ARMADILHAS FAMILISTAS NA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Lucia Cristina dos Santos Rosa[1]

RESUMO

O processo de reforma psiquiátrica brasileira promoveu intensas alterações no lugar e nas funções ocupadas pela família na política de saúde mental, com fomento ao protagonismo mas, também sobrecargas materiais e subjetivas advindas da provisão de cuidado doméstico. Tal fato requer problematização e tensionamento, pelas intensificações das políticas neoliberais, que reforçam a família e o mercado como principais fontes de provisão das necessidades. Nesse contexto, indaga-se: há armadilhas familistas no processo de reforma psiquiátrica brasileira? Qual seu potencial desfamiliarizante? Tem-se como objetivo geral, analisar as armadilhas familistas no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Embasada em uma perspectiva materialista critica dialética, teve por base a revisão de literatura e a análise de documentos ministeriais. Os achados sinalizam tanto direcionamentos familistas, quanto desfamiliarizantes, mas com o aprofundamento da perspectiva neoliberal na política de saúde, com redução de gastos sociais e do incentivo à participação, o legado familista ganha crescente reforço.

Palavras-chave: família; reforma psiquiátrica; cuidado

ABSTRACT

The process of Brazilian psychiatric reform promoted intense changes in the place and functions occupied by the family in mental health policy, fostering protagonism, but also material and subjective overloads arising from the provision of domestic care. This fact requires problematization and tension, due to the intensification of neoliberal policies, which reinforce the family and the market as the main sources of provision for needs. In this context, the question is: are there familist traps in the Brazilian psychiatric reform process? What is its defamiliarizing potential? The general objective is to analyze the familist traps in the Brazilian psychiatric reform process. Based on a critical dialectical materialist perspective, it was based on the literature review and the analysis of ministerial documents. The findings indicate both familist and defamiliarizing directions, but with the deepening of the neoliberal perspective in health policy, with a reduction in social expenses and the encouragement of participation, the familist legacy is increasingly reinforced.

Keywords: family; psychiatric reform; care

Universidade Federal do Piauí – UFPI . Docente Titular do Departamento de Serviço Social e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. E-mail: luciacsrosa@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O processo de reforma psiquiátrica, implementado no Brasil como política de saúde mental antimanicomial a partir dos anos 1990, acompanhou as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, ligada à Organização Mundial da Saúde, cada vez mais sob influência do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional, que no encontro realizado em Caracas Venezuela, do qual resultou a "Declaração de Caracas", condena o modelo hospitalar manicomial em função de se constituir uma estrutura violadora de direitos humanos; configurar se como agente iatrogênico ao produzir o hospitalismo, ou seja, cronificação institucional; mortificar o eu dos seus internos, ao se estruturar como uma "instituição total" que fecha a pessoa na lógica institucional e por produzir a loucura administrativa/organizacional, conformando-se como "cidade dos loucos" (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1990). O Relatório sobre a saúde no mundo 2001 Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001) recomenda como diretrizes para as políticas de saúde mental dos países signatários de suas convenções, incluindo o Brasil: 1) a priorização do cuidado na atenção primária/básica; 2) a garantia de acesso aos medicamentos psicotrópicos; 3) a garantia da atenção na comunidade, ou seja, em liberdade; 4) a educação em saúde para a população na perspectiva de reduzir a estigmatização e a discriminação; 5) o envolvimento das comunidades, das famílias e dos usuários na implementação da política; 6) a constituição de políticas, programas e legislações nacionais; 7) a formação de recursos humanos; 8) a criação de vínculos com outros setores, isto é, ações intersetoriais; 9) o monitoramento da saúde mental na comunidade e 10) o fomento à pesquisa acadêmica.

A Constituição Federal de 1988 que consolidou as conquistas do processo redemocratizante do país, a partir de 1978, ao instituir a saúde no corpo da seguridade

social e reconhece-la como direito de todos e dever do Estado, ou seja, a universalizar, e todas as bases legais que conformaram o Sistema Único de Saúde, reforçaram as recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde. Nesse contexto, o modelo manicomial, embora coexistindo com serviços de atenção comunitária, que asseguram o cuidar em liberdade, preservador de direitos civis, passa a sofrer metamorfoses, tendo seu tamanho reduzido bem como a organização de seu processo de trabalho é regulamentado pela Portaria GM 251/2002, na direção de reduzir o tempo de permanência nas internações integrais e oferecer uma qualidade assistencial na direção da preservação da cidadania da pessoa com transtorno mental, afirmada e reforçada a partir da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2004a).

