

Saúde mental e família: dilemas e propostas na construção da assistência integral e o resgate da cidadania do doente mental

Francisco Arnaldo Nunes de Miranda¹

Resumo

O presente artigo traz discussão crítico-reflexiva sobre a Saúde Mental e a Família, como pontos relevantes para a reorganização dos serviços de saúde mental e psiquiatria no Brasil, e a busca da garantia da integralidade das ações e do resgate da cidadania dos portadores da doença mental. Estes esforços são decorrentes da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, ou seja, da luta anti-manicomial, da desospitalização do doente mental, da reinserção na família e na comunidade, o resgate de sua cidadania e das garantias constitucionais. Partindo da preocupação crescente nesta área e dos diferentes estudos no campo da Saúde, em especial na Enfermagem, lanço mão de alguns trabalhos sobre esta temática apresentados no V Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e IV Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica, realizado em Ribeirão Preto/SP, para ampliar esta discussão. A interlocução com estes autores revela diferentes propostas de práticas alternativas, com a participação da família, para a superação do modelo nosocomial e hospitalocêntrico existente, considerados de baixa resolutividade, portanto, de baixo impacto social. Nesse sentido, exige um redirecionamento das políticas públicas sociais e de saúde e do processo ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde frente ao novo desenho que se delineia no tratamento do adoecimento mental, entendidos como estratégias para superar as dificuldades psicossociais que a problemática encerra.

Palavras-chave: saúde mental, família, profissional enfermeiro.

MIRANDA, F. A. N. de. Saúde mental e família: dilemas e propostas na construção da assistência integral e o resgate da cidadania do doente mental. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 1, n. 1, p. 77-83, out. 1999.

Atualmente, alguns estudiosos de diferentes disciplinas da área da Saúde vêm se preocupando com a família. Esta tendência deve-se às diferentes estratégias de enfrentamento para garantir o acesso universal, integral e equânime nos serviços de saúde como forma de fortalecer o modelo assistencial, ou seja, o Sistema Único de Saúde (SUS). Conciliando estes princípios, procura atender às necessidades dos usuários através de um serviço resolutivo, eficiente, eficaz e efetivo. Dito de outra forma, estes termos implicam, respetivamente, em processo, produto e contexto, que a seu turno, encerram um sentido econômico e intentam encontrar formas alternativas de implementar este modelo assistencial. Esta proposta procura efetivar, na prática, a reforma sanitária ampliando a consciência sobre ela e, ainda, tendo como desafio a reorganização dos serviços de saúde com vistas à integralidade das ações, centrada na equipe multiprofissional com conhecimento amplo dos problemas que afetam a comunidade e à convivência negociada com a garantia de participação, num constante exercício de democracia, favorecendo o controle social e reduzindo a exclusão social.

A constatação da insatisfação dos usuários é reflexo da baixa resolutividade dos serviços aliados, da falta de vontade e decisão política de alguns gestores, dentre outros agravantes para o setor, conforme os sujeitos psicossociais envolvidos numa arena de conflitos. A mudança paradigmática, ou seja, o

¹ Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Campus Universitário. Rod. PR 218, Km 01. Caixa Postal 560. CEP 86702-000. Arapongas, Paraná, Brasil.
Doutorando do Programa Interunidades EE/EERP-USP.

deslocamento do enfoque centrado na doença para a esfera multifacetada da saúde, passa por questões gerais que dizem respeito, em princípio, à valorização e ao resgate de sua cidadania.

Os sujeitos dessa nova ordem, liberados do isolacionismo e do determinismo biológico nas situações cujas condições reais dizem da sua qualidade de vida e dos determinantes sócio-históricos, apresentam-se como dimensão bioética. As contribuições advindas da clínica e da epidemiologia somam-se para realocar o entendimento e a lógica da produção de sentido na dimensão cuidadora. Esta tarefa destina-se aos serviços de saúde, mas como forma de tratar as dificuldades que permeiam os serviços de saúde a serem superadas, exigindo a descoberta de novas estratégias e, ao mesmo tempo, arregimentar novos parceiros para alavancar esta provável mudança de uma prática de saúde hospitalocêntrica.

