

*Com o advento da Reforma Psiquiátrica, nós, profissionais da saúde mental, nos vemos diante desta questão que tem gerado grande inquietação na vida diária, que é o cuidado em relação à família. Esta, por sua vez, também tem encontrado dificuldades, uma vez que o portador de transtorno mental passa a conviver e a ser cuidado no grupo. E diante dessas novas questões que se apresentam, a pesquisa nos mostrou diversas contradições que vão surgir da relação família, portador de transtorno mental e serviço, pois com a Reforma Psiquiátrica, a família é vista como parte fundamental no tratamento.*

***Eliane de Souza Pimenta***

# O cuidado necessário na relação família, Portador de transtorno mental e Centro de Atenção Psicossocial

*The necessary care in the relationship among family, mentally troubled people and the Psychosocial Attention Center*

ELIANE DE SOUZA PIMENTA\*

## Resumo

Este artigo apresenta como tema a relação da família com o serviço de saúde mental no tratamento dos portadores de transtorno mental, a partir de uma perspectiva institucionalista. Objetiva levantar, descrever e analisar o campo de forças que se estabelece nessa relação e que dificulta uma efetiva adesão dos familiares ao tratamento dos usuários. A pesquisa de campo foi realizada a partir da prática no Centro de Atenção Psicossocial e, também, por meio de entrevistas semi-estruturadas com famílias dos portadores de transtorno mental. Realizamos não só uma investigação da relação dos familiares com o serviço de saúde mental, como também examinamos os aspectos instituídos e instituintes dessa relação, desvendando o que dificulta o necessário e real apoio no tratamento do usuário, por parte do familiar, e o que pode propiciá-lo.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Família. Portador de transtorno mental. Desinstitucionalização. Reforma psiquiátrica.

## Abstract

This article's theme is the family relationship with the mental health care services during the treatment of mental health patients, from an institutionalist perspective. It aims to identify, describe and analyze the strength field

---

\* Mestre em Psicologia pela PUC-MG, Professora e Coordenadora do curso de Psicologia da Faculdade Presidente Antônio Carlos de Bom Despacho, Gerente do CAPS II de Contagem-MG; Email: elianepiment@yahoo.com.br

established by this relationship which makes it difficult for the family members to actually adhere to the user's treatment. The field research has been developed from my practice at the Psychosocial Attention Center, as well as using semi-structured interviews with the mental health patient's family members. In addition to performing a family member's investigation along with the mental health care service, we have also examined this relation's instituted and instituting aspects, finding out what makes the necessary and actual support to the user's treatment so difficult on the part of the family members and what it would take to make it happen.

**Keywords:** Mental health. Family. Mentally troubled person. Desinstitutionalization. Psychiatric reformation.

Antes do movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciado no Brasil no final da década de 70, a relação da família com o portador de transtorno mental era mediada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência. À família cabia identificar a loucura e encaminhar para o asilo, fornecer informações importantes, às vezes visitar o doente e esperar por sua recuperação pacientemente. "Recuperação" que, na maior parte das vezes, não acontecia, e assim o louco nunca mais voltava para o seio familiar. Morria no asilo ou ficava nas ruas perambulando, rejeitado pela família, perdendo qualquer vínculo social.

Nesse contexto, o louco era distanciado da família como uma proposta de "isolamento terapêutico". Para justificar tal procedimento, defendia-se que a família estaria sob ameaça de alienação e que, por isso, necessitaria ser protegida. O louco era encarado como uma figura perigosa para a estrutura familiar, supondo-se que poderia subverter os membros mais frágeis, tornando-se um modelo exemplar negativo, ao ser imitado. Entretanto, embora a família precisasse ser protegida do seu membro doente, o grupo era também acusado de promover a loucura. Esta contradição se dava devido à ideia de que a alienação provinha da estrutura familiar e dos conflitos que aconteciam a partir desta relação.