Nesse processo, o envolvimento e engajamento dos familiares serão intensamente reformatados, pois da condição de visita e informante da saúde e sintomatologia da pessoa com transtorno mental, uma participação que fomentou seu lugar de consumidora e mera informante nos serviços manicomiais, mas contraditoriamente as desonerou da produção de cuidado doméstico, sobretudo em contexto de crise psiquiátrica, passam a ser outorgados como parceiros e protagonistas do processo, primeiramente nas denúncias da violação de direitos humanos e ao mesmo tempo construtora da cidadania da pessoa com transtorno mental. A participação da família no processo reformista brasileiro se multiplica em um mosaico de lugares e funções que não são excludentes entre si, podendo figurar como 1) um recurso instrumental do serviço de saúde mental; 2) um lugar de possível convivência com a pessoa com transtorno mental, sobretudo aquela de longa permanência institucional; 3) sobrecarregada pelas novas funções e lugares; 4) ator político, que se organiza e protagoniza; 5) avaliadora dos serviços; 6) gestora de serviços, assumindo encargos que o estado não implementa ou repassa para a sociedade civil; 7) provedora de cuidados, condição que é exponenciada no contexto reformista e reformador (ROSA; VILARINHO E BELFORT, 2020). Ou seja, a participação da família amplia-se do cuidado direto à pessoa com transtorno mental, para a própria implementação da política, em seus diferentes ciclos, requerendo ainda

um olhar para a pessoa provedora de cuidado, a cuidadora, o que ainda é opaco nesse processo.

A participação da família, e principalmente da familiar cuidadora, no geral uma mulher, que na divisão social e sexual do trabalho figurou como tal, sendo no geral a única e a principal cuidadora, em qualquer condição/função e lugar, implica mais requisições, inclusive de capacitações para se envolver no processo que é complexo, forjado como arena de disputas, inclusive por modelo técnico-assistenciais e em um contexto de intensas mudanças sociodemográficas, econômicas e políticas das famílias, sobretudo no contexto urbano.

Historicamente, o legado das políticas públicas e sociais no Brasil é familista (JUVENTINO, 2016). O desenho histórico do *welfare state* brasileiro, a partir de 1930, meritocrático particularista (DRAIBE, 1989), teve baixa densidade/cobertura das políticas sociais no País, que parcamente liberaram as famílias de suas funções protetivas/cuidadoras. Ao contrário, as sobrecarregou, até pela qualidade duvidosa dos exíguos serviços assegurados, sem desfamiliarizar. Contraditoriamente, com a assunção e hegemonia do modelo manicomial no cuidado da pessoa com transtorno mental, que historicamente segregou e excluiu esse segmento do convívio social, até pela perspectiva de culpabilização e patologização das relações familiares, houve tendência de desfamiliarização, ou seja desoneração do cuidado doméstico, mas, intensificou-se a institucionalização, isto é, a inclinação dos hospitais psiquiátricos tornarem-se espaço de moradia, o que paradoxalmente, também deu visibilidade à violação de direitos humanos desses equipamentos (ARBEX, 2013). O processo de reforma psiquiátrica, implementado de 1990 a 2010 no Brasil, nos pressupostos da desinstitucionalização como desconstrução de todo aparato manicomial, reverteu esse direcionamento, produzindo mudanças paradigmáticas na produção do cuidado, postulado como comunitário. Colocou a família, conforme postulado pela OPAS, como parceira do processo de reforma psiquiátrica, ou seja, corresponsável pela produção de uma nova forma de cuidar.