Nesta perspectiva, a família vem compor esta proposta, tornando-se coadjuvante e/ou co-responsável pela prevenção, promoção e recuperação da saúde, como forma de obter resultados satisfatórios em articulação com as esferas institucional e profissional.

A complexidade desta estratégia que está sendo construída, com muito mais avanços no campo conceitual do que no prático, busca conciliar os resíduos de um modelo assistencial e seguritário ineficaz com a fragmentação da assistência associada aos avanços científicos e tecnológicos. Esta situação têm gerado uma “torre de babel” nos serviços de saúde, quer para os diferentes profissionais que aí se inscrevem, quer para, e principalmente, os usuários revelando uma diversidade de significados, com pouca clareza na cotidaneidade das práticas profissionais.

O cotidiano no modelo hospitalocêntrico é caracterizado pelo mundo da rotina, da repetição, da automação, da insatisfação e da fragmentação do sujeito em objeto. Tem como pano de fundo a instituição e seus mecanismos de controle hierarquizados e verticalizados manifestos nas diferentes relações de poderes e saberes.

Diferentes entendimentos explicativos são atribuídos à esta lógica, como causadores do “sofrimento institucional” por manter alienados seus elementos. Doutra forma, estes mesmos mecanismos, sob o aspecto negativista da regulação dos sujeitos psicossociais transforma-os em co-participantes deste arcabouço institucional. Frequentemente, estes mesmos sujeitos percebem-se capazes de transformar o seu modo de produzir, mesmo com pequenas e/ou insignificantes variações, tendo como base a busca na crença e na garantia da satisfação das necessidades suas e dos usuários.

Dos diferentes graus de complexidade que envolvem os serviços de saúde, convém lembrar que o mesmo se aplica aos estudos nesta área por se descobrir mediante inúmeras possibilidades de captar os fractais da produção, quer do trabalho como serviço teórico-prático, quer do conhecimento sobre este mesmo processo. A dificuldade cartesiana em articular na mesma dimensão aspectos antagônicos e heterogêneos do modelo hegemônico tem acarretado desestímulo e desconfiança para com esta nova intenção de mudança no modo de produzir os bens requeridos pelos serviços de saúde dentro dos princípios norteadores do SUS.

Articular perspectivas colocadas sempre em situações extremadas, como por exemplo a saúde ao invés da doença, revela uma intencionalidade, uma mudança paradigmática na forma de encarar os problemas da vida diária dos sujeitos psicossociais aí envolvidos, quer profissionais, quer usuários e familiares como determinantes do modo de garantir a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Os direitos de cidadania e as possibilidades de intervenção da população nas decisões dos serviços de saúde garantem melhor controle social no sistema político nacional, garantias conquistadas pela Constituição Federal de 1988.

O deslocamento da gestão do Estado para o Município implica, à grosso modo, na ampliação da consciência sanitária da população nos diferentes níveis de atenção à saúde. No segundo plano, situam-se a identificação dos problemas ou as necessidades assistenciais dos usuários. A esta demanda resta confrontar-se com o que é oferecido pelos serviços de saúde através dos inúmeros programas verticalizados, pontuais e de baixo impacto sobre os problemas de saúde da comunidade. Nesse cotidiano, revela-se a situação de crise destes serviços que dizem respeito as questões do financiamento,

da sua reorganização e da avaliação tecnológica. Esta, decorrente da crescente tecnologia de alta complexidade em detrimento da tecnologia como um saber, ou seja, como valorização do conhecimento com vistas a um projeto humano.

Na área da Saúde Mental, a Enfermagem através de alguns estudos e há bastante tempo, vem se preocupando além dos aspectos conjunturais referidos acima, com aqueles que dizem mais de perto ao que necessita para garantia de uma assistência satisfatória. Está sobretudo preocupada em propor possibilidades de intervenção e participação no tratamento e reinserção do doente mental na família e na comunidade. A família foi chamada a participar deste processo de reconstrução da dignidade do portador de doença mental.