A Reforma Psiquiátrica teve como uma de suas propostas trazer a loucura para o seio familiar. Desta forma, vemos que ocorre uma grande transformação. Se antes o louco era afastado da família por ser uma "ameaça", ele agora é inserido nesse grupo, a partir do qual pode receber subsídios para a vida em sociedade. Com esta mudança, surgem as dificuldades enfrentadas pelos familiares diante deste novo encargo: lidar com a loucura de forma tão próxima e ainda ser parte imprescindível da reinserção social do portador de transtorno mental.

Sendo assim, esse estudo privilegia a relação entre o portador de transtorno mental, sua família e o serviço de saúde mental, enfatizando os aspectos instituídos e instituintes dessa relação, desvendando o que dificulta o necessário e real apoio no tratamento do usuário, por parte do familiar, e

o que pode propiciá-lo. A realização da pesquisa de campo se deu através de aplicação de entrevistas semi-estruturadas, com quatro famílias de portadores de transtorno mental do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Ribeirão das Neves - MG, em janeiro de 2007. As famílias selecionadas para serem entrevistadas foram aquelas cujo portador de transtorno mental encontrava-se em tratamento e estabilizado. A escolha dos informantes se deu mediante discussão com a equipe de saúde do CAPS de Ribeirão das Neves. Procurou-se incluir o membro da família mais próximo do usuário e a pessoa de referência do serviço de saúde, ou seja, aquela pessoa com quem os profissionais do CAPS estabeleciam contato. As entrevistas foram realizadas nas residências dos entrevistados. O portador de transtorno mental não foi excluído do processo: ele foi convidado a participar da entrevista, caso tivesse interesse. Sua contribuição, nos casos em que ocorreu, veio como complementação dos dados colhidos.

A ida a campo permitiu o conhecimento da realidade dos grupos familiares pesquisados e da sua real articulação com o serviço de saúde mental. Além disso, utilizamos a análise da implicação da pesquisadora, que como parte integrante da equipe constitui por si um atravessamento para a pesquisa, pois de certa maneira atualiza várias instituições também presentes nessa pesquisa: o lugar de trabalhadora de saúde, da psicologia, da academia, dentre outras. Nesse contexto, optamos por não entrevistar familiares de pacientes que estavam sob nosso cuidado profissional, dado que nesses casos já existiria um vínculo previamente estabelecido com os entrevistados, e isso poderia influenciar nas respostas fornecidas. Ainda assim, acreditamos que as respostas dos familiares sofreram alguma influência, uma vez que a entrevistadora fazia parte da equipe do serviço de saúde. Os entrevistados talvez acreditassem que não deveriam avaliar negativamente o serviço prestado, já que precisam da assistência.

Essa pesquisa tem ainda como marco teórico a Análise Institucional de Lourau (1975). A partir das ideias do citado autor, podemos afirmar que a instituição se constitui na dialética instituinte *versus* instituído, compondo processos cotidianos que se fazem entre pessoas, ações, conhecimentos e práticas social e historicamente produzidas. O campo do instituinte corresponde às forças produtivas que tendem tanto a transformar as instituições quanto a fundá-las, quando ainda não existem. O instituinte é dinâmico, considerado como grandes momentos históricos, revolucionários, de transformações institucionais, fundamentando a contestação, a capacidade de inovação. Por outro lado, o instituído seria o produto do que já foi um dia instituinte, sendo resultado do processo de fundação de uma instituição, correspondendo ao que é estático, ao que está estabilizado. Ou seja, esse pólo sustenta a ordem estabelecida, os valores, os modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão. Nessa perspectiva, as resistências à mudança são resistências do instituído ao instituinte, amparado nas formas

sociais instituídas que operam em prol da reprodução. A partir desta visão evidenciamos quais atravessamentos existem na relação família, portador de transtorno mental e o serviço de saúde mental, e que efeitos esses atravessamentos têm no grupo participante da pesquisa e no tratamento do portador de transtorno mental.

