

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Mestrado em Psicologia

**A RELAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO DOS
PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL REALIZADO
NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
uma perspectiva institucionalista**

Eliane de Souza Pimenta

Belo Horizonte

2008

Eliane de Souza Pimenta

**A RELAÇÃO DAS FAMÍLIAS NO TRATAMENTO DOS
PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL REALIZADO
NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
uma perspectiva institucionalista**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli

Belo Horizonte

2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

P644f Pimenta, Eliane de Souza
A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista / Eliane de Souza Pimenta. Belo Horizonte, 2008.
123f.

Orientadora: Roberta Carvalho Romagnoli
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Bibliografia.

1. Saúde mental. 2. Família. 3. Transtornos mentais. 4. Análise institucional. 5. Desinstitucionalização. I. Romagnoli, Roberta Carvalho II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 615.851

Eliane de Souza Pimenta

**A relação das famílias no tratamento do portador de transtorno mental
realizado no Centro de Atenção Psicossocial: uma perspectiva institucionalista**

Dissertação apresentada ao Mestrado de Psicologia na área de concentração
Processo de Subjetivação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Belo Horizonte, fevereiro de 2008.

Profa. Dra. Marisa Lopes da Rocha - UERJ

Profa. Dra. Andréa Maris Campos Guerra – PUC Minas

Profa. Dra. Roberta Carvalho Romagnoli (Orientadora) – PUC Minas

Aos meus pais (Joana e Aladim) e minhas irmãs (Elisa e Priscila), nos quais tudo faz sentido. Com eles, eu irei por onde for... na linha do Equador no meio da Terra, na divisão dos hemisférios. Na sombra dos pontos cardeais, nas planícies dos cafezais, no centro da vontade de Deus. Na jornada final... juntos nessa caminhada, com fé e dedicação sempre.

Agradecimentos

À Roberta Romagnoli, por toda a disponibilidade, inteligência e atenção. Sua contribuição foi imprescindível para a construção do trabalho. Foi um encontro perfeito.

À Andréa Guerra e Marisa Rocha, pelas preciosas contribuições.

À minha turma do Mestrado, pelas críticas pertinentes e momentos agradáveis vividos.

À CAPES, pelos recursos fornecidos para a realização desta pesquisa.

À Marília Rita, pela receptividade, graciosidade e ajudas fornecidas ao longo deste percurso.

Aos familiares dos portadores de transtorno mental que concordaram em participar desta pesquisa e que trouxeram dados valiosos para o trabalho.

Aos portadores de transtorno mental do NAPS de Ribeirão das Neves, que sempre me intrigaram a buscar novos conhecimentos.

À Equipe do NAPS de Ribeirão das Neves, por ter apostado na minha pesquisa.

À minha família, por sempre estar ao meu lado, apoiando-me em tudo e vibrando comigo nas conquistas.

“De certa forma, todo sujeito precisa romper consigo mesmo para se expressar. Toda criação implica uma morte. Algo no passado tem de morrer para nascer o novo, o que não existe e o que está por vir”.

(Jonas Melman, 2001)

RESUMO

Esta pesquisa tem como tema a relação da família, no tratamento dos portadores de transtorno mental – PTM, com o serviço de saúde mental, a partir de uma perspectiva institucionalista. Tem como objetivo levantar, descrever e analisar o campo de forças que se estabelecem na relação entre famílias, portadores de transtorno mental e o serviço de saúde mental que dificultam uma efetiva adesão dos familiares ao tratamento dos usuários atendidos em Ribeirão das Neves. A pesquisa de campo foi realizada a partir de minha prática no Centro de Atenção Psicossocial de Ribeirão das Neves, e também, por meio de entrevistas semi-estruturadas com 04 (quatro) famílias dos portadores de transtorno mental, usuárias desse serviço. Nesse contexto, definimos e contextualizamos o papel da família, no tratamento do usuário, portador de transtorno mental. Realizamos não só uma investigação da relação dos familiares com o serviço de saúde mental, evidenciando os analisadores presentes, a partir da Análise Institucional, de René Lourau, como também examinarmos 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. Também apresentamos algumas experiências de trabalho com os familiares dos portadores de transtorno mental, ressaltando que são poucas as produções e relatos, relativos a esse tema, existentes no Brasil. Este estudo busca uma maior ampliação dessa discussão, além de contribuir para o campo das intervenções com os familiares dos portadores de transtorno mental. Concluímos ainda que é necessário que os serviços de saúde mental encontrem estratégias para abranger as famílias durante o tratamento, ampliando, dessa maneira, o horizonte das intervenções, para que, assim, esse grupo possa ser parceiro no tratamento do portador de transtorno mental e possibilite a emergência de forças instituintes na relação entre família, portador de transtorno mental e os serviços de saúde.

Palavras-chave: saúde mental, família, portador de transtorno mental, análise institucional, desinstitucionalização, reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

This research is about the mentally troubled patient's family relations with mental health care services, from an institutionalistic perspective. It aims to identify, describe and analyze the force field established within the families, the mentally troubled patients and the health care services relations, as they make it very hard for the family members to adhere to the treatment of Ribeirão das Neves patients. The field research has been made not only from my practice at the Psychosocial Attention Center in Ribeirão das Neves, but also from semi-structured interviews with 4 (four) of the service's mentally troubled patients families. Within this context, we have defined and put in context the role of the mentally troubled patient's family in his treatment. We investigated the family members' relations to the health care service, emphasizing the analyzers present, according to René Lourau's Institutional Analysis. We have studied the instituted and instituting aspects of this relation, finding out what makes it hard for the family members to adhere to patient's treatment, as well as it's causes. We have also presented some work experiences among the mentally troubled patients family members. There are only a few articles and papers on this matter in Brazil. This study aims to increase that discussion and to contribute to the intervention field among the mentally troubled patients families. We have also concluded that mental health care services need to find out strategies to include the families in the treatment. By doing so, they would expand the intervention horizons, making of this group a partner in the mentally troubled patient's treatment and allowing the emergency of instituting parts in the relations among the family, the mentally troubled patient and the health care services.

Key-words: mental health, family, mentally troubled patient, institutional analysis, uninstitutionalization, psychiatric reform.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

PTM – Portador de Transtorno Mental

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 O “NORTE” DA PESQUISA	12
1.1 O CAMINHO UTILIZADO PARA CHEGAR AQUI	31
2 O CAPS DE ONDE FALO	38
3 A RELAÇÃO USUÁRIO, FAMÍLIA E SERVIÇO.....	55
3.1 HISTÓRIA DO TRANSTORNO MENTAL NA FAMÍLIA	57
3.2 DINÂMICA DA FAMÍLIA.....	61
3.3 RELAÇÃO DA FAMÍLIA COM O SERVIÇO	74
3.4 FAMÍLIA E ANALISADORES	84
4 ALGUMAS EXPERIÊNCIAS NO CUIDADO COM A FAMÍLIA	98
CONCLUSÃO	106
BIBLIOGRAFIA.....	113
APÊNDICE A	120

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema a relação família, portadores de transtorno mental e o serviço de saúde mental, enfatizando o caso das famílias dos usuários atendidos em Ribeirão das Neves, a partir de uma perspectiva institucionalista. A partir dessa relação evidenciamos quais atravessamentos existem, e que efeitos têm no grupo participante da pesquisa e no tratamento do portador de transtorno mental.

O objetivo deste estudo é levantar, descrever e analisar o campo de forças que se estabelecem na relação entre famílias, portadores de transtorno mental¹ e o serviço de saúde mental, os quais dificultam uma efetiva adesão dos familiares ao tratamento dos usuários atendidos em Ribeirão das Neves. Para isso, definimos e contextualizamos o papel da família dos portadores de transtorno mental no tratamento de seu familiar, usuário do serviço de saúde mental. Realizamos não só uma investigação da relação dos familiares com o serviço de saúde mental, evidenciando os analisadores presentes, a partir da Análise Institucional de René Lourau, como também examinamos os aspectos instituídos e instituintes dessa relação desvendando o que dificulta o real e necessário apoio no tratamento do usuário, por parte do familiar, e o que pode propiciá-lo.

A necessidade de estudar as famílias dos portadores de transtorno mental surgiu a partir da minha prática profissional e das diversas dificuldades que acontecem no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), localizado em Ribeirão das Neves, região metropolitana de Belo Horizonte. Os problemas do cotidiano me convocaram para este estudo. Como intervir com os familiares dos portadores de transtorno mental? Como atender a demanda da família? O que é possível ofertar a esse grupo? Como trazer a família para que seja parceira do tratamento? Como melhorar a relação entre família, portador de transtorno mental e o CAPS? O que é necessário que a equipe faça diante dessas questões? Dentre várias, outras questões me impulsionaram a conhecer mais esta relação (família, portador de transtorno mental e CAPS), repleta de contradições e tão necessitada de maior

¹ O termo Portador de Transtorno Mental é adotado pelo Ministério da Saúde para designar a pessoa acometida por um transtorno mental (BRASIL, 2001). Segundo Rocha (2008), o termo reduz o diagrama de forças produtoras de modos de subjetivação ao seu efeito e objetiva a doença no sujeito. Cria uma ênfase na personagem ("o louco") e não nas relações que produz. Para a autora, o portador

interesse por parte dos profissionais da área da saúde mental.

Para abordar a temática proposta, o trabalho divide-se em quatro capítulos. No capítulo I, estudamos a Reforma Psiquiátrica, explicitando a questão da desinstitucionalização e a inserção da família neste processo. Também abordamos a Análise Institucional de René Lourau, base teórica que sustenta esta pesquisa, e apresentamos a metodologia utilizada para a sua realização.

No capítulo II, apresentamos e contextualizamos o serviço onde foi realizada a pesquisa, ressaltando o papel da família e do Centro de Atenção Psicossocial, a partir da proposta da Reforma Psiquiátrica.

No capítulo III, realizamos o mapeamento e análise das contradições advindas da relação família, usuário e serviço de saúde mental a partir da fala dos entrevistados, tendo como base os analisadores espontâneos que compõem a teoria da Análise Institucional de René Lourau, como explicitado no decorrer do texto.

