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 visa à permanência do usuário próximo a sua família e a rede social.

A participação da família conduz ao estabelecimento de estratégias de intervenção mais abrangentes e consistentes possibilitando serem trabalhadas as dificuldades e necessidades de ambos, onde se entende que o envolvimento da família no cuidado ao indivíduo é fundamental.

Porém, há que atentar para o risco de sobrecarregar as famílias com tarefas e responsabilidades que elas não tem condições de assumir aumentando a vulnerabilidades delas e incrementado processos de sofrimento e adoecimento.

É necessário proteger as famílias com suporte, seja de serviços extra-hospitalares de apoio, profissionais qualificados, informações, recursos. Construindo possibilidades conjuntas entre profissionais de saúde, familiares, sociedade e usuários com vistas ao resgate da destas famílias e seus membros adoecidos.

REFERÊNCIAS

Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ & Saletti Filho HC 2003. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios**, pp. 117-139. In D Czeresnia & CM Freitas (orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro.

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.
HORST, Claudio H. M.; MIOTO, Regina C., Serviço Social e o trabalho com famílias: renovação ou conservadorismo? EM PAUTA, Rio de Janeiro _ 2o Semestre de 2017 - n. 40, v. 15, p. 228 - 246

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.

MIOTO, Regina C. **Orientação e acompanhamento de indivíduos, grupos e famílias in SERVIÇO SOCIAL: Direitos sociais e competência profissional**, CFESS, 2009.

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.