Mas, apesar das lutas sociais buscarem transformar as relações nos espaços públicos e privados, a família foi mantida como central na produção e provisão de cuidados às pessoas dependentes de cuidado, entre eles os enfermos. Nesse diapasão, persistiu a naturalização do trabalho de cuidar como algo inerente ao grupo familiar, sobretudo uma função das mulheres, remetida aos vínculos consanguíneos/parentais. Predominou nesse contexto uma leitura simplificadora, que retirou a complexidade que contorna as relações entre os familiares com a pessoa com transtorno mental e com a comunidade/sociedade em geral, até pelo predomínio da resposta histórica do Estado pela via das internações em instituições segregadora/instituições totais, que intensificou processos de estigmatização e discriminação. Tal contexto se agrava com a consolidação de políticas neoliberais a partir dos anos 1990, que crescentemente subtrai e desuniversaliza direitos, reduz investimentos em gastos sociais, desfinanciando políticas sociais, sobretudo da saúde mental e fortalece as parcerias público-privadas.

Nos horizontes apontados, indaga-se: Há armadilhas familistas no processo de reforma psiquiátrica brasileira? Qual o potencial da participação da família e, sobretudo das familiares cuidadoras para dar visibilidade às suas necessidades e às condições em que produz o cuidado? Qual o potencial da reforma psiquiátrica para orientar ações desfamiliarizantes? Tem-se como objetivos, analisar as armadilhas familistas no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Caracterizar a participação da família e das familiares cuidadoras no processo de reforma psiquiátrica, em prol de visibilizar as necessidades e as condições que cercam a produção do cuidado doméstico e comunitário. Identificar direcionamentos desfamiliarizantes no processo desinstitucionalizante. Para tanto, embasada em uma perspectiva materialista critica dialética, buscou-se garantir a visão da totalidade do processo de reforma psiquiátrica; evidenciando-se as contradições que contornam os rumos impressos ao mesmo, tendo por base a revisão de literatura e análise de documentos ministeriais, como leis, portarias e congêneres.

2 FAMILIA E FAMILIARES CUIDADORAS NO TEXTO DA POLÍTICA E NO PROTAGONISMO ASSOCIATIVO EM SAÚDE MENTAL

O lugar da família no processo de reforma psiquiátrica é parte de um processo em construção, com embrionárias coordenadas para um trabalho social com a família e a familiar cuidadora.

Um documento importante nesse sentido é “Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial” (BRASIL, 2004b, p. 29), que enfatiza as famílias nas suas possibilidades de participação nos Centros de Atenção Psicossocial, principal equipamento com a missão de reorientar o modelo assistencial. São reconhecidas como “[...] o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e por isso são pessoas muito importantes para o trabalho dos Caps.” Assim, os familiares são reconhecidos como instância de mediação entre a pessoa com transtorno mental e a sociedade mais ampla; consequentemente, esfera de diálogo, negociações, agenciamento de possibilidades.

O texto ainda qualifica as possibilidades de participação dos familiares através dos Caps:

> [...] incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto internas como nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos Caps como parceiros no tratamento (BRASIL, 2004c, p. 29).

A portaria GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as modalidades de Caps, estabelece como atividades das equipes dos serviços de saúde mental voltadas para os grupos familiares as visitas e atendimentos domiciliares; o atendimento à família na perspectiva da “inserção familiar e social” (BRASIL, 2004, p. 127).

Logo, observa-se os investimentos no olhar da família tanto como suporte para os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, ao ser agente mediadora da relação com a pessoa com transtorno mental, quanto como agente a ser assistida, como usuária dos serviços, podendo ser engajada em projetos de cuidar dos cuidadores,

iniciativas de geração de emprego e renda. O cotidiano das equipes dos Caps é estendido para o território, onde a vida da pessoa com transtorno mental acontece, intensificando-se a proximidade com a vida familiar, através das ”visitas domiciliares”, em que o espaço da casa, da moradia e suas relações tornam-se porosas ao olhar e intervenções dos profissionais.

A perspectiva familista e desfamiliarizante (MIOTO, 2010) no direcionamento das intervenções figuram ambas como possibilidades, mas, a primeira parece ganha maior proeminência, ao considerar a família como a principal mediadora da pessoa com transtorno mental com o meio social. Nesse contexto, serviços residenciais terapêuticos, ou seja, a ação preponderantemente estatal, sobretudo para aquelas pessoas com longa permanência institucional, só figura na ausência do grupo familiar. Mas, como visto, a perspectiva de cuidar das cuidadoras também é investida, no rol das estratégias para aliviar a carga do cuidado cotidiano, assim como as cargas materiais, econômicas, muito comum pela intensidade do cuidado “comunitário/familiar” muitas vezes realizado 24 horas, o que pode comprometer a condição de geração de renda da cuidadora.