Já o capítulo IV aborda algumas experiências de trabalho com os familiares dos portadores de transtorno mental.

Ao final da pesquisa, apresentamos a conclusão do estudo realizado. Esperamos mediante esta pesquisa, poder contribuir para a efetivação da Reforma Psiquiátrica e propor algumas direções quanto à abordagem dos familiares dos portadores de transtorno mental.

1 O “NORTE” DA PESQUISA

Ao longo dos anos, com o movimento da reforma psiquiátrica, vários aspectos relacionados à loucura vieram sofrendo mudanças, tais como: tratamento, visão da sociedade, vivência do louco junto à família e o manejo diante da loucura, dentre outros, com o intuito de intervir na cultura e nos preconceitos da sociedade a respeito da loucura e dos loucos. De acordo com Amarante (1995), essas mudanças foram do tipo: epistemológica, criações de novos dispositivos e estratégias, revisões de conceitos dentro da dimensão jurídico-política, transformações no campo social, político, cultural e na forma de ver e lidar com a loucura.

Amarante (2001) entende por Reforma Psiquiátrica um processo complexo no qual essas quatro dimensões simultâneas se articulam e se retroalimentam. Por um lado, o processo se dá pela dimensão epistemológica que opera uma revisão e reconstrução no campo teórico da ciência, da psiquiatria e da saúde mental. Por outro, na construção e invenção de novas estratégias e dispositivos de assistência e cuidado, tais como os centros de convivência, os núcleos e centros de atenção psicossocial, as cooperativas de trabalho, dentre outras. Na dimensão jurídico-política temos, a revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária (irresponsabilidade civil, periculosidade etc.) e a transformação, na prática social e política, de conceitos, tais como cidadania, direitos civis, sociais e humanos. Finalmente, na dimensão cultural, um conjunto muito amplo de iniciativas vão estimulando as pessoas a questionarem princípios, preconceitos, opiniões formadas com rela a loucura. É a transformação do imaginário social com relação à loucura, não como lugar de morte, de ausência e de falta, mas de desejo e de vida.

Vale lembrar que a Reforma Psiquiátrica, no Brasil, inicia-se no fim da década de 70. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental foi o principal ator no projeto dessa reforma, pelas graves denúncias expressas no modelo até então vigente. Esse movimento traz propostas de reformulação do sistema assistencial e consolida o pensamento crítico acerca do saber psiquiátrico tradicional.

Em 1989 formula-se o projeto de Lei n. 3.657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva dos manicômios, a proibição da

construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e a contratação de leitos privados (BRASIL, 1989). Apenas em 2001, o projeto é aprovado e torna-se a Lei 10.216 (BRASIL, 2001). A lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (PTM), e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, garantindo o direito de o portador de transtorno mental ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Com essa proposta, a internação só é indicada se os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e as ações de cuidado passam a acontecer no espaço em que o sujeito vive, em dispositivos não-hospitalares. Nessa perspectiva, o tratamento se realiza com o propósito de melhorar a vida cotidiana e não exclusivamente de reduzir o sintoma, e, principalmente, busca-se promover laços sociais para vencer a exclusão.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços preconizados a partir do início do movimento da reforma psiquiátrica, como substitutivos aos hospitais psiquiátricos. São serviços de saúde abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo locais de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (BRASIL, 2004). Além desse tipo de serviço, vários outros foram criados como também diversas parcerias são estabelecidas visando à intersectorialidade e à abrangência do portador de transtorno mental como um ser biopsicossocial.²

² Costa (1989) faz crítica ao termo biopsicossocial. O autor explica que a representação da personalidade da Psiquiatria preventiva funda-se sobre a noção do indivíduo como unidade biopsicossocial. Para o autor, o termo foi "inventado" para reafirmar o lugar do psiquiatra. Pois, com Kraepelin, a psiquiatria se vê constrangida a aceitar que a doença mental era uma doença do psiquismo e não do soma. E como o objeto da psiquiatria preventiva é a saúde mental, e não mais a doença mental, esta teve que recorrer em teorias e disciplinas não-médicas às bases de sua nova prática. E assim formula que o indivíduo não era nem biológico, nem psicológico nem sociológico, mas um todo indivisível, uma unidade biopsicossocial. O referido autor afirma que o psiquiatra já tinha abdicado de sua originalidade teórica, e não poderia abrir mão de sua competência prática, se quisesse continuar existindo como categoria profissional. Evidentemente, a maneira mais fácil de defender sua especificidade profissional foi a de lembrar o esquecido fator biológico na gênese do psiquismo, a fim de reintroduzi-lo no campo do saber médico. A invenção dessa nova noção visa, primordialmente, realçar a função profissional do psiquiatra, e, só secundariamente, criar uma originalidade científica qualquer em matéria de doença mental. O autor ainda afirma que nenhum saber científico atual ousaria explicar a globalidade da conduta humana a partir de um único princípio explicativo, além de esta unidade (biopsicossocial) esconder uma multiplicidade dos conceitos que a compõem, pois uma noção científica só tem razão de existir, quando consegue explicar um fenômeno que sem ela seria ou inexplicável ou mais difícil de explicar. Para ele, nesta unidade não há síntese e sim, justaposição. Desta forma, os psiquiatras se limitam a expor os pontos de vista biológico, psicológico e sociológico sobre saúde e doença mental. Para Costa (1989), este termo não faz

Com a Reforma Psiquiátrica, a loucura foi e está sendo gradativamente inserida em nosso meio social, na família, na sociedade, no dia-a-dia. Entretanto, ainda há dificuldades na solidificação dessa nova proposta, muitas estratégias e serviços foram criados e, ainda hoje, avanços acontecem. Neste processo, 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.

A Reforma Psiquiátrica apresenta inegáveis avanços, mas, ao mesmo tempo, percebemos que muito se pensou na assistência do paciente, sem levar em conta a família, sendo que, mais do que nunca, o portador de transtorno mental está inserido na família e não isolado ou excluído em manicômios. Ainda são poucos os estudos encontrados e propostas para trazer os familiares para junto da saúde mental, já que, a partir da perspectiva da reforma psiquiátrica, a família é considerada parte essencial do tratamento. Além disso, pode ser o principal veículo da promoção dos laços sociais na vida do portador de transtorno mental, uma vez que sua reinserção social passa, invariavelmente, por esse grupo.

Sendo assim, esta pesquisa tem como tema a relação da família, no tratamento dos portadores de transtorno mental, com o serviço de saúde mental, enfatizando o caso das famílias dos usuários atendidos em Ribeirão das Neves, a partir de uma abordagem institucionalista. Objetiva, dessa maneira, analisar a relação da família com o serviço de saúde mental tendo como base o território família, o portador de transtorno mental e o serviço, a partir do campo de forças que este comporta. A análise visa desvendar o que dificulta uma efetiva implicação das famílias no tratamento do usuário do Centro de Atenção Psicossocial II de Ribeirão das Neves, e também o que pode ser feito para propiciá-la, especificando a definição e contextualização do papel da família no tratamento de seus familiares portadores de transtorno mental no tratamento do usuário. Este estudo, além de investigar a relação dos familiares com o serviço de saúde mental, evidencia os analisadores presentes, a partir da Análise Institucional de René Lourau. Especial atenção é dada aos aspectos instituídos e instituintes presentes na relação família –

serviço e portador de transtorno mental.

O desejo de estudar as famílias dos portadores de transtorno mental surgiu a partir da minha prática profissional, minhas inquietações e talvez algumas dificuldades encontradas na lida diária com esses grupos. Nesta realidade, tenho percebido vários atravessamentos no que tange à relação serviço, família e portador de transtorno mental. Existe, na maioria das vezes, uma falta de participação da família em relação ao tratamento do usuário e um bom número de familiares muito pouco presentes. Percebo que no início do transtorno, há um maior investimento, as famílias assistem os portadores de transtorno mental mais de perto e estão preocupadas em saber dos resultados. Outros, diante da cronificação do quadro psicopatológico, mostram-se distantes do tratamento. Demonstam-se cansados e “entregam” o paciente para o serviço demandando soluções mágicas. Afastam-se, agem como se quisessem ficar “livres do problema” e vêem o serviço de saúde mental como o único responsável pela assistência.

Por outro lado, é necessário que o serviço, conforme Baremlitt (2002), também 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, penso que seria importante que o serviço fizesse constantemente a seguinte questão 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 exposto anteriormente.

Rocha (2007) faz a seguinte pontuação: se a família chega ao serviço e manifesta interesse, por que o perde na relação com o serviço? Se perde a esperança de “cura”, o que constrói no lugar? A autora também pontua que é o portador de transtorno mental que problematiza o serviço e a família, sendo ele causa e efeito dessa questão. Para a autora, como causa, o portador de transtorno

mental faculta uma relação entre família e serviço. Como efeito, ele põe em análise os limites dessas instituições para que forcem fazer funcionar o tratamento.

Para que o tratamento aconteça efetivamente, é necessário que o serviço e a família estejam envolvidos no processo. Com certeza, o serviço tem que ser uma referência para o tratamento e possibilitar, por meio do projeto terapêutico, a remissão dos sintomas ou a estabilização de igual importância, para que o usuário possa estar inserido, na sociedade convivendo com outras pessoas, e, principalmente, com os seus nos espaços familiares. Todavia, também a família pode se fazer presente, participando e ajudando ativamente na reintegração do portador de transtorno mental junto à sociedade e na promoção dos laços sociais.

Diante da proposta de elaboração deste estudo, observamos que são várias as dificuldades que se interpõem no campo da saúde mental, sendo estas produzidas no campo institucional e na tensão das forças que o sustentam. Nesse contexto, privilegiamos os analisadores que nasceram da tríade família, serviço e portador de transtorno mental, desvelando as contradições institucionais que acontecem nesse jogo de forças, além das relações de poder dissimuladas até então, instituídas.

A fundamentação teórica deste estudo foi a Análise Institucional de René Lourau, que faz parte de uma das escolas do Movimento Institucionalista. A proposta do movimento institucionalista é que a sociedade possa se organizar para resolver seus problemas levando em consideração o que está atravessado no campo problemático para a produção de alternativas.