Com o advento da Reforma Psiquiátrica, nós, profissionais da saúde mental, nos vemos diante desta questão que tem gerado grande inquietação na vida diária, que é o cuidado em relação à família. Esta, por sua vez, também tem encontrado dificuldades, uma vez que o portador de transtorno mental passa a conviver e a ser cuidado no grupo. E diante dessas novas questões que se apresentam, a pesquisa nos mostrou diversas contradições que vão surgir da relação família, portador de transtorno mental e serviço, pois com a Reforma Psiquiátrica, a família é vista como parte fundamental no tratamento. Porém, na prática, encontramos muitas dificuldades para efetivação desta proposta. Há um jogo de forças que precisa ser constantemente analisado e levado em consideração, cotidianamente, para que haja uma solidificação da proposta da Reforma Psiquiátrica: fazer com que a família seja cuidada, conseqüentemente, parceira no tratamento do portador de transtorno mental.

Portanto, vemos que a relação entre a família, o usuário e o CAPS é permeada por um jogo de forças dialéticas entre o instituído e o instituinte. Em alguns momentos, as forças instituintes têm mais vigor, e emerge o novo, aquilo que potencializa a relação, o tratamento, a vida cotidiana. Outras vezes, as forças instituídas ganham mais energia, levando a uma relação mais endurecida, sem produção, voltada para a manutenção do estabelecido, neste caso para culpabilizações e, conseqüentemente, influenciando de maneira negativa o tratamento do portador de transtorno mental. A partir disso vemos que é preciso analisar como se dá o encontro entre família e serviço de saúde. Que pactos acontecem nesta relação? Quais deles vêm proporcionando mais saúde e qualidade de vida para os portadores de transtorno mental e em que condições têm acontecido? Quais deles facultam mudanças nos serviços e nos modos de funcionamento familiar? Que dispositivos investem na cristalização destas relações: o olhar individualizante, a família, o portador, o serviço, o tratamento?

Contudo, com base na Análise Institucional de Lourau (1975), percebemos que persiste a presença do instituído, que tenta calar a todo custo o novo que irrompe e que, nesse momento, é visto só em seu lado negativo ou perturbador. Essa postura tenta driblar o instituinte que convoca outra forma de ser da família, no momento da eclosão da doença mental, e que abala o que já está estabelecido. A relação vai sendo moldada como se não fosse possível ampliar o horizonte das possibilidades diante do transtorno mental. As incertezas e dúvidas iniciais vão sendo substituídas pela certeza da incurabilidade, o que vai enrijecendo as relações da família com o portador de transtorno mental, além dos conflitos que vão aparecendo

com a desestabilização do quadro, com a presença de comportamentos que geram intolerância no âmbito familiar.

No entanto, como o instituído existe concomitantemente com o instituinte, percebemos que esse embate de forças se dá num momento de singularidade, acontece na especificidade de cada serviço. Sendo assim, a proposta de o CAPS substituir o hospital psiquiátrico, esta forma mais humanizada de lidar com o transtorno mental, também tem alcançado seus objetivos. Os relatos dos familiares sobre o tratamento dispensado ao portador de transtorno mental, no CAPS, revelam que esta instituição é a que melhor atende as expectativas dos usuários e familiares, se a compararmos ao hospital psiquiátrico. Ressaltamos, no entanto, que os relatos dos informantes dizem respeito apenas à instituição que serviu de contexto para esta pesquisa, e que não refletem, necessariamente, a situação de outros CAPS, em outras regiões do estado e do país.