Tomando por base alguns artigos apresentados no V Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e IV Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica – “Caminhando para a assistência integral” que dizem respeito às articulações entre Saúde Mental e Família. Nesta intersecção observa-se o esforço empreendido em consolidar a Reforma Psiquiátrica, através de experiências e estudos teórico-práticos, entendidos como reforços à luta anti-manicomial e à busca da reabilitação psicossocial desta população sequestrada no interior dos serviços de saúde mental e psiquiátrico neste Brasil afora. Tem sido uma luta de titãs, mas que tem servido de incentivo e descoberta de saídas eficazes para a superação do modelo nosocomial. As conquistas são ainda incipientes, mas têm sido pensadas e implementadas, a duras penas, enfrentando poucas adesões e muita resistência, quer institucionais incluindo parcelas significativas de seus profissionais, quer dos portadores e dos familiares.

Na reordenação das estratégias de intervenção é preciso ter clareza da emergência dos conflitos inerentes ao contexto institucional psiquiátrico e familiar que também se deslocam e, ao mesmo tempo, incidem sobre esta nova maneira de tratá-los, exigindo um constante movimento no processo de avaliação das tomadas de decisões.

A família, observe-se a ocidental, como tal, também foi construída histórica e socialmente bem como as demais construções ou produções do conhecimento.

Os artigos deste evento científico que trazem as temáticas Saúde Mental e Família de forma explícita e a transversalidade das Políticas Públicas de Saúde de maneira implícita, não têm por objetivo avaliar a qualidade e a quantidade dos mesmos, mas ressaltar a crescente preocupação dos estudiosos em Enfermagem com estas questões no contexto das práticas de saúde, como estratégias alternativas de resolução de alguns nós críticos.

Baseando-me nos trabalhos de Silva *et al.* (1998), Koga & Furegato (1998), Oliveira & Jorge (1997) e Waidman (1997) ressalto a participação da família no processo de reinserção social do doente mental, revelando diferentes dimensões e possibilidades desta estratégia como forma de tornar visível os pressupostos da Reforma Psiquiátrica que garantem o tratamento do doente mental sem a segregação, sem seu seqüestro do meio familiar e social. Oferecem-lhe, outrossim, um atendimento individualizado e de qualidade através de alguns serviços de saúde mental alternativos, tais como hospitais dia e noite, ambulatórios de Saúde Mental, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Pensões Protegidas e outros (BRASIL, 1992). A centralidade destes serviços diz respeito, além dos referidos anteriormente, priorizar e reduzir a internação psiquiátrica e o seu respectivo período, restringindo-o às situações de crise. Por conseguinte, reduz os altos custos dispendidos com a internação hospitalar compulsória.

Ao propor maior convívio dos portadores da doença mental com a família e a comunidade, o enfoque terapêutico dos profissionais desta área com vistas à reabilitação psicossocial desloca-se da esfera institucional para a esfera da família e da comunidade, onde diferentes esforços conjugados (serviços + profissionais de saúde competentes + portadores de doença mental + familiares + comunidade) como forma de garantir estes pressupostos e esta nova forma de tratá-los. Concomitantemente, estes elementos serão forçosamente convocados para participar da reordenação dos novos espaços de atuação e intervenção. Acredita-se que desta conformação, também se garanta a participação e o controle social que, a seu turno, exige de cada um dos elementos desta equação uma

(re)aprendizagem. Nesse sentido, também emergirão novos conflitos que, em alguns momentos, somar-se-ão àqueles considerados mais antigos e remanescentes do modelo hospitalocêntrico. Reconhecer estas dificuldades significa estar motivado para o enfrentamento de cada uma das diferentes situações, requerendo novas tomadas de decisões.