Cabe ressaltar que esse movimento é um conjunto de escolas com diversas tendências, teóricas, metodológicas, técnicas e políticas e que possui as seguintes correntes: a sociopsicanálise, a socioanálise ou análise institucional, e a esquizoanálise.³ Contudo, encontramos, nessas escolas, o interesse comum pelas instituições e por um funcionamento auto-analítico e autogestivo destas, visando sempre à manifestação do instituinte, do novo, e do questionamento das relações de poder nas instituições.

A proposta de auto-análise da sociedade é a de que seus grupos sejam, eles

³ Para Barus Michel (2004), no movimento institucionalista as correntes mais representativas são:

mesmos, protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas e possam enunciar, compreender, adquirir ou produzir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida, não precisando necessariamente, que um *expert*, um especialista, venha de fora para que isso seja realizado. Concomitantemente ao processo de auto-análise, ocorre o processo de organização em que a comunidade se articula, se institucionaliza, se organiza para construir dispositivos necessários diante de suas questões. Esse processo é o que chamamos de autogestão da comunidade.

Dessa maneira, é preciso destacar que, de forma geral, a auto-análise e a autogestão são os objetivos máximos do movimento institucionalista, mas que cada escola vai ter seu grau de realização: há algumas correntes que buscam a instalação plena da auto-análise e autogestão e outras que se satisfazem com a introdução relativa de alguns mecanismos, de alguns espaços, de alguns temas de auto-análise e autogestão.

O movimento institucionalista possui duas abordagens: tanto pode ser um método de análise social, constituindo uma visão mais teórica da sociedade e de suas instituições, quanto pode ser um método de intervenção, usado na prática social das organizações e instituições (ROMAGNOLI, 1996).

De acordo com L'Abbate (2003), a análise institucional é compreendida como uma abordagem que desenvolve um conjunto de conceitos e instrumentos para a análise e intervenção nas instituições, tendo surgido na França, em 1962 e, no Brasil, nos anos 70, a partir de alguns departamentos e grupos de pesquisa de universidades brasileiras e de outras organizações, congregando os mais diferentes tipos de profissionais.

Barembliitt (2002) acredita que René Lourau foi a figura máxima do movimento institucionalista, legando um instrumento de análise de instituições no duplo sentido do termo: conceitual e socioanalítico. No período compreendido entre 1968 e 1980, elabora-se, então, um método de análise institucional em situação de intervenção: a socioanálise.

Lourau (1975) propõe, em seu livro *A análise institucional*, esse método de

intervenção em situação que consiste em analisar as relações que as múltiplas partes presentes no jogo social mantêm com o sistema manifesto e oculto das instituições. Outra originalidade desse método de intervenção reside no fato de o analista não mais se situar no exterior dos grupos, coletividades ou organizações que lhe demandam a intervenção, mas como alguém implicado na rede de instituições que lhe dá a palavra. Segundo Hess (2004), para Lourau, a vida cotidiana não se dissocia do trabalho de campo nem do trabalho de elaboração teórica.

Lourau (2004c) explica que a análise institucional é herdeira do projeto analítico voltado para a descoberta da instituição na prática cotidiana. Trabalha sob a forma de sociologia de intervenção pontual e sob encomenda (a socioanálise), utilizando-se de conceitos freqüentemente elaborados pela psicoterapia institucional e pela pedagogia institucional. Mas também recobre, em parte, outro domínio: o da psicossociologia, baseado na intervenção em pequenos grupos.⁴

É importante salientar que, como afirmam Gallio e Constantino (1993), o sentido de instituição, neste estudo, seria “[...] *a instituição como soma de espaços, de lugares construídos e continuamente reinventados na ação comum, no sentido plural, polifônico*”... (p.122), diferente da definição desse termo como “estabelecimento”: estrutura definida por regulamentos, segundo leis administrativas, políticas, dentre outras. Rodrigues e Souza (1991) colocam a dificuldade de definição do termo instituição, uma vez que este carrega uma amplitude conceitual. Pontuam ainda que a instituição, considerada como estabelecimento, ocupa um lugar físico determinado e tem suas normas e leis, além de reunir um grupo de pessoas por um objetivo em comum. Definida como organização, instrumentará uma parcela de instituição, aparecendo em dispositivos e práticas. Além disso, as mesmas autoras definem instituição como produção, atividade. Entretanto, é necessário assinalar que esta produção não é localizável empiricamente. Institui novas realidades, sempre dividindo, sempre separando: “*Neste movimento, trans-*

⁴ Segundo Barus-Michel (2004), as intervenções psicossociológicas são freqüentemente apenas uma resposta precipitada a exigências organizacionais, privilegiando-as sem discussão, geralmente sem analisar a demanda. A intervenção aconteceria unicamente no nível do funcionamento pretendendo melhorá-lo sem interrogar os atores, as estruturas nem as finalidades. As mudanças técnicas vão comandar e conduzir as mudanças das relações e das pessoas. A intervenção se submete ao poder e à técnica, utilizando-se do grupo, campo de tensão privilegiado para “diminuir as resistências”, “modificar as atitudes”, conquistar “a adesão à mudança”. Nesse sentido, há uma diferença entre a

forma relações e práticas que se apresentam como forma geral e natural, em outras relações e práticas que se apresentam (se mostram) da mesma maneira, e mediante as quais a instituição se instrumenta” (p.34).

Seguindo essa noção, a pesquisa foi realizada e teorizada, e o CAPS de Ribeirão das Neves foi estabelecimento escolhido para isso. Por sua vez, o Ministério da Saúde, especificamente a Coordenação Nacional de Saúde Mental, a Coordenação Estadual e Municipal de Saúde Mental, foi a organização coordenadora. E a instituição seria a Saúde, em um sentido abstrato, com todas as articulações que daí derivam e que operam para a produção, a prática que se dá a partir do estabelecimento, da organização, das relações que acontecem nesse espaço e fora dele, e também da tríade família, serviço e portador de transtorno mental.

A Análise Institucional de René Lourau, em sua vertente de intervenção, propõe colocar o grupo em análise e abrir-se à dimensão sócioistórico-política de sua construção, opondo-se aos reducionismos psicologistas e tecnicistas a que muito comumente as práticas grupais ficam aprisionadas. Nesse sentido, essa escola funda-se na compreensão de forças invisíveis, mas presentes nos grupos, como um espectro, isto é, a instituição. Procura abordar a instituição também como lugar de reprodução das contradições sociais. Sendo assim, no âmbito da análise institucional, não colocam-se as questões como? para quem isso serve? quem se aproveita disso? quais os interesses em jogo?

Como já foi dito anteriormente, apresentando-se sob duas formas de utilização, a Análise Institucional pode servir como um modo de intervenção em uma instituição, ou somente como um método de análise social, no sentido de compreender a instituição sem que nenhuma intervenção seja realizada. E é esta última forma que foi utilizada para a construção deste trabalho, propondo ser um espaço conceitual, de produção de conhecimento com respeito ao campo analisado e o entendimento deste. Cabe ressaltar que a proposta deste estudo é de análise teórica da relação da família, serviço e portador de transtorno mental e a implicação desta relação durante o tratamento.

Para Lourau (1975), a instituição é um processo baseado no raciocínio

dialético de Hegel, em que se percebe a realidade em constante transformação e movimento.⁵ Essa idéia estaria ligada aos três momentos que se manifestam simultaneamente, dinamicamente: universalidade, particularidade e singularidade. A universalidade seria o momento abstrato, ideológico, forma abstrata instituída, aparece como o pleno e verdadeiro, sendo este reconhecido universalmente como legítimo e necessário. A particularidade é a negação da universalidade, sendo a forma concreta, ou seja, o instituinte. Sua base é social. A verdade universal deixa de ser plena, enquanto se aplica em condições particulares, circunstanciais. O conceito de instituição tem por conteúdo o conjunto das determinações materiais e sociais, embasadas nos diferentes interesses e objetivos particulares de cada categoria social. Já a singularidade é concreta, representa-se pela organização, de base material, e sua forma é a instituída, institucionalização. Este momento compreende cada caso específico da universalidade, negando de uma só vez o conceito universal abstrato e o particular, por se referir a um objeto único e singular. Caracteriza-se por formas sociais concretas, em parte aceitas por todos, em parte estáveis, necessárias para atingir determinado objetivo, constituindo-se numa "organização" do conjunto social, para que o este possa funcionar (LOURAU, 1980).

Sendo assim, Romagnoli (2006a) descreve, conforme as idéias de Lourau, que a “[...] *Instituição é a natureza dialética, constante transformação e reformulação, se delineando no jogo das negações do particular e do singular, sendo que cada momento se fundamenta na negação, na superação e na conservação do precedente*” (p. 6).

Para Lourau (1993), a instituição faz, cria, molda, forma e é considerada o próprio grupo. Instituições, de acordo com Barembliitt (2002), são lógicas, árvores de composições lógicas, sendo as lógicas uma regulação de atividade humana. E se pronunciam valorativamente com respeito a esta, esclarecendo o que deve ser e o

⁵ Hegel cria uma lógica para poder racionalizar o elemento potencial e negativo da experiência. Inventou com isso a dialética dos opostos, cuja característica fundamental é a negação, em que a positividade se realiza através da negatividade, do ritmo tese, antítese e síntese. Essa dialética dos opostos resolve e compõe em si mesma o elemento positivo da tese e da antítese. Isto é, todo elemento da realidade, estabelecendo-se a si mesmo absolutamente (tese) e não esgotando o Absoluto de que é um momento, demanda o seu oposto (antítese), que nega e o qual integra, em uma realidade mais rica (síntese), para daqui começar de novo o processo dialético. Essa lógica é considerada como sendo a própria lei do ser. Quer dizer, coincide com a ontologia, em que o próprio objeto já não é mais o ser, mas o devir absoluto, ou seja, o real é essencialmente devir, que avança, passo a passo, na marcha trinária de tese, antítese e síntese. E é este ponto que vai interessar Lourau na formulação do seu conceito do que é instituição.

que não deve ser, bem como o que é indiferente. Dependendo da forma que adotam, podem ser leis, normas e, às vezes não enunciadas de forma explícita, podem ser os hábitos ou regularidades de comportamentos. Uma instituição não tem que ser, necessariamente, formalizada por escrito. O autor ainda afirma que uma sociedade não é mais que um tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana sobre a Terra e também, a relação entre os homens.