A consolidação do processo de reforma psiquiátrica nos anos 2000, criou uma rede diversificada de saúde mental, para atender uma pluralidade de circunstâncias envolvendo a pessoa com transtorno mental, incluindo o matricialmento de ações das equipes dos Caps com a atenção básica, com fomento nas ações territoriais, onde a vida da pessoa com transtorno mental se desenvolve e pode ser reinventada.

Mas, a literatura produzida em torno do desenvolvimento da reforma psiquiátrica sinaliza que a cultura manicomial persiste, pelo encaminhamento das manifestações da pessoa com transtorno mental e sua vida familiar sendo endereçada predominantemente para os Caps e hospitais psiquiátricos, com restrições do acionamento e construção da intersetorialidade e do cuidado comunitário.

Além disso, com a redução do tempo de permanência nas internações psiquiátricas, para internações breve e também a regulação das mesmas, em alguns contextos sendo incluída como um dos principais indicadores da efetividade dos Caps III em contexto de agudização dos sintomas, observou-se restrição de espaços de

negociação da família em torno desse momento, pois para a familiar cuidadora a internação tem vários significados, situando-se na arena de disputas, inclusive em torno do seu tempo de descanso, divisão de cuidados com os serviços públicos, conforme sinaliza Rosa (2003). As mudanças na política nacional de atenção básica, a partir de 2018, por exemplo, com a extinção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF e tendências remanicomializantes da política de saúde mental, explicito na transferência de parte significativa dos recursos da saúde mental para comunidades terapêuticas, a precarização e desfinanciamento da rede de atenção psicossocial, com a inclusão dos hospitais psiquiátricos, pela Resolução nº 32/2017, a extinção da política de redução de danos na abordagem ao consumidor de substâncias psicoativas, associado aos desestímulos da participação/controle social como diretriz das políticas sociais e congelamento por 20 anos do orçamento público para as mesmas, sinalizam para intensos retrocessos, que reforçam tendências 8amilista, até por que as ações no território ficam cada vez mais inviabilizadas, agravadas pelo contexto pandêmico.

Assistencialmente, as ações desfamiliarizantes, que figuram como aquelas que aliviam a carga das famílias na produção do cuidado são pontuais e secundarizadas no cotidiano assistencial dos CAPS (ABRAÃO; MIOTO, 2017, ROSA, 2015), posto o centramento na atenção à crise em saúde mental, reforçadas pelas medidas sanitárias de enfrentamento da COVID-19, que remeteu ao trabalho online, concentrado na abordagem individual, em reforço à ambulatorização da atenção e às ações de caráter biomédico, implementadas pelos profissionais psi (psiquiatras e psicólogos/as) e focadas no medicamento.

Rosa (2003), Delgado (2014), Daltro (2015) e Juventino (2015) sinalizam que a tendência principal é que com a dinamização da reforma psiquiátrica, as sobrecargas tanto objetivas quanto subjetivas das cuidadoras familiares foram intensificadas e que as respostas para aliviar tal fato, ainda são incipientes e descontinuas, com algumas experiências de ações socioeducativas e de grupos de ajuda e suporte mutuo bem sucedidas, mas sem que se generalize entre todos os serviços do Sistema Único de Saúde. Ademais, as ações tendem a ser focadas na

pessoa cuidadora, melhor instrumentalizada para prover cuidado, manejar a si mesma e a relação com a pessoa com transtorno mental, com baixa capilaridade para sua rede social e contexto de vida.

Por sua vez, a organização das familiares cuidadoras em associações mistas, que no geral é composta por usuários, familiares e técnicos, 3 segmentos que ocupam lugares e tem interesses às vezes distintos, embora nem sempre incompatíveis, tem enfatizado os direitos das pessoas com transtorno mental, com baixa capilaridade para igualmente dar visibilidade às cuidadoras familiares como sujeitos de direitos, para seu perfil sociodemográfico e suas condições de vida, figurando silenciadas a construção e as condições em que são produzidas o cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental e, consequentemente os direitos das cuidadoras familiares. A família como produtora de cuidado e a cuidadora principal entraram na agenda dos debates da reforma psiquiátrica de maneira tímida, secundária e das associações políticas da mesma maneira.