Este novo espaço da contratualidade emergente tem exigindo uma constante postura de negociação e flexibilização na condução e construção desse novo modo de fazer as práticas de saúde mental. Por outro lado, as dificuldades ou demandas dos familiares estão requerendo dos serviços e dos profissionais, em especial o enfermeiro, a superação dos conflitos internos e externos, quer pessoais, quer profissionais, para que, dessa forma, possa intentar respostas compartilhadas para a superação do rol de problemas, tais como a necessidade de esclarecimento a respeito da doença mental; de orientação sobre as formas de relacionamento com o doente mental no domicílio/comunidade; de orientação sobre como enfrentar os problemas sociais e econômicos; a falta de confiança dos familiares e das pessoas da comunidade no doente; o preconceito com relação à doença e às manifestações comportamentais do doente; o rótulo de louco; o desprezo e o desrespeito dos que o cercam, o estigma de incapacitado para o trabalho e para assumir responsabilidades e a negação para exercer seus direitos de cidadão (Waidman, 1998).

Mediante as dificuldades elencadas, sabe-se de antemão que a família não está preparada para conviver com o portador da doença mental uma vez que suas experiências particulares e individualizadas dizem muito mais sobre todas as dificuldades desta convivência, freqüentemente conturbada, algo próximo à relação agressão-frustração, revelando a fragilidade do relacionamento com o portador. Os efeitos ansiogênicos gerados pela situação de crise e as expectativas pela recuperação do doente acarretam e acumulam muitas dúvidas à respeito da doença, com destaque para o sentimento de culpa por ocasião do agravamento do quadro psiquiátrico do doente mental (Waidman, 1998).

Bandeira (1991), Koga & Furegato (1997), Lima & Morgado (1994) e Macedo (1996) enfatizam a importância da família na manutenção do doente fora das instituições psiquiátricas, tipo asilar/custodial. Ao mesmo tempo, chamam a atenção para o pouco preparo e a importância do suporte que os profissionais de saúde mental podem oferecer nesta formação. Sob esta concepção, destaca-se a necessidade de aprofundar discussões sobre os conteúdos programáticos da área nas diferentes grades curriculares do ensino de graduação em Enfermagem no país, como um tema específico e como tema transversal nas demais disciplinas da grade curricular, como uma forma de contemplar a baixa destinação de carga horária para as disciplinas de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica frente a integralidade e à totalidade de carga horária dos cursos.

Como forma de fundamentar a discussão, o Quadro 1 apresenta indicadores do crescente adoecimento mental na população mundial tomada como uma preocupação e uma meta da Organização Pan-Americana de Saúde (Levav, 1999). Observa-se que destas formas de adoecimento, cinco entre dez doenças que mais acometem a população mundial são de natureza emocional e/ou psiquiátrica. Em geral, são traduzidas como dificuldades para superar os desafios irreversíveis impostos pelo modelo globalizado e neoliberal.

Prosseguindo nessa interlocução, sob a perspectiva da Saúde, apresento mais um desafio apontado por Elsen (1994) quando afirma que “o desafio que o profissional de saúde terá que enfrentar para cuidar da família diz respeito à controvérsia sobre a existência ou não de uma saúde familiar como entidade distinta da saúde do indivíduo”. Nesta perspectiva, parece utópico garantir a saúde da família como um conjunto e/ou um critério determinante no êxito da proposta de inclusão familiar no processo de reabilitação psicossocial do doente mental e da sua aceitação no meio familiar mediante o evento da doença mental.

As condições suportivas para o enfrentamento dos desafios requeridos por esta proposta, sem o auxílio mínimo de uma rede de suporte social e agravado pela falência e ineficácia da rede dos serviços de saúde, provoca um desgaste de um lado, além do impacto na organização desta família; por outro, revela a fragilidade do contexto institucional psiquiátrico, onde se observa a falência das suas diferentes

abordagens psicoterapêuticas. Portanto, ao solicitar a participação da família na busca de melhor resolutividade para a problemática, desnuda, ou melhor dizendo, torna visível a vulnerabilidade da família com seus laços afetivos já comprometidos que exigirá uma estrutura de apoio para poder ajudar no processo de reinserção social do doente mental.