Seguindo esse raciocínio, dentro da gênese social do conceito, Lourau (1975) descreve que a instituição é o processo mediante o qual nascem as forças sociais instituintes que, freqüentemente, terminam por constituir formas sociais codificadas, fixadas e instituídas juridicamente.⁶ Ou melhor dizendo, a instituição só existe na dialética entre as forças instituinte e instituída, compondo processos cotidianos que se fazem entre pessoas, ações, conhecimentos e práticas social e historicamente produzidas.

O sentido estrito, jurídico, tradicional do conceito de instituição, segundo Lourau (2004a), designa diversas categorias de corpos instituídos e de organismos oficiais que servem para a regulação da vida política, para a administração da sociedade. O Estado, por exemplo, é um conjunto de corpos constituídos e de instâncias (coletivas ou individuais) que denominamos instituições: Presidência da República, Congresso Nacional, Senado, dentre outros. Já em um plano formal, uma sociedade é um tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana e a relação entre os homens. Sob tal perspectiva, as instituições são entidades abstratas, por mais que possam estar presentes, registradas em escritos ou tradições.

Lapassade (1983) vai definir instituição sob dois pontos, dentro de uma divisão sociológica. Primeiro, como grupos sociais oficiais, que seriam as empresas, escolas, sindicatos e outros. Segundo, como um sistema de regras que determinam a vida desses grupos. Este mesmo autor trabalha a evolução do conceito de instituição, enfatizando que mudou profundamente há, mais ou menos, um século. No século XIX, Era do marxismo, a instituição compreendia os sistemas jurídicos, o

⁶ A gênese social está ligada aos acontecimentos históricos com fatos sociais concretos, dos quais o conceito vai surgindo. Por outro lado, a teórica, examinada anteriormente, remete às fundamentações

direito, a lei. Posteriormente, assume uma importância central para a sociologia. No começo do século XX, Durkheim e a sua escola definem a sociologia como ciência da instituição. O conceito, hoje, está ligado às práticas institucionais que se desenvolvem nos domínios da psiquiatria, da pedagogia e da psicossociologia.

Lourau (2004a) sintetiza dizendo que as instituições formam a trama social que une e atravessa os indivíduos, os quais, por meio de sua *práxis*, mantêm as ditas instituições, conservando o que está instituído, e criam outras novas, quando emergem as forças instituintes. As instituições não são somente os objetos ou as regras visíveis na superfície das relações sociais. Têm uma face escondida. Esta face, que a análise institucional se propõe a descobrir, revela-se no “não dito”, ocultando assim os conflitos que a perpassam. Em 1975, o mesmo autor afirma que a instituição não é uma coisa, como diria a sociologia, nem tão pouco um fantasma, comoalaria a psicologia, e sim um processo, pois a partir de um raciocínio dialético, ao qual o referido autor se propõe, é preciso enfatizar o movimento das forças históricas que fazem e desfazem as formas (LOURAU, 1975).

Como foi dito anteriormente, a instituição corresponde a um campo de forças dialéticas, localizando-se entre os pólos do instituído e do instituinte. O campo do instituinte corresponde às forças produtivas que tendem a transformar as instituições ou fundá-las quando ainda não existem. O instituinte é dinâmico, considerado como grandes momentos históricos, revolucionários, de transformações institucionais. Seria a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como “significante” da prática social. É este momento que Lourau (1975) privilegia em sua teoria.

Por outro lado, o instituído seria o produto que gera um resultado, a partir do processo constante de produção e da criação de instituições, correspondendo ao que é estático, ao que está estabilizado. Colocaríamos como a ordem estabelecida, os valores, modo de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão. As famosas resistências à mudança são resistências do instituído ao instituinte, às relações de força e às formas sociais instituídas.

O instituído defende o estabelecido, mascarando as contradições para

assegurar a harmonia. Vai justificar e legitimar a existência de um determinado sistema social, propagando que as instituições são necessárias e legítimas, reproduzindo as relações sociais dominantes. Já o instituinte vai negar o instituído, buscando sempre o novo e a mutação. Entretanto, Baremlitt (2002) adverte que temos que evitar uma leitura maniqueísta, considerando o instituinte como bom e o instituído, ruim, mesmo que o instituído apresente tendência à resistência, a não-mudanças e que, quando se exacerba, pode assumir a posição de conservadorismo. O instituinte não teria sentido caso não se materializasse no instituído. Por outro lado, o instituído não teria efetividade e nem funcionalidade, se não estivesse sempre aberto à potência instituinte. Dessa maneira, podemos afirmar que: “*O instituído é o efeito da atividade instituinte*” (BAREMBLITT, 2002, p. 30). Para Lourau (2004a), a oposição entre essas duas instâncias (instituído e instituinte) mascara sua articulação no conceito de instituição, ou seja, a instituição existe na dialética dessas duas forças.

Nesse sentido, a análise institucional tem como objetivo trazer à luz a dialética instituinte-instituído, visando apreender a instituição em seu sentido ativo, e no caso deste trabalho, buscamos analisar a relação da família com o serviço de saúde mental, a partir do campo de forças que a atravessa.

Para esclarecer a dialética instituinte-instituído, a Análise Institucional utiliza os dispositivos analisadores para fazer surgir o novo, a produção, o instituinte, e evidencia as contradições que existem nas instituições. Luz (2004) afirma que os analisadores são agentes ou situações que denunciam ou esclarecem as relações e os sentidos do poder em um grupo, em uma situação ou, ainda, em uma organização ou instituição. Pode fazer surgir problemáticas, contradições até então camufladas, revelar determinantes obscuros. O analisador, além de revelar a estrutura da instituição, provoca e força a fala, e também precede e funda o trabalho da análise, rompendo o jogo habitual e as convivências adquiridas, a rotina institucional (Barros, 2004). Para Barus-Michel (2004), analisador é tudo o que rompe o jogo habitual e as convivências adquiridas, a rotina institucional, sendo um elemento capaz de desestabilizar ou, mesmo, desconstruir o jogo institucional, dando acesso ao não-dito e ao oculto.

Os analisadores podem ser concebidos de duas formas: espontâneos e

artificiais. Os artificiais são produzidos pela equipe de intervenção, inventados para propiciar o processo de explicitação dos conflitos e de resolução destes nas organizações. Neste estudo, interessam-nos os analisadores espontâneos, existentes no campo social, uma vez que não será realizada nenhuma intervenção institucional. Barembliitt (2002) os define como analisadores históricos. A própria vida histórico social e institucional os produz por conta própria, como resultado de suas determinações, e são esses analisadores que foram examinados quando da participação da família no tratamento dos portadores de transtorno mental.

Os analisadores irrompem nas organizações de forma a mostrar que estas não apenas reproduzem o que já estava previsto, mas também produzem o impensado, o abrupto, o conflitivo, uma vez que isto também faz parte da essência das instituições. É o analisador que realiza a análise, tanto para fundamentar uma intervenção institucional, como uma compreensão do social.

Indesejados, mascarados, negados e contestados, Romagnoli (1996) ao tratar dos analisador diz que estes provocam a irrupção do incontável, do imprevisto na estrutura social e grupal, apresentando-se como extremamente úteis para os analistas institucionais, principalmente no que diz respeito à descoberta da ação do instituído, possibilitada pelo aflorar do negativo não integrado na homeostase institucional. A ignorância e a rejeição dos analisadores, que questionam a preponderância da instituição revelando assim seu poder e suas forças ocultas, servem de alicerce sólido e coerente para a institucionalização.

Vale ressaltar a importância de se considerar a família a partir da perspectiva institucionalista, constituindo-se como uma organização, pois este grupo não é fechado em si e tampouco se encontra passivo em sua relação com a sociedade: este grupo também pode e deve ser colocado em movimento. Além disso, não se deve esperar que a mudança venha de fora, é também preciso organizar-se, permitindo que no, seu interior se produza um saber, um conhecimento acerca de seus problemas, de suas condições de vida, suas necessidades, demandas e também de seus recursos. É como Lourau disse para Alfredo Martín, em um de seus encontros: *“É nesses silêncios profundos que o instituído se mexe, que o instituinte pode mostrar o nariz e alguma coisa nova ser dita”* (MARTÍN, 2004, p. 184). É nessa perspectiva que este trabalho examina a tensão existente entre a família, o serviço e

o usuário.

Percebemos que essas contradições emergem no nosso campo de análise, no momento em que a questão da desinstitucionalização da loucura entra em cena. Kinoshita (1996) vai nos dizer que o nosso grande desafio, nesses últimos anos, é ultrapassar o momento inicial e preencher a lacuna gerada pela desmontagem do hospital. E questiona o que seria possível fazer quando não há mais o manicômio. Para o autor, não tem sido automática a passagem de uma situação de desvalor para uma situação de participação efetiva no intercâmbio social. Ao contrário, considera mais presente a tendência a estacionarmos em um patamar de assistência humanizada, mas tolerante, eventualmente até mais bela, porém igualmente excluída e desvalida. Ressaltando que não basta desospitalizar, temos que ir muito além, cabe-nos a desinstitucionalização.

A reforma psiquiátrica tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vêm sendo objeto de discussão não só entre profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade (GONÇALVES e SENA, 2001).

Amarante (1996) afirma que o termo desinstitucionalização sofre metamorfose substancial e abre novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica, além de ampliá-lo conceitualmente, e diz que desinstitucionalizar não é desospitalizar nem mesmo desassistir. Para ele, erroneamente a desinstitucionalização é considerada como desospitalização. Na verdade, a desinstitucionalização critica o sistema psiquiátrico, centrado na assistência hospitalar, mas não faz o mesmo com a natureza do saber que o autoriza, inspirando-se no paradigma psiquiátrico tradicional. Neste sentido, a causa da falência do sistema psiquiátrico não estaria na psiquiatria, mas na má aplicação desta, seria um simples rearranjo e condução administrativa (redução dos custos da assistência para os cofres públicos). Para o autor, outra tendência equivocada é entenderem a desinstitucionalização como desassistência. Esta visão é mais radical, que parte do pressuposto de que as políticas de desinstitucionalização não significam a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado. Essas leituras abordam a

desinstitucionalização de forma deturpada, associando-a à desassistência e ao desamparo.