Sabemos que essas contradições emergem no nosso campo de análise no momento em que a questão da desinstitucionalização da loucura entra em cena, ressaltando que desinstitucionalizar não é apenas desospitalizar, mas também não só a construção de toda uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar dos portadores de transtorno mental e das suas famílias, visando à autonomia e à reintegração do sujeito à família e à sociedade. Com a Reforma Psiquiátrica, a loucura foi e está sendo gradativamente inserida em nosso meio social, na família, na sociedade, no dia a dia, concepção diferente do modelo anterior à reforma psiquiátrica. Desinstitucionalizar significa não desejar que o outro seja dominado e tutelado, ainda que tenha uma doença mental. Dessa maneira, ele deve estar também aberto para o novo. Percebemos que a família é essencial na promoção dos laços do louco na sociedade. Sem dúvida, esse grupo tanto sofre os efeitos dos processos institucionais que atravessam esse movimento, quanto também é agente dessas transformações. Neste sentido, esta não é uma realidade estática, em equilíbrio, mas em constante construção, de invenção prático-teórica, em relação direta e objetiva com a realidade que a cada momento se apresenta e transforma e que tem como atores principais o CAPS, o portador de transtorno mental e a família.

Sendo assim, é necessário que o serviço, conforme Baremlitt (2002) faça um exercício de auto-análise e se submeta para deslindar sua implicação no tocante à geração da demanda. Essa auto-análise do que é ofertado pela organização é chamada pelo autor de "análise da oferta". Diante disso, seria importante que o serviço fizesse constantemente as seguintes questões e tentasse responder a ela: o que estamos ofertando à família para que ela esteja implicada no processo de tratamento do portador de transtorno mental? O que está sendo ofertado diante das demandas das famílias? Será que o serviço não se acha mais responsável que a família no tratamento, por ser o local em que se encontram os especialistas? Ou será que a oferta, em relação às famílias, não é de desqualificação desses grupos?

Assim, percebemos que é preciso que a oferta do serviço entre em análise também. E não somente a família, como normalmente vem acontecendo. Não podemos proceder como se a família fosse, indistintamente, capaz de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental. É necessário que o sistema de saúde e todos os dispositivos que abarcam a assistência ao portador de transtorno mental também estejam preparados para receber e dar suporte à família.

Ao mesmo tempo, é preciso atentar para o fato de que, a partir do momento em que se consegue fazer da família uma parceira no tratamento, é preciso estar atento às forças instituídas. No caso, a tendência do grupo é se manter à mercê dos especialistas, repetindo práticas já fixadas e que não deram certo. No nosso entender, é latente a necessidade de que aconteçam processos que levem a força instituinte a aflorar no seio familiar, permitindo que os familiares do doente saiam do lugar da queixa, que deixem de se sentir vítimas, ou que carregam um fardo. Talvez essa força possa ser usada para promover um novo sentido para a vida, mais prazerosa do que a relação já instituída e que a doença possa permitir. O desafio que cabe aos profissionais da saúde mental é construir dispositivos que apontem nessa direção.

Diante do exposto e no enfoque da Reforma Psiquiátrica, percebemos que a compreensão da doença mental e do tratamento dispensado deve procurar envolver os familiares e a sociedade em geral na busca de parcerias para um cuidado à saúde o mais integrado possível ao meio de convívio do portador de transtorno mental. Acreditamos que a família informada, orientada e incluída no projeto terapêutico atuará como agente co-terapêutico, contribuindo para maiores possibilidades de alívio do sofrimento mental e integração social. Assim, contribuirá para a diminuição do estigma da doença e da exclusão e segregação que têm sido a tônica nas formas anteriores e, ainda, nas atuais, de tratamento das pessoas com sofrimento mental.

Sabemos que são diversas as formas como os membros das famílias podem participar do processo terapêutico do portador de transtorno mental. Porém, grande parte da adesão decorre do papel desempenhado pelas instituições no sentido de sensibilizar os componentes da rede sociofamiliar a participar de forma mais ativa no tratamento do paciente, fortalecendo o vínculo com a instituição, o que nem sempre é observado. Gonçalves e Sena (2001) salientam que, na prática, a equipe, como um todo, dificilmente está disponível e/ou disposta a trabalhar a dimensão subjetiva e objetiva do cuidado com o doente mental. Os autores observam também que é comum profissionais da saúde mental exigirem que a família aceite a doença sem oferecer a ela suporte e orientações.