Como mostra Manuela Daltro (2015, p.56) o trabalho com as familiares cuidadoras requer ir para além do ouvir, realizar visita domiciliar, trabalhar com "questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele melhore". Tais intervenções, algumas vezes condensadas em cartilhas e manuais de orientação, instrumentalizam a família na sua corresponsabilização com a produção do cuidado doméstico e as vezes comunitário, mas, no geral, se limita à dimensão do manejo em si, da pessoa com transtorno mental, da sintomatologia psiquiátrica, circunscrito aos momentos agudos, à crise psiquiátrica em si. Claro, tais orientações são importantes e contribuem para aprimorar as condições técnicas da provedora de cuidado informal, auxiliando também na melhoria da convivência diária e familiar. Mas, o foco comum é o cuidado da pessoa enferma, sendo no geral, negligenciada a necessidade de cuidar das cuidadores e de seus projetos de vida, em alguns cenários muito comprometidos pela exigência de cuidar 24 horas, o que compromete processos de descanso, lazer, geração de emprego e renda e vida amorosa. As próprias condições contextuais de vida parecem persistir inalteradas, inclusive pouco conhecidas.

Nesse diapasão, como analisa Daniel Groisman (2015) investe-se em uma falsa oposição entre cuidar do outro e cuidar de si. Ambos os cuidados são fundamentais, sendo portanto, necessário também destacar as necessidades, os interesses e os direitos das provedoras de cuidado, como legítimos e igualmente da esfera pública.

Em alguns encontros da luta antimanicomial, as necessidades das famílias/familiares cuidadoras tem emergido, como explicitam Rosa, Vilarinho e Belfort (2020), embora de maneira ainda tímida. As necessidades giram em torno de requisições para maiores investimentos dos Caps em torno do assumir os usuários da saúde mental de forma mais abrangente; fomento a grupos, associações e participação de familiares, intensificar visitas domiciliares e projetos de geração de emprego e renda. Subjacente a tais demandas, figura o baixo investimento na divisão de cuidado entre a família e os equipamentos de saúde mental e as parcas ações para cuidar dos cuidadores. Mas, não basta apenas gerir projetos de cuidar dos cuidadores, é fundamental ações que alterem as condições reais da provisão desse cuidado no meio familiar, pois cuidar de uma pessoa com transtorno mental grave tende a isolar a ambos no lar, até como estratégia de muitas cuidadoras para evitar o estigma e pressões do meio social, advindos de comportamentos inconvenientes da pessoa cuidada. É um trabalho complexo, eivado de dúvidas e dilemas.

Agravando tal quadro, lamentavelmente observa-se o isolamento entre as diferentes políticas do governo federal, expressa em desconhecimento e falta de diálogo entre elas, sobretudo entre aquelas construídas nos tempos áureos, com uma correlação de forças favoráveis aos direitos humanos e ao campo progressista, destacando-se a política de saúde mental e as políticas públicas para as mulheres.

A partir do legado feminista, as políticas públicas para as mulheres vêm denunciando a concepção familista e maternalista, segundo a qual “a ação estatal deve ser subsidiária e familiar, principal” (TERESINA, 2019, p. 173), que atravessa a práticas institucionais e profissionais, ainda sem discussões sobre a produção do cuidado doméstico em saúde mental pautadas no legado do movimento de mulheres e feminista.

A tensão entre o trabalho de cuidar (care) e o trabalho em geral para a família, que paira sobre as mulheres, muitas vezes impedidas de trabalhar fora de casa, até pelas demandas de cuidar 24 horas, sem que seja reconhecido como trabalho, tem ganhado realce, mas, sobretudo no plano do diagnóstico e pouco ainda no dia a dia assistencial.

Todavia, os mitos e preconceitos em torno do trabalho feminino persistem, reforçando a cultura patriarcal. Dois mitos são enfatizados e encontram-se naturalizados; de que cuidar da família e dos filhos é algo constitutivo das mulheres e que sua inserção no mercado de trabalho formal é algo secundário, pois seu salário apenas configura uma ajuda no orçamento familiar (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2009). Tais mitos presidem no cotidiano, inclusive sendo reproduzido culturalmente por muitas mulheres cuidadoras, sobretudo pelas mães, a despeito da maior difusão das concepções feministas e das intensas mudanças sociodemográficas das famílias, impactada com o crescimento do trabalho da mulher fora de casa e aumento do número de famílias monoparentais, sob responsabilidade exclusiva das mulheres.