Amarante (1996) esclarece ainda que a desinstitucionalização não pode representar o desamparo dos doentes ou o simples envio destes para fora do hospital, sem ser implantada, antes, uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar deles e de suas famílias. E, a partir desta visão, afirma que a desinstitucionalização é uma desconstrução. Um percurso complexo de desconstrução a partir do interior da instituição psiquiátrica, e por ser um processo, ao mesmo tempo prático e teórico, insere transformações no campo do saber e das instituições. E seria esta a visão da reforma psiquiátrica brasileira: predominância da crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, em que, inclusive, a cidadania ultrapassa o sentido do valor universal para colocar em questão o próprio conceito de doença mental que determina limites aos direitos dos cidadãos. 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. Amarante ressalta que esta proposta tem sua base na tradição basagliana, referindo-se a Franco Basaglia.

A reforma psiquiátrica é uma expressão que foi adotada pelo Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, pouco depois transformado em Movimento por uma Sociedade sem Manicômios (AMARANTE, 2001). Esse processo foi impulsionado pela luta antimanicomial, que vem buscando novas condições para o tratamento de pessoas portadoras de transtorno mental. Assim, esse movimento surgiu não apenas com o intuito da extinção dos hospitais psiquiátricos, mas em prol da construção da cidadania. Os integrantes desse movimento não estão restritos apenas aos profissionais da saúde, mas também aos usuários, família e comunidade. A instituição colocada em questão não é só o manicômio, mas a loucura, constituindo-se como uma luta contra os paradigmas da doença/saúde, a desagregação do dito louco de sua realidade social, cultural e familiar. Assim, percebemos que a luta antimanicomial é uma luta política pelas transformações estruturais da sociedade.

Ferreira Neto (2006) afirma que:

“No Brasil acompanhamos os impactos das mudanças produzidas por essa reforma, denominada de “luta antimanicomial”“. Elas não estão localizadas apenas no âmbito do tratamento, mas também na relação, discutida e problematizada, entre a experiência da loucura e a vida social. Ou seja, mesmo sendo uma luta com uma localização específica, seus efeitos se fazem sentir de modo transversal e ampliado na sociedade como um todo, trazendo para a mídia, para a vizinhança e para a vida cotidiana em geral, novas possibilidades de compreensão e de trabalho com a loucura e o adoecimento psíquico (FERREIRA NETO, 2006, p. 70).

O que se espera da reforma psiquiátrica não é simplesmente a transferência do portador de transtorno mental para fora dos muros do hospital, “confinando-o” à vida em casa, aos cuidados de quem puder assisti-lo ou entregando-o à própria sorte. Espera-se, muito mais, o resgate ou o estabelecimento da cidadania do portador de transtorno mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento sem a idéia de cura como único horizonte. Espera-se, assim, a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade. Vemos então que a Reabilitação Psicossocial tem como vertente devolver ao portador de transtorno mental o estatuto de cidadão.

Para Cavalheri (2002), transformam-se os modos como as pessoas são tratadas, e o objeto deixa de ser a doença e passa ser a existência – sofrimento do indivíduo e sua relação com o corpo social; portanto, a ênfase não se centra mais no processo de cura e, sim, no projeto de “intervenção de saúde”. 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.

Amarante (2007) afirma que, antes da Reforma Psiquiátrica, o saber psiquiátrico ocupou-se das doenças e esqueceu-se dos sujeitos, que ficaram apenas como pano de fundo daquelas. E ressalta que, se a psiquiatria havia colocado o sujeito entre parênteses para ocupar-se da doença, a proposta da Reforma Psiquiátrica é colocar a doença entre parênteses para que seja possível se ocupar do sujeito em sua existência. Isso não significa negar uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar, mas permitir que apareçam os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata. Enfim, com a doença entre parênteses, encontramos o sujeito com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios.

O trabalho de desinstitucionalização constitui-se em um esforço permanente de desconstruir condutas tidas como únicas e verdadeiras e de construir uma multiplicidade de fatores que tornem o relacionamento entre o portador de transtorno mental e seus familiares uma experiência de convivência, a mais saudável possível.

De acordo com Durand (2000), seguir cegamente um modelo é uma condição muito regredida, em que a capacidade de observar e reformular encontra-se prejudicada, tornando praticamente impossível ajudar outros a saírem de posições igualmente regredidas. Desenvolver modelos e alternativas para os problemas parece bastante importante, mas, para que isso não se constitua numa atividade igualmente cega e anárquica, é necessário ter referenciais que nos permitam iluminar os fatos para saber onde estamos, o que pretendemos e por quê. A tese da desospitalização deve estar acompanhada das condições concretas para que ela aconteça de tal forma que a nossa prática não se constitua ou se resuma a um exercício ideológico, mas esteja voltada para a observação do que se passa com as pessoas que atendemos. As teses se constroem com a observação do que acontece nesse lugar e com essas pessoas. Isso implica sair dos muros onde nos refugiamos dos desafios cotidianos que o trabalho nos apresenta.

Saraceno (1999) dá ênfase ao termo reabilitação, que seria um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos. Para que isso aconteça, é necessária a abertura de espaços de negociação para o paciente, para a sua família, para a comunidade e para os serviços que se ocupam do paciente, ou seja, a participação nessa troca ou a invenção dos lugares nos quais a troca seja possível, isto é, a rede social. Para o autor, a questão da desinstitucionalização seria colocar o sujeito na condição de exercitar o direito à relação. Ainda enfatiza que um dos elementos fundamentais da qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual é representado pelo quanto o próprio “estar” em qualquer lugar se torna um “habitar” esse lugar. E para Saraceno (1999), estar e habitar têm uma grande diferença. O manicômio é o lugar por excelência onde é negado o habitar e afirmado o estar.

O estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade do espaço por parte de um indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que, no dito espaço, não tem poder decisional, nem o material nem o

simbólico. Já o habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com outras pessoas.

Muitas vezes, nossa casa pode-se tornar um espaço manicomial, lugar que deveria constituir uma boa oportunidade para exercitar o poder e o prazer do habitar. Sabemos que, muitas vezes, isso não acontece, já que, mesmo nas nossas casas, podemos experimentar uma perda de poder contratual, material e simbólico, experimentando um aprisionamento no habitar ou, mesmo, uma expulsão do habitar. Se qualquer um de nós estamos sujeitos a viver esse estar e não o habitar, deve-se pensar no quanto o portador de transtorno mental pode vivenciar isso na sua própria casa, já que, historicamente, é um sujeito dito como “diferente”, excluído e, muitas vezes, incapaz. Seria, no mesmo sentido, transferir a mesma noção dos manicômios para o seu ambiente familiar.

Saraceno (1999) afirma que manter distintos demais os âmbitos da rede social e familiar - uma vez que a margem que os separa é sutil - seria um grande erro. O sofrimento da rede familiar influi na riqueza da rede ampliada e vice-versa. Intervenções que melhoram o *setting* familiar, conseqüentemente, geram expansões na rede ampliada. É seguindo esse viés que é necessário entender melhor essa relação familiar com o portador de transtorno mental e o serviço de tratamento.

Guerra (2004) aponta para o cuidado que se deve ter ao fazer referência ao termo de reabilitação, que, inclusive, atualmente tem sofrido críticas, além de diferentes formulações teóricas que habitam seu território, tornando-o, ainda hoje, pouco coeso e uniforme. Essas críticas versam acerca da natureza da própria psicose; pois, sendo esta fruto de uma ruptura psíquica irrecuperável, questionam como seria possível reabilitar. Para a autora, não é possível “re-habilitar” ninguém, não há como voltar ninguém ao que era antes, pois é exatamente isso que se perde no desencadeamento da psicose.

O fato de se perder uma habilidade não quer dizer que se tenha que reavê-la. O esperado é que se faça dessa perda a constituição de algo novo, e, portanto, que forças instituintes se movam, não se prendendo ao instituído, ao que está estabelecido socialmente. Guerra (2004) aponta ainda que, no Brasil, existem duas

publicações que discutem a questão da reabilitação: *Reabilitação Psicossocial no Brasil* (Pitta, 1996) e *Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível* (Saraceno, 1999). Pitta (1996), em sua publicação, deixa clara a dificuldade de estabelecimento de um discurso ou tendência comum à prática da reabilitação. E define reabilitação como um tratado ético-estético que anima os projetos terapêuticos, sendo esta uma forma de alcançar uma sociedade justa, com chances iguais para todos. Já Saraceno (1999), cujas idéias foram apresentadas anteriormente, conforme Guerra (2004), aposta em uma política de reabilitação, identificando quatro variáveis do processo de reabilitação: sujeitos, contextos, serviços e recursos, além de apresentar a reabilitação enquanto cidadania. Saraceno (1999) constrói uma teoria sobre a reabilitação e propõe que esta acontece no campo da moradia, das redes sociais e do trabalho, eixos importantes para o aumento da contratualidade dos pacientes psiquiátricos. Portanto, percebemos que não existe uma contradição entre os autores, mas formas diferentes de teorizar a reabilitação. Guerra (2004) observa que Saraceno (1999) traz alguns avanços à discussão da reabilitação, quando ressalta que o processo reabilitador tem que ser analisado em termos da capacidade contratual de cada sujeito, destacando a dimensão política e social desse processo.