Quadro 1: causas de adoecimento.

Causas	Total (milhões)	Total (%)
	472.7	
1. Depressão unipolar	50.8	10.7
2. Anemia por deficiência de ferro	22.0	4.7
3. Falhas	22.0	4.6
4. Uso do álcool	15.8	3.3
5. Doença pulmonar obstrutiva crônica	14.7	3.1
6. Desordens bipolares	14.1	3.0
7. Anomalias congênitas	13.5	2.9
8. Osteoartrites	13.3	2.8
9. Esquizofrenia	12.1	2.6
10. Desordens compulsivas-obsessivas	10.2	2.2

Fonte: Levav (1999).

No percurso do adoecimento, as relações familiares são acentuadamente mais desagregadoras, portanto, conflitantes se comparadas com famílias sem a experiência e o convívio com a doença mental. Esta discussão sobre a família, revela a figura do cuidador familiar, aquele que assume, independente da sua vontade, o compromisso com as situações que envolvem o tratamento, como por exemplo a medicação, a marcação de consultas, a alimentação, a higiene o asseio pessoal dentre outras atribuições e/ou atividades da vida diária. A experiência profissional, freqüentemente, tem apontado para um único elemento no núcleo familiar que assume uma postura mais comprometida para com o tratamento e com o doente mental, geralmente a mulher e, eventualmente, um homem, sem pretender introduzir discussão sobre gênero.

A rotina enquanto característica da cotidianidade das famílias sofre modificações que vão além da sobrecarga nas rotinas familiares, tais como as atividades de ir e vir do trabalho ou escola, cuidados pessoais de asseio/higiene, realização de tarefas corriqueiras dentro de casa exigindo dos seus elementos uma reordenação das atividades sendo assumidas por outros membros e/ou, ainda, sobrecarregando um único elemento que, a seu turno, acarreta maior sobrecarga física e emocional, com acentuadas alterações nas atividades de lazer e das relações sociais. (Koga & Furegato, 1998).

Os diferentes graus de dificuldades até então apresentados exigem um processo ensino-aprendizagem calcado em princípio na ampliação conceitual de saúde enquanto um bem inalienável e um dever do Estado. A saúde, neste entendimento, assume dimensões que extrapolam a ausência da doença, posicionando-a no centro da cotidianidade dos sujeitos como um modo, um estilo, uma condição e uma qualidade de vida onde fatores intrínsecos e extrínsecos, garantam a saúde como um todo. Nesse quadro, está implícita a saúde mental por conformar uma teia de significados simbólicos e das necessidades concretas na busca incessante de equacionar satisfação do sujeito oriunda das condições de moradia, alimentação, trabalho, lazer, transporte, acesso à informação, aos serviços comunitários e as relações que permeiam as atividades humanas.

A extrapolação do conceito de saúde revela a sua interface com as demais áreas do conhecimento o que, por sua vez, requer um novo profissional comprometido com as transformações sociais. Ao atender a esta nova ordem deve levar em conta um perfil de gerenciador de conflitos que faça uso de planejamentos participativos (estratégicos, estratégicos situacionais, método Altadir de planejamento popular – MAPP) de acordo com a escolha e a disponibilidade de implantação e de processos de

avaliação contínuos na busca da implementação e resolução dos nós críticos. Cabe a este novo profissional que se delinea na área da Saúde, em especial o enfermeiro de saúde mental, um acervo de conhecimentos técnico-científicos da clínica, da epidemiologia, da estatística e das ciências sociais e humanas como condição imprescindível para atuar satisfatoriamente na comunidade. (Levav, 1999)

O desenho deste novo profissional leva em consideração a capacidade de refletir criticamente sobre seus modos de atuação, ampliação dos seus conhecimentos e dos seus relacionamentos interacionais e interpessoais numa abordagem psicossocial onde as dificuldades, os medos, os receios, os fracassos e sucessos e as expectativas sejam, em princípio reconhecidas, avaliadas e trabalhadas em diferentes formas de enfrentamento, incluindo a criação de grupos de auto-ajuda na área, com a consciência e a certeza de que dessa forma, encontrará suportes para si e para o enfrentamento do problema em foco, assumindo uma postura mais autêntica, portanto, ética e humanizada. Nesse sentido, ressaltou-se o envolvimento afetivo com a questão que a seu turno revela a subjetividade na roda das negociações como uma variável capaz de provocar transformações.