Como resposta a Organização Internacional do Trabalho (2019) postula por políticas conciliatórias entre trabalho fora e dentro de casa, sobretudo voltadas para a maternidade e a paternidade, com ênfase no compartilhamento do cuidado doméstico entre homens e mulheres. Assim, o foco recai nas recomendações de implementação de programas de cuidado “não somente no âmbito de medida de proteção social, mas também como parte de suas políticas educativas” (OIT, 2009). Para tanto, não basta apenas destacar políticas de compartilhamento de cuidado entre homens e mulheres. É fundamental maiores investimentos em equipamentos públicos, como creche, pré-escolas e na situação da saúde mental, centros dia e de convivência, centros de atenção psicossocial abertos de maneira ininterrupta, inclusive 24hs, sábados e domingos, no rol das “políticas de respiro” (ARRAES; DIMENSTEIN; FREIRE, 2013) como é denominada no contexto espanhol, serviços para dividir o cuidado da pessoa enferma com os cuidadores leigos/informais, como forma inclusive de cuidar das cuidadoras. Que a volta para casa, após uma internação psiquiátrica, respeite as

condições da cuidadora, da casa, da rede social, inclusive primária e da provisão de cuidado. Para tanto, faz se necessário o investimento em pesquisa, para conhecer melhor o perfil das cuidadoras e das famílias e das condições da produção do cuidado doméstico e comunitário. Ainda, revisão do direcionamento das práticas profissionais, não em prol dos objetivos institucionais, que visam em geral, a volta para casa, a "rotatividade, o giro do leito", mas, a reconstituição da complexidade de um pós alta, sobretudo no contexto pandêmico, em que foram deixadas de realizar, em alguns cenários, a medicação assistida (aplicação de medicação injetável no domicilio), trabalhos grupais e a permanência do usuário, em quadro estável nos Caps. Logo, a família teve que ficar cada vez mais em tempo integral com a pessoa com transtorno mental, sem nenhuma mediação para ter um "respiro", ou seja, uma pausa do trabalho de cuidar.

Com o crescente desfinanciamento da política de saúde/saúde mental, congelamento do orçamento para as políticas sociais e desmonte da arquitetura do que foi construído em torno dos pressupostos da reforma psiquiátrica, sobretudo a partir de 2016, e a partir de 2020 com as medidas sanitárias de enfrentamento da COVID-19, as familiares cuidadoras foram sobrecarregadas tendo que permanecer em tempo integral com a pessoa com transtorno mental no espaço doméstico, sem mediações comunitárias ou da rede de atenção psicossocial ou rede sócio-assistencial. Em situações de internações integrais, as visitas foram suspensas e até a comunicação familiar com a pessoa com transtorno mental foi dificultada em alguns espaços, pela precarização telefônica, por exemplo. Os pressupostos da reforma psiquiátrica enfatizam o cuidado comunitário, que inclui mas não remete o foco no cuidado familiar. Logo, o processo reformista tem um largo potencial desfamiliarizante, mas pouco investido, que está a mercê de uma conjuntura desfavorável à relação de forças do campo progressista. Nesse sentido, a dimensão desfamiliarizante via remanicomialização tem sido a tônica, contrariando os preceitos reformistas. Mas, o contexto pandêmico reforçou a perspectiva familista. O período pós pandêmico, com certeza, impõe uma nova agenda para repensar o lugar e as ações em prol do cuidar das cuidadoras e de suas necessidades para além do tripé cuidadora-pessoa enferma-enfermidade.