E, finalmente, Guerra (2004) propõe três modelos epistêmicos da reabilitação psicossocial vigentes no Brasil e afirma que trabalhamos para a construção de um modelo que mescla diferentes proposições, sem sustentar um paradigma propriamente dito. Atualmente o que vemos são os modelos psicoeducativos, os modelos sóciopolítico ou críticos e os modelos de orientação clínica. Numa visão psicoeducativa, busca a aprendizagem de habilidades e manutenção de um conjunto de comportamentos e respostas que facilitam a adequação entre indivíduo, família e comunidade, com vistas ao restabelecimento de um estado de equilíbrio. O modelo crítico, por outro lado, acredita que a reabilitação acontece além dos manuais e que depende de várias redes de intervenções na realidade local. Vê a cidadania possível na psicose, sendo esta considerada a partir do aumento da capacidade contratual de cada sujeito. Já o modelo de orientação clínica parte do pressuposto de que há uma dimensão particular, única e irreduzível de inscrição do sujeito na linguagem e na cultura, com desdobramento sobre seu modo de estar no mundo, bem como aposta na implicação do sujeito nas respostas que constrói, seja por meio de quaisquer

vias.

Oliveira e Fortunato (2007) discutem a questão da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, afirmando que:

“A reabilitação psicossocial, no contexto da reforma, passa pela idéia de desinstitucionalização, como forma de desconstrução do paradigma asilar e de invenção de novas modalidades de atendimento em saúde mental, fundamentadas não mais no objeto fictício “doença”, mas na “existência-sofrimento” do paciente e na sua relação com a sociedade. O conceito de “desinstitucionalização”, assim pensado, possibilita novas práticas e conceitos para se lidar com o paciente, que sejam instrumentos de produção de vida, de solidariedade e trocas sociais, e resgata a complexidade de fenômeno da loucura como aspecto biológico, político e sociocultural, como expressão complexa da existência humana” (Oliveira e Fortunato, 2007, p. 158).

Sem dúvida, essa discussão é pertinente e abarca formas diferentes de tratar a reabilitação psicossocial, uma das propostas da Reforma Psiquiátrica, que também possui suas tensões e contradições. Fazer pontuações em relação à questão da desinstitucionalização é fazer referência ao novo lugar que a loucura veio ocupar na sociedade. Como já ressaltado, com a Reforma Psiquiátrica os portadores de transtorno mental não se encontram mais enclausurados nos manicômios, mas na sociedade, no seio familiar, nos serviços abertos. E daí a necessidade de se investigar essa nova relação que surge na tríade família, serviço e portador de transtorno mental. A família, com a Reforma Psiquiátrica, passa a ser parte do processo de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial do portador de transtorno mental, além de ser considerada parceira do tratamento deste. Podemos afirmar, de antemão, que esta não é uma relação que irá acontecer passivamente, mas, pelo contrário, será permeada de conflitos, vazios, jogo de forças, culpabilizações, dentre outros fatores que serão analisados ao longo da pesquisa.

1.1 O caminho utilizado para chegar até aqui

A metodologia utilizada nesta pesquisa se insere em uma linha qualitativa. Por pesquisa qualitativa, entende-se o estudo dos fenômenos em seu *setting* natural, em busca de sua interpretação, nos termos das significações que as pessoas trazem para estes, desvendando a significação que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam (TURATO, 2005). Laville e Dionne (1999) ressaltam ainda

que a vantagem mais marcante dessa estratégia é a possibilidade de aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto de estudo.

Turato (2005) ainda afirma que é importante que os profissionais de saúde empreguem o método qualitativo, diante da complexidade em que sua prática se insere, essa proposta de produção de conhecimento científico permite que sejam realizados ricos levantamentos de dados, além de interpretações de resultados que se acrescentam a esse campo.

Pinto (2004), ao dizer de pesquisa qualitativa, informa que a pesquisa está sempre associada à realidade e à subjetividade do pesquisador. Considera que há influências diretas e indiretas, conscientes e inconscientes, do pesquisador, na própria ciência que produz, tendo em vista que a sua produção sofre interferências de sua história e de seu funcionamento psicológico. Assim a autora considera que a pesquisa qualitativa visa explicar, apontar para um sentido da realidade, do fenômeno ou do processo estudado, a partir da subjetividade do pesquisador. Nesse sentido, vale ressaltar que estive inserida no campo da pesquisa, uma vez que fazia parte da equipe técnica do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Ribeirão das Neves.

Segundo a teoria da análise institucional, mais especificamente, segundo Baremblytt (2002), este meu envolvimento direto com o objeto de estudo requer uma análise da minha implicação nesse processo, que conduza a certa compreensão da minha relação com o meu campo e meu objeto de estudo. O referido autor define a análise da implicação “[...] *como o processo que ocorre na organização analítica, em sua equipe, como resultado de seu contato com a organização analisada*” (Baremblytt, 2002, p. 153). Este processo é de uma materialidade múltipla e variada, complexa e sobredeterminada, não sendo apenas psíquico. É, ao mesmo tempo, um processo político, econômico, social, etnológico, dentre outros, heterogêneo, devendo ser analisado em todas as suas dimensões. Embora não tenha feito parte de nenhuma equipe de intervenção institucional no serviço em que pesquiso, e tenha usado essas idéias como método de análise social, a minha inserção no campo também foi atravessada por várias dimensões. Fazer parte da equipe técnica do referido serviço já é um atravessamento, que, de certa maneira, atualiza várias instituições também presentes nesta pesquisa: o lugar de trabalhadora de saúde, da

psicologia, da academia, dentre outras. Nesse contexto, optei por não entrevistar familiares em relação aos quais eu era técnica de referência do paciente, pois já existe, na maioria das vezes, um vínculo estabelecido, e isso poderia influenciar nas respostas fornecidas. Mas, ainda assim, penso que ocorreu essa influência nas respostas dos familiares, uma vez que, no imaginário destes, não é possível se queixar do serviço, já que precisam da assistência, e eu fazia parte da equipe do serviço. É o medo de se queixar, reclamar junto a um especialista, e “perder” o lugar já adquirido. Por outro lado, considero que a equipe em si não constituiu um atravessamento; ao contrário, contribuiu para que a pesquisa fosse efetivada. E viram o estudo como uma possibilidade de resolução de alguns problemas enfrentados pela equipe, como já pontuado ao longo do texto. Atenderam prontamente ao meu pedido para que selecionassem famílias que achassem interessantes, no que se referem à pesquisa. Da minha parte, houve medo de que a equipe como um todo não entendesse a proposta da minha pesquisa, e que esta fosse confundida com algum tipo de intervenção, mas foi um medo superado e nada disso ocorreu. Para os pacientes, foi necessário explicar a pesquisa, pois existia a fantasia de que eu estaria conversando com as famílias para falar deles e/ou para me queixar, como se fosse uma punição por eles terem feito algo errado. Nesse sentido, a investigação proposta foi fantasiada, em um primeiro momento, como persecutória, a partir da visão dos portadores de transtorno mental.

Para a realização deste estudo, utilizo o levantamento bibliográfico das pesquisas e produções nacionais acerca das famílias dos portadores de transtornos mentais, o que me permitiu a contextualização das famílias na realidade brasileira e o conhecimento do papel desses grupos no tratamento do usuário. Também utilizo o levantamento bibliográfico para a definição de instituição, instituído, instituinte e analisadores, a partir da Análise Institucional, de René Lourau, a qual possibilitou a construção do marco teórico que norteou a pesquisa.

A realização da pesquisa de campo aconteceu através de aplicação de entrevistas semi-estruturadas, com 04 (quatro) famílias dos portadores de transtorno mental do CAPS II de Ribeirão das Neves, em janeiro de 2007 (Apêndice A).

Utilizar entrevistas semi-estruturadas para a coleta de dados possibilita que o entrevistado alcance liberdade e a espontaneidade necessária para produzir um

discurso de caráter subjetivo que expresse suas idéias, crenças, maneiras de pensar e agir. Machado (2002) entende que a entrevista semi-estruturada sempre gira em torno de um foco, com formulações antecipadas de algumas questões centrais planejadas e tem este roteiro como pano de fundo para a entrevista, além de considerar que a cena da entrevista gera uma relação de intersubjetividade e de reciprocidade, de conhecimento e construção de significados, enriquecendo a investigação.

As famílias selecionadas para serem entrevistadas foram aquelas cujo familiar, portador de transtorno mental, encontrava-se em tratamento e estabilizado. A escolha dos informantes se deu mediante discussão com a equipe de saúde do NAPS de Ribeirão das Neves. Os familiares selecionados para a entrevista incluíram o membro da família mais próximo do usuário considerando-se, também, a pessoa de referência do serviço de saúde, ou seja, aquela pessoa com quem os profissionais do NAPS estabeleciam contatos. As entrevistas foram realizadas nas residências dos entrevistados, e o portador de transtorno mental era convidado a participar da entrevista, caso ele tivesse interesse, não sendo, portanto, obrigado a responder ao questionário e, tampouco, excluído do processo. 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. As descrições aqui apresentadas foram obtidas por meio de gravações e transcrições das entrevistas, além de serem analisadas de forma qualitativa, como apresentadas nas próximas páginas.

Inicialmente foram selecionadas quatro (04) famílias para serem entrevistadas. A escolha desse número se deu tendo em vista a importância dos dados a serem coletados, enfatizando-se a necessidade de uma análise coerente e que se prestasse aos objetivos da pesquisa, bem como ao tempo que eu, como pesquisadora, possuía para realizar o estudo.

Avalio que a quantidade de famílias entrevistadas não influenciou de forma negativa meu trabalho. Muito pelo contrário, os dados coletados foram ricos, contribuindo significativamente para que eu pudesse chegar a uma análise satisfatória. Quanto ao critério “ser familiares de pacientes estabilizados”, em um

primeiro momento foi considerado apenas para limitar meu universo. Mas, posteriormente, pensei que este foi um critério importante no momento em que se efetuou a coleta de dados. Durante minha pesquisa, percebe-se o tanto que um transtorno mental abala e desestrutura o meio familiar, principalmente nos momentos de crises do portador de transtorno mental. Então, se, *a priori*, familiares de pacientes estabilizados não tivessem sido levados em consideração, os dados coletados poderiam não ser estes apresentados neste trabalho. A crise do paciente poderia se tornar a crise da família, a partir do momento em que desestrutura as relações, os hábitos, a harmonia, as regras estabelecidas dentro desse grupo. Com certeza, este momento de crise influenciaria nas respostas que os familiares dariam, articulando-as às desestabilizações geralmente presentes nessas situações, pois também esse é um momento de dor, revolta, mudanças, e as respostas estariam carregadas do que se sentiu nesse momento.