Mas é preciso que os familiares sejam cuidados para que deem conta de cuidar. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), um dos



objetivos do CAPS é incentivar que as famílias participem, da melhor forma possível, do cotidiano dos serviços. Os familiares são, muitas vezes, o elo mais próximo que os usuários têm com o mundo e, por isso, são pessoas muito importantes para o trabalho do CAPS. Os familiares podem participar do CAPS, não somente incentivando o usuário a se envolver no projeto terapêutico, mas também participando diretamente das atividades do serviço, tanto nas atividades internas, quanto nos projetos de trabalho e ações comunitárias de integração social. Os familiares são considerados pelos CAPS como parceiros no tratamento. A presença no atendimento oferecido aos familiares e nas reuniões e assembleias, trazendo dúvidas e sugestões, também é uma forma de os familiares participarem, conhecerem o trabalho dos CAPS e passarem a se envolver, de forma ativa, no processo terapêutico.

Embora a Reforma Psiquiátrica tenha tido repercussões positivas com os familiares e com a comunidade em geral, a partir da pesquisa realizada, ainda fica clara a necessidade de melhorar a relação do serviço de saúde mental com a família. Romagnoli (2004, p. 79) acredita que “[...] os serviços de saúde mental têm potencial para estabelecer uma parceria com as famílias, para ajudar a construir outro arranjo coletivo, outra relação com a doença mental”, sendo possível gerar um campo de afetamento que opere a criação de novos modos de subjetivação, e que, portanto, possibilite que forças instituintes estejam mais atuantes. É possível que isso aconteça a partir da associação do conhecimento teórico-técnico do profissional ao conhecimento da família sobre si mesma. Porém, cabe ressaltar que o conhecimento teórico-técnico não perpassa todos os profissionais que trabalham em um CAPS. Os profissionais, tais como auxiliares de enfermagem, profissionais de apoios, pessoal administrativo, porteiro, dentre outros, na maioria das vezes, privilegiarão primeiramente a prática. Alguns deles nunca haviam ouvido falar de Reforma Psiquiátrica, mas precisam conhecê-la para aprender a lidar com o portador de transtorno mental, e reconhecer todo o processo que envolve o tratamento e os familiares.

Quando um familiar procura um profissional de saúde mental para tratar de seu parente enfermo, surge a oportunidade de que este profissional possa acolher o sofrimento não somente da pessoa adoecida, mas também do familiar que o acompanha. Abrem-se as portas para um pedido de ajuda e suporte para se enfrentarem as dificuldades no relacionamento com a loucura. Mais do que derrubar paredes, muros e grades, desinstitucionalizar significa desmontar estruturas mentais (formas de olhar) que se coisificam e se transformam em instituições sociais. O problema fundamental, nesse sentido, não reside em remover o sintoma, a doença, ou recuperar a pessoa, mas em criar muitas possibilidades de vida dentro de um novo modelo cultural que deixe de ser o de custódia ou de tutela, apoiando-se na participação e no desenvolvimento de projetos que alarguem os espaços de liberdade dos sujeitos. E claro, propiciando a inclusão da família nesses espaços de intervenções.



O trabalho de reabilitação psicossocial passaria a ser entendido como um processo, visando à reabilitação e ao desenvolvimento de novas atitudes e comportamentos não somente nos pacientes, mas também nos familiares e nos técnicos, de maneira a engendrar movimentos inovadores de produção de trocas afetivas e de sociabilidade. Só assim é possível efetivar a proposta da Reforma Psiquiátrica. De acordo com Pereira (2003) e com nossas constatações, o modelo tradicional de atenção, com raras exceções, vem mantendo a família distante do processo de assistência psiquiátrica, o que contribui para que a mesma tenha uma representação patogênica ou culposa, objeto de introjeções e projeções. Em um sistema novo de atendimento, que propõe a permanência do portador de transtorno mental no interior da família, aumenta-se a necessidade de rever a relação entre o serviço, os usuários e seus núcleos familiares. Esse triângulo implica transformação e envolvimento entre seus integrantes, além da possibilidade de evitar atribuições de culpa, evitando que a família seja condenada a um papel de “bode expiatório”.