Referências Bibliográficas

- ABREU, P. S.B. *et al.* Fardo do paciente psiquiátrico crônico na família. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e Asociación Psiquiátrica de la America Latina*, v. 13, n. 2, p. 49-52, 1991.
- BANDEIRA, M. Reinserção de doentes mentais na comunidade : fatores determinantes das re-hospitalizações. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 42, n. 9, p. 491-498, 1993.
- BRASIL. Portaria 2245, de 29 de jan. de 1992. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, Seção 1, p. 1168-70, 30 de jan. de 1992.
- CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* *Planejamento sem normas*. São Paulo : Hucitec, 1989.
- _____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde : um desafio para o público*. São Paulo : Hucitec, 1997.
- ELSEN, I. *et al.* *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1994.
- KOGA, M.; FUREGATO, A. R. F. Convivendo com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 5.; ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 4., 1998, São Paulo. *Anais*. São Paulo : FAPESP, 1998. p. 363-377.
- LEVAV, I. *Saúde mental na América Latina*. Ribeirão Preto, 19 abr. 1999. Palestra realizada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- LIMA, L. A.; MORGADO, A. A desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 41, n. 6, p. 271-275, 1992.
- MACEDO, V. G. G. As famílias e a assistência psiquiátrica no Brasil. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 150-51, 1996.
- OLIVEIRA, M. M. B.; JORGE, M. S. B. Doente mental e sua relação com a família. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 5.; ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, 4., 1998, São Paulo. *Anais*. São Paulo : FAPESP, 1998. p. 379-388.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.

- SILVA, L .R. *et al.* A prática de enfermagem com a família dos usuários de saúde mental : visão do acadêmico de enfermagem. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 5.; ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 4., 1998, São Paulo. *Anais.* São Paulo : FAPESP, 1998. p.349-362.
- WAIDMAN, M. A. P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 5.; ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 4., 1998, São Paulo. *Anais.* São Paulo : FAPESP, 1998. p. 389-407.

Mental health and family: dilemmas and proposals in offering total assistance and recovery of citizenship of mentally ill

Abstract

The present study raises a critical-reflexive discussion on Mental Health and Family as relevant points in the reorganization of Brazilian Mental Health and Psychiatric Services, as well as integrated actions in the recognition of citizenship of mentally ill people. These efforts result from Sanitary and Psychiatric Reforms which include: contestation of asylum existence, decentralization of Hospital treatment for mentally disturbed people, community and family reintroduction of disturbed individuals and the recovery of their citizenship and constitutional guarantee. Considering the increasing studies in the Health area, particularly among nursing professionals, many articles presented in the 5th Mental Health Research Congress and in the 4th Psychiatric Nursing Specialist Congress held in Ribeirão Preto, São Paulo are reviewed here in order to enhance this discussion. Information obtained from these events recalled alternative proposals based on family participation to prevent traditional treatments which lead to unsatisfactory results and low social impact. Therefore, Sanitary and Psychiatric Reforms claim a new course of social and health public politics and a reformulation of teaching and learning processes of Health Professionals so as to strategically cater for the new modes of treatment of mental disability to overcome psychosocial difficulties generated by the issue.

Key words: mental health, family, nurse.

MIRANDA, F. A. N. de. Mental health and family: dilemmas and proposals in offering total assistance and recovery of citizenship of mentally ill. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*, Londrina, v. 1, n. 1, p. 77-83, out. 1999.