A Análise Institucional, teoria utilizada para fundamentação da pesquisa, traz em si a possibilidade de ser empregada, também, como método de análise dos dados, pois não embasa somente intervenções institucionais. Então, para a realização da análise de dados, utilizamos os analisadores espontâneos que Lourau teoriza (Baremblytt, 2002) e que são definidos como os dispositivos que evidenciam as contradições entre o campo de forças do instituído e do instituinte.⁷ Para isso, o roteiro da coleta de dados foi construído dividido por categorias preestabelecidas, sendo elas: saber, poder, prestígio social, sexo, dinheiro e trabalho, os analisadores espontâneos teorizados por Lourau e referenciados por Baremblytt (2002), além da história do transtorno mental na família, dinâmica da família, relação com o serviço.

Ao longo do processo da pesquisa de campo, observamos que a relação da família surge como um analisador espontâneo, apesar de esta relação ser atravessada por outros vários analisadores que também foram estudados nesta pesquisa. Sendo assim, a própria família, em sua articulação com o serviço e com o usuário, denuncia as contradições, os jogos de força que coabitam esse espaço.

Inicialmente o vetor que utilizei para organizar o objeto de estudo da minha pesquisa foi a família e o serviço de saúde mental, direcionado o estudo para o grupo familiar. Ao longo da pesquisa, percebi a necessidade de mudar minha

⁷ Esses conceitos são analisados nas páginas 22 e 23 desta pesquisa.

direção. E isso surgiu a partir do momento, em que trato da importância de não culpabilizarmos a família no processo do tratamento do portador de transtorno mental: analisar o jogo de forças que existe entre a família e o serviço de saúde mental. Nesse contexto, emergiu também a necessidade de que nessa articulação também se incluísse o portador de transtorno mental, peça-chave nessa análise, uma vez que a relação entre a família e serviço só se dá através do usuário, ponto de conexão entre essas forças. Nesse sentido, as forças contrárias, as dificuldades do que está estabelecido e quer se manter e as potências do que se quer inovar são sempre produzidas no território família-portador-serviço. Esse território traz consigo uma tensão produtiva de formas de funcionamento, de acordos que precisam estar em análise.

Dessa maneira, a análise dos dados se deu a partir do campo de forças que atravessa os pólos que compõem esse território, a fim de desvendar o que dificulta uma efetiva implicação das famílias no tratamento do usuário do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Ribeirão das Neves.

A partir da visão da Reforma Psiquiátrica, a família passa a ser vista como um recurso das estratégias de intervenção, aumentando-se, a partir de então, o número de pesquisas e de estudos relacionados à família do portador de transtorno mental. Neste mesmo contexto, esta passa a existir como possível lugar de convívio do portador de transtorno mental, além de sofrer consequências diante do transtorno do seu familiar. Portanto, precisa ser tratada e assistida socialmente, podendo ainda se organizar através de associações, ser sujeito de ação, ator político e de transformação. Ressalta-se que a família também é a provedora de cuidados, pois ela é uma extensão do tratamento que é realizado no serviço de saúde mental, sendo co-responsável pelo cuidado com o usuário, e tem a capacidade de agir diretamente na reinserção social do portador de transtorno mental, vinculando-o à sociedade (ROSA, 2003).

A seguir, apresenta-se a tabela com dados das famílias entrevistadas durante o mês janeiro de 2007.

Tabela 1: Dados das famílias entrevistadas:

Família	Idade do portador de transtorno mental	Diagnóstico	Início do tratamento no NAPS de Rib. das Neves	Número de pessoas na casa	Tipo de Família ⁸	Responsável pelo portador de transtorno mental	Renda familiar (R\$)
F.M.	28	F20.0	Fev/03	8	alternativa	Mãe	350,00
F.A.	37	F29	Out/98	12	nuclear	Mãe	600,00
F.E.	27	F20.0	Out/06	4	alternativa	Pai	500,00
F.R.	32	F20.0	Out/03	2	alternativa	Pai	350,00

Nos capítulos seguintes, esses dados serão necessários para melhor compreensão da análise qualitativa efetuada, havendo o intuito de localizar os informantes e organizar as falas dos entrevistados. A partir do material coletado por meio dessas entrevistas, desenvolvemos a análise do campo de forças que se estabelece na relação dos familiares dos portadores de transtorno mental, o serviço de saúde mental e os usuários e o que dificulta uma efetiva adesão dos familiares, ao tratamento, dos usuários atendidos no CAPS de Ribeirão das Neves.

⁸ Romagnoli (1996) faz a definição de família nuclear e alternativa. Famílias nucleares: também chamadas conjugais, formadas pelo casal de cônjuges com seus filhos. Famílias alternativas: são possuidoras de arranjos familiares que fogem ao modelo dominante. Estas novas formações caracterizam grupos sociais flexíveis e singulares em estrutura, função e hierarquia, formando um caleidoscópio em cujos fragmentos móveis e flutuantes pode-se montar uma série de combinações. Quanto à estrutura, não fogem do parâmetro nuclear, possuindo proles pequenas, cuja composição torna-se cada vez mais variável; podem ser compostas por apenas um dos cônjuges vivendo com os filhos, podem ser compostas de um cônjuge que possui união estável com outro parceiro, que já tenha ou não sido casado anteriormente, com ou sem filhos desta união, com ou sem filhos dos casamentos prévios, que podem habitar ou não na mesma casa, enfim, formando uma mixórdia que não obedece a nenhum padrão rígido.

2 O CAPS DE ONDE FALO

O Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS⁹ -, no qual esta pesquisa se realizou, segue os preceitos da reforma psiquiátrica apresentados no capítulo anterior, e encontra-se na cidade de Ribeirão das Neves, município da cidade metropolitana de Belo Horizonte, eminentemente urbano. O município possui, atualmente, 322.971 habitantes, com estimativa de crescimento anual de 6,2%, tendo, portanto, um crescimento populacional acelerado (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2006). Nessa população, existe uma proporcionalidade entre os sexos, sendo praticamente equivalentes masculina e a feminina, com predominância da população jovem. O município apresentava, em setembro de 2006, 06 (seis) unidades penitenciárias com um número oficial de 3.383 detentos residentes, o que correspondia a, aproximadamente, 1% de sua população geral, que também é constituída, em parte considerável, pelas famílias desses carcerários que passam a residir na cidade.

Considerada um dos pólos das penitenciárias estaduais, Ribeirão das Neves é estigmatizada socialmente por abrigar tantos detentos. É preciso assinalar que é repassada uma verba nacional destinada à execução das ações de saúde, de retaguarda, para a atenção básica, a e a de média complexidade, aos presos. Apesar desses repasses, essa população prisional necessita de utilização de recursos humanos e financeiros muito superiores aos repassados, pois os encarcerados sabidamente apresentam um maior risco de adoecimento por algumas moléstias. Conseqüentemente, os detentos demandam um maior aporte de recursos propedêuticos. Entretanto, os detentos são considerados, pelas comissões reguladoras dos aportes de recursos para a saúde, efetivamente, apenas como residentes, sem maiores diferenciações no que diz respeito aos repasses financeiros. Apenas aumentam a cota de exames complementares e procedimentos destinados aos detentos, proporcionalmente ao número absoluto de novos residentes inseridos na população geral que eles representam. Essa matemática perniciosa gera grandes ônus ao sistema de saúde local que passa a apresentar importantes dificuldades para a programação e execução de suas atividades,

⁹ Pela Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, recebe a denominação de CAPS (Centro de

mediante as demais necessidades de toda a sua população (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2006).

Nesse contexto, a cidade também recebe o estigma de cidade violenta, e os registros dos índices de violência não contradizem os fatos. É uma cidade eminentemente de periferia, arquitetada, em grande parte, como favela, onde há uma grande predominância de tráfico de drogas relacionado com a violência, além de ser considerada cidade dormitório, uma vez que a maior parte de sua população trabalha em Belo Horizonte e retorna a Ribeirão das Neves apenas nos momentos de descansos e folgas.

Realizando um percurso histórico acerca da cidade, observamos que Ribeirão das Neves passou de povoado a grande cidade em poucas décadas, herdando as características que a explosão do crescimento desordenado traz: dívida social, expansão desordenada e carência de recursos. Desta forma, ocorreu o desenvolvimento do setor informal da economia, a intensificação das desigualdades sociais e a marginalização da sociedade. A concentração de uma população de baixa renda, a falta de uma base econômica capaz de absorver a força de trabalho no local de assentamento e a falta de recursos públicos para fazer frente à demanda de serviços e infra-estrutura, decorrentes dessa ocupação acelerada, são fatores que desenham um quadro de miséria, carência e exclusão com relação a grande parte da população. Dessa forma, o município de Ribeirão das Neves apresenta um perfil econômico próprio de cidades sem uma estrutura produtiva sólida. Ou seja, enquanto os investimentos acontecem em projeção aritmética, a população cresce em projeção geométrica. O resultado dessa desproporcionalidade é o desemprego e uma população economicamente ativa crescente e sem perspectivas (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2006).

Por outro lado, examinando como se dá a questão da saúde do município, percebemos que a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) local segue a Norma Operacional Básica do SUS – NOB (BRASIL, 1997) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS (BRASIL, 2002b). O município de Ribeirão das Neves está atualmente habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme publicação oficial de 28 de Julho de 1998. O Sistema de Saúde de Ribeirão das

Neves é estruturado por um conjunto de unidades organizadas em rede, regionalizadas e hierarquizadas de forma a promover um atendimento integral à população, e encontra-se inserido, de forma indissociável, no SUS, em sua abrangência estadual e nacional.

Em 1996, foi criado o NAPS, concretizando a proposta da desospitalização dos portadores de transtorno mental. Esta unidade conseguiu sua sustentabilidade e tornou-se local de referência para os municípios em relação ao transtorno mental, ao longo da década posterior à sua inauguração.