3 CONCLUSÃO

A reforma psiquiátrica brasileira, como visto promoveu intensas alterações no lugar e nas funções das famílias e, sobretudo das familiares cuidadoras em saúde mental. Houve uma pluralização de funções ocupadas pelas representantes das famílias, o que em si mesmo reverbera em acumulo de possibilidades de protagonismo, mas, também, trabalho, atividades, que não é problematizado sequer pelas associações de usuários e familiares da saúde mental. A própria atividade de participação/controle social, impõe mais trabalho, até pela complexidade do que é e exige a instância de controle social do SUS e também das lutas políticas, que refletem o jogo de forças sociais em distintas direções e projetos societários. A reforma psiquiátrica em seus pressupostos traz tanto potencial de reforço aos direcionamentos familistas, quanto pode ser apropriado por tendências desfamiliarizantes, que requisitam maiores investimentos do Estado. Entretanto, com a consolidação de políticas de saúde mental, sobretudo a partir de 2016, na perspectiva neoliberal, observa-se o fortalecimento da tendência familista, que sobrecarrega as famílias com o processo de cuidar comunitário. A tendência desfamiliarizante, remete para a remanicomialização, ou seja, contramão dos pressupostos da reforma psiquiátrica. No próprio processo de reforma psiquiátrica observou-se alguns investimentos em ações de cuidar dos cuidadores, mas, com baixa capilaridade, figurando como ações pontuais e descontinuas. A reversão desse processo implicará no rearranjo das forças sociais, com pressão sobre o Estado para garantir investimentos sociais, e maior interação entre a política de saúde mental e outras políticas, como as políticas públicas para as mulheres, que também sofreram intensas alterações, na direção da família tradicional/conservadora, com a criação do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Tal cenário convoca os movimentos sociais para repensar estratégias em prol da garantia dos direitos humanos e de todo legado conquistado pelo processo democrático, em especial, pelo movimento da reforma psiquiátrica, movimento feminista e de mulheres, movimento negro e movimento da luta

antimanicomial, incluindo uma pauta mais densa com relação às familiares cuidadoras, que também contemple o homem nessa condição, mas, que desonere a familia de um cuidado que é complexo, requisitando intensos investimentos públicos e intersetoriais.

REFERÊNCIAS

ABRAÃO, K. C. L.; MIOTO, R.C.T. Políticas familiares: uma introdução ao debate contemporâneo. **Rev. Katálysis**. Vol. 20. Nº 03. Florianópolis, set./dez. 2017.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARRAES, A.K. M.; DIMENSTEIN, M.; FREIRE, F.H. Os serviços residenciais terapêuticos e os principais desafios ao processo de desinstitucionalização. In: DIAS, M.K. (org.). **Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios** – os impasses na consolidação de uma atenção em rede. Natal: EDUNP, 2013. p. 43-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

DALTRO, M. C.S.L. **Qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com transtornos mentais**. Dissertação. São Paulo, 2015. Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

DELGADO, P.G. Sobrecarga de cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centro de Atenção Psicossocial**. Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [4]: 1103-1126, 2014

DRAIBE, S. M. “O ‘welfare state” no Brasil: características e perspectivas”. **Ciências sociais Hoje**, São Paulo: Vertice; Ed. Revista dos Tribunais, ANPOCs, 1989.

JUVENTINO, J.B. **A centralidade da família na política e saúde mental brasileira**: estratégias e contradições. Dissertação. Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba. Programa de Pós Graduação em Serviço Social. 2016.

GROISMAN, D. **O cuidado enquanto trabalho: envelhecimento, dependência e políticas para o bem estar no Brasil**. Rio de Janeiro, 2015. 210 p. Tese (doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ. (Escola de Serviço Social/ Programa de Pós Graduação em Serviço Social).

MIOTO, R.C.T. A família como referência nas políticas públicas: dilemas e tendências. In: TRAD, L. **Família contemporânea e saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p.51-66.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo - 2001**. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: WHO, 2001. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>. Acesso em: 14/08/2021.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabalho e família**: rumo a novas formas de conciliação com corresponsabilidade social. Brasília: Organização Internacional do Trabalho, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação. Milão: OPS, 1990.

ROSA, L.C.S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____ **Família(s) e familiares cuidadoras no processo de desinstitucionalização em saúde mental no Brasil e no Piauí**. In: ROSA; L.C.S.; VILARINHO, L.C. Família na desinstitucionalização em saúde mental. Teresina: EDUFPI, 2020. p. 71-104.

_____. **Classe, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

Teresina. **Mulheres resilientes** = cidades resilientes: região metropolitana de Teresina. Teresina: Objetivos de Desenvolvimento sustentável/PNUD, 2019