Diante disso, a aproximação do universo desses familiares pede paciência e sensibilidade na procura de sentidos que possam brotar de suas histórias de vida. Estar a serviço da subjetividade dos familiares sugere a estratégia de procurar conhecê-los de uma maneira mais global e abrangente, em suas múltiplas dimensões existenciais, tentando, desta maneira, desenvolver modalidades de cuidado mais apropriadas às suas necessidades. Não existe uma “receita” ou um “manual” de como abordar a família. Mas é necessário que, caso a caso, sejam avaliadas e adotadas técnicas e intervenções para a demanda apresentada. Pois as necessidades não podem ser generalizadas, porque são singulares, únicas, possuindo sentidos e significados no seio de cada grupo familiar. Assim como não existe um modelo universal de família, não existe um modelo único para se conviver com a doença mental. Cada pessoa tem um estilo singular de viver e de lidar com as situações de vida. Cada um tem sua maneira particular de olhar e reagir em relação às doenças mentais.

Como profissionais, temos que trabalhar para que a maior parte das famílias dê conta de lidar da melhor forma com o portador de transtorno mental e sua doença. Porque, no mínimo, esta relação existirá uma circulação da vida, além de que atualmente existe um grande acúmulo de evidências que demonstram a eficácia das intervenções familiares em promover melhora do quadro clínico, diminuir ou atenuar recaídas e diminuir o número de internações psiquiátricas nos pacientes com transtorno mental grave. As pesquisas, de forma geral, epidemiológicas e as experiências terapêuticas apontam para a necessidade de se desenvolverem estratégias de envolvimento da família.

Sendo assim, no cenário da saúde mental, os familiares têm que ser chamados a participar ativamente na implantação do projeto terapêutico do portador de transtorno mental, bem como devem ser atores privilegiados

na luta por melhores condições de assistência psiquiátrica, mas ao mesmo tempo serem assistidos diante de suas questões.

Os familiares precisam de espaço para expandir. Espaços em que possam expressar-se de modo mais livre e autêntico, espaços que estimulem movimentos de expansão para “dentro”, permitindo que se abram para as multiplicidades que povoam nosso universo interno; e para “fora”, à procura de transformações da realidade externa para que a vida de todos possa melhorar. Para que haja funcionalidade efetiva nessa trajetória, muitos aspectos deverão ser considerados e muitos investimentos deverão ser realizados de forma sistemática, objetivando-se um real preparo da família para esse novo fazer que a Reforma Psiquiátrica instituiu.

É importante ressaltar que os cursos de graduação, voltados para a saúde, também têm que oferecer uma formação mais adequada à nossa realidade e apontar para práticas instituintes, possibilitando que intervenções mais amplas sejam realizadas no campo da saúde. Só pode ser ofertado o que se sabe, e os cursos de graduação não oferecem esse tipo de formação. Especificamente, quanto ao curso de psicologia, Herter *et al.* (2006) afirmam que nas diretrizes curriculares não está posto que a formação do psicólogo deva contemplar o sistema de saúde vigente no País, que também pressupõe o trabalho em equipe multidisciplinar e a atenção integral à saúde, práticas, atualmente, muito relevantes para o exercício da profissão.

Além disso, cabe relevar também a importância de o profissional estar aberto à construção de novos saberes e para a ampliação de suas intervenções, e que estas não sejam somente aquelas voltadas e orientadas, exclusivamente, pelas preferências teóricas da academia. Herter *et al.* (2006) salientam a necessidade de adotarmos um modelo mais amplo em que esses aspectos sejam considerados e que atendam à demanda da comunidade, além de pontuar a questão da importância do cuidado e da produção de saúde.

Romagnoli (2006) também enfatiza a necessidade de, cada vez mais, o psicólogo ocupar o lugar na saúde pública e, sobretudo, ampliar seus conhecimentos e suas intervenções com o grupo familiar. Romagnoli (2006, p. 7) ainda afirma que:

*[...] para a além da visão de uma clínica tradicional, encontra-se uma realidade processual e multideterminada. Reconhecendo esta pluralidade devemos direcionar nossas práticas para a promoção da saúde e a realização de serviços em conjunto com outras disciplinas, sobretudo na saúde pública. Dispostas a efetuarem trabalhos transdisciplinares, as equipes se defrontam com a urgência com que cada disciplina deve desenvolver-se, de maneira a poder articular-se com as outras para, então, formarem um anel de conhecimento do conhecimento, delineando um espaço “trans” de estudo e de aplicação. Essa proposta deve ser*

*embasada no respeito mútuo e ter como meta a intervenção nessa realidade que sempre se localiza em certo lugar além de qualquer ótica estabelecida por qualquer ciência.*

Enfim, percebemos que o contexto social tem exigido que a psicologia e outras ciências elaborem novas estratégias de trabalho, principalmente que promovam uma melhora na qualidade de vida, promoção de melhores relações humanas e sociais, e se preocupem com os problemas locais concretos da comunidade.

Especificamente, com respeito à questão da saúde mental, Pereira (2003) evidencia, a partir dos estudos que fez, a necessidade e a importância dos suportes do serviço de saúde. Enfatiza o valor dos grupos multifamiliares em que as trocas podem acontecer pelo encontro com os outros, pela expressão de emoções e sentimentos esperados nesses grupos, além do aprendizado de informações que poderão trazer mudanças de atitude com relação à doença mental e, conseqüentemente, à pessoa que sofre. E é claro que essa melhora, irá se refletir na relação com o serviço.

Para que a família seja abordada nesse processo do tratamento, para a fim de que ela se sinta fortalecida ao ser parceira deste, é necessário que as intervenções, e o suporte a ela garantido, envolvam questões de informações, treinamento para desenvolver habilidades básicas, suporte para aumentar a capacidade emocional da família, escuta das questões particulares, dentre outras. Essas intervenções de amparo e subsídio são necessárias para que a família possa concretamente assumir papel ativo neste percurso, sem que seus membros se sintam desamparados e desassistidos. A partir daí, poderíamos dizer de uma efetivação da Reforma Psiquiátrica.

Para cuidar, são necessários suporte e alívio de tensões e de angústia. Possibilitar ao familiar um espaço em que ele possa se sentir apoiado, em que diferentemente do papel que desempenha em casa, ele tenha espaço para dizer daquilo que é insuportável, que não dá conta de resolver e que o incomoda, pois se espera que essa pessoa resista a todo tipo de sofrimento, demanda e angústias que pairam sobre sua vida. Frente à estrutura do seu cotidiano, não lhe resta tempo para lidar com essas questões.

Neste sentido, esperamos que o presente estudo, longe de esgotar a temática proposta, leve a acréscimos e a ampliações sobre essa temática, sobretudo para os profissionais que lidam em seu cotidiano com as famílias de portadores de transtorno mental, no intuito de que estes contribuam para a construção de trabalhos com famílias, que deem passagem às forças instituintes, a novas formas de tratar e trabalhar com o grupo, a outras conexões com a loucura.

## Referências

---

BAREMBLITT, Gregório. **Compêndio de análise institucional e outras correntes.** Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

*Conhecimento & Diversidade, Niterói, n. 7, p. 43–54  
jan./jun. 2012*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **A Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**, 1 ed. Brasília, DF, 2004.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 48-55, mar./abr. 2001.

HERTER, Marcos Lourenço et al. Psicologia. In: HADDAD, Ana Estela et al. (Orgs.). **A trajetória dos cursos de graduação na saúde**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006, p. 412-453.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Vozes, 1975.

PEREIRA, M. A. O. P. Representação da doença mental pela família do paciente (fev. 2003). **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 71-82, fev. 2003.

ROMAGNOLI, R. C. Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 305-314, maio/ago. 2006.

\_\_\_\_\_. Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. **Pulsional**, São Paulo, v. 17, n. 180, p. 71-80, dez. 2004.