Este NAPS é o único serviço na cidade, que atende os casos de urgência psiquiátrica, e localiza-se na região central do município, o qual é dividido em três grandes regiões sanitárias: Central, Veneza e Justinópolis. Por suas peculiaridades, tamanho, distância, população, interesses comunitários, estas regiões poderiam ser cidades independentes, pois são geograficamente distantes, segundo dados do município, o que demanda uma ação política tríplice dos governantes (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2006).

A rede de saúde mental de Ribeirão das Neves está em crescimento e tem estado à frente de muitos outros municípios do seu porte. Além do CAPS adulto, ainda contamos com o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas), CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência), Equipe Matricial e Equipe de Apoio que trabalham junto à Atenção Básica nas regiões sanitárias, além de um ambulatório de saúde mental.¹⁰ Existe programação para a criação de um CAPS II na região de Justinópolis e para a transformação do atual CAPS II em CAPS III, além da implantação da equipe matricial nessa região.

O NAPS de que falo tem como equipe técnica a seguinte composição: 05 (cinco) psiquiatras (12h), 03 (três) psicólogos (40h), 01 (um) terapeuta ocupacional (40h), 01 (um) assistente social (40H), 01 (uma) enfermeira (40h), 1 coordenadora

¹⁰ A equipe Matricial é composta de 01 psiquiatra e 02 psicólogos que trabalham juntamente com a Atenção Básica, dando orientações, supervisões para os casos de transtorno mental. Realizam visitas, encontros, reuniões nas unidades básicas de saúde visando discutir e construir, junto com a equipe desses serviços (médicos generalistas, enfermeiros, agentes comunitários de saúde), estratégias de intervenção no tratamento dos portadores de transtornos mentais. É uma equipe volante. Já a Equipe de Apoio dá suporte para a Equipe Matricial. Os casos que a equipe matricial não consegue resolver na unidade básica de saúde, e que não têm perfil para o NAPS, são

(psicóloga – 40h), além de mais 17 (dezessete) funcionários do nível médio que completam a equipe (recepção, administrativo, apoio, técnicos de enfermagem, motorista, serviços gerais).

O NAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). É um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. É um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e, assim como outros serviços com o mesmo fim, é atualmente regulamentado pela Portaria nº. 336/GM, de 19 fevereiro de 2002, integrando a rede do SUS (BRASIL, 2002a). Esta portaria reconheceu e ampliou o funcionamento e a complexidade do CAPS.¹¹ Estes, por sua vez, têm a missão de dar um atendimento durante todo o dia, alguns durante o período da noite também, às pessoas que sofrem de transtornos mentais graves, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial. O objetivo é substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações psiquiátricas e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias.

As atividades realizadas em um CAPS são feitas em grupo, há atividades individuais, outras destinadas às famílias, e mesmo outras que são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos, entre eles: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento para a família, atividades comunitárias, assembléias ou reuniões de organização do serviço. Estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário terá que ficar a maior parte do tempo dentro do CAPS. As atividades podem ser desenvolvidas fora do serviço, como parte de uma estratégia terapêutica de reabilitação psicossocial, que poderia iniciar-se ou ser articulada pelo CAPS, mas que se realizará na comunidade, no trabalho e na vida social.

O trabalho, no NAPS, é desenvolvido no intuito de favorecer o exercício da

assumidos pela equipe de apoio. A equipe de trabalho tem a mesma composição da equipe Matricial.
¹¹ Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) – assim como os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), os CERSAMs (Centro de Referência em Saúde Mental) e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pela Portaria nº. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integram a rede do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002a). Os CAPS, NAPS e CERSAMs são nomenclaturas diferentes, mas serviços com as mesmas finalidades, apenas

cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Tratamos os usuários clinicamente, mas nos preocupamos, de igual modo, com a reabilitação psicossocial. Além do atendimento em consultório, possibilitamos que o paciente encontre e/ou tenha aquilo que muitas vezes não faz parte de seu cotidiano. Procuramos promover vida e assim nos preocupamos com o social. E é desta forma que desenvolvemos algumas atividades que são instituídas como práticas do serviço e que, ao mesmo tempo, são ora forças instituintes que circulam em nossa prática, ora são capturadas pelas forças institucionalizadas que tendem a reproduzir os recursos já existentes e impedem a criação de novas formas de lidar com a loucura. Dentre as atividades realizadas pelo NAPS, temos:

- lazer (realização de passeios (zoológico, rapel, parques, cinema, biblioteca), banho de piscina no serviço, festas, oficinas de jogos, dentre outros);
- exercício de direitos civis (possibilitar que tenham documentos, acesso a outros serviços de saúde, dentre outros);
- fortalecimento dos laços sociais e familiares (grupo de família, visitas domiciliares, desfile de 18 de Maio, desfile de 7 de setembro, dentre outros);
- esporte (oficina de futebol no serviço e no estádio Municipal, dentre outros);
- cultura (cinema, oficina de leitura e produção, parceria com a casa de cultura do Município, onde são oferecidos diversos cursos para os pacientes: tapeçaria, cestaria, dança, música, pintura em tela, ginástica, dentre outros);
- educação (reinserção na escola, projeto de alfabetização, dentre outros).

Com essas atividades e outras mais, vamos tentando construir dispositivos de transformação e promoção de novos entendimentos sobre o transtorno psíquico, propiciando o restabelecimento de laços para além dos espaços familiar e do serviço, restituindo, para os usuários, um lugar na esfera social.

Como psicóloga da equipe, o tempo todo é necessário que minha visão não

fique apenas restrita à clínica tradicional, exercida em consultórios, é preciso que vá muito além para que aconteça, na prática, a sustentação dessas atividades, trabalhando a partir daquilo que se convencionou chamar, desde então, de Clínica Ampliada. E de acordo com Lobosque (2003), é um atendimento sujeito a interferências e demandas inabordáveis, não só no espaço físico, como também no espaço lógico do consultório. Incluem-se, nesse atendimento, atividades tão diversas como acompanhar o paciente à padaria, ligar para a mãe de outro, negociar com a escola, separar uma briga ou deslindar uma intriga. Ainda se ressalta que é indispensável um “estar-com”, sem pieguice ou afetação, nas conversas que os usuários desenvolvem, nas oficinas que produzem, nos lazeres que os divertem, nas assembléias em que deliberam, nas passeatas em que se manifestam. É ter no horizonte a clínica como aquela que busca a autonomia e independência das pessoas. A citada autora acredita que:

“Apenas assim, poderemos oferecer o cuidado devido a esta posição subjetiva chamada psicose, aprendendo deste modo a repensar o que cuidar deve ser. Apenas assim, pode-se oferecer cabimentos aos pedaços sem lugar: de trecos e cacarecos, fazer coisas; de estranhos ruídos, fazer concertos; do excesso, fazer arte; do resto, fazer parte – belo privilégio subjetivo, pleno exercício da cidadania!” (LOBOSQUE, 2003, p. 158).

Enfim, é preciso ter em vista que, embora o conhecimento de certas disciplinas seja necessário para certa gama de intervenções, é preciso ter clara a importância de outras intervenções que nada têm de “psi”, e não são ditadas pela aplicação de qualquer técnica. Em uma assembléia de usuários, ou em uma reunião de familiares, em uma oficina de pintura, em uma ida ao cinema, em um passeio ao parque, estão em jogo questões e impasses relativos ao convívio entre os homens, loucos ou não – que não comportam qualquer disciplina, teoria ou técnica a título do seu fundamento (LOBOSQUE, 2003). Podemos dizer que o tratamento é um conjunto dessas intervenções que levam o sujeito a situar-se de outro modo em frente ao seu destino (pessoal, familiar, social). Na prática, percebemos que a clínica amplia-se de tal modo que tudo se torna clínica: cooperativas, associações, clubes, centros de convivências, passeios, festas, encontros. Poderíamos dizer até que estas são formas sociais de lidar com a loucura e de assisti-la (AMARANTE, 2003).

Além dessas atividades, o CAPS também tem que oferecer um suporte às famílias. Na assistência oferecida às famílias, pode-se destacar: atendimento

nuclear e a grupo de familiares, atendimento individualizado a familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares; reuniões de famílias diversas para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico. No NAPS que contextualiza esta pesquisa, as reuniões são realizadas toda semana, atualmente há duas (02) psicólogas que coordenam as reuniões, além de atendimentos a uma família ou membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras ou, até mesmo, em momentos críticos.

Mas, na prática, existe uma dificuldade muito grande para a efetivação dos grupos de famílias. Por que isso acontece? Vejo que existe uma gama enorme de fatores que influenciam na real assistência necessária aos familiares dos portadores de transtorno mental. As famílias não comparecem ao serviço, principalmente às reuniões. O número de participantes é mínimo diante da quantidade de portadores de transtorno mental atendido pela unidade. Percebemos pouca implicação das famílias. Por outro lado, não existe um discurso comum da equipe para atrair esses grupos. Por mais que seja dito acerca da necessidade e que se discuta isso, na realidade não acontece. A equipe apresenta dificuldade em ofertar assistência aos familiares diante da demanda dos mesmos. Parece existir um jogo de resistência de ambas as partes: família e serviço.

Uma das queixas dos familiares que aparecem cotidianamente refere-se ao não-funcionamento do serviço de saúde nas 24 horas do dia, todos os dias da semana. Embora esses serviços substitutivos visem a dar apoio integral ao usuário, a grande maioria dos serviços de saúde mental, que nasceram a partir da reforma psiquiátrica no Brasil, desenvolvem suas atividades apenas nos dias úteis, de segunda a sexta-feira. Os finais de semana e feriados, acabam se configurando como um grande vazio para muitos usuários e familiares. Essa lacuna aparece na fala de um pai, durante a entrevistada, o que causa uma série de transtornos para a família, que, inclusive, tem que se adaptar novamente à lógica hospitalocêntrica:

(F.E.) Olha, umas três vezes em finais de semana fui levá-lo amarrado no pé e na mão para o hospital. Dá um trabalho, por que o serviço não estava funcionando. Fico sem rumo, sem saber o que fazer. Um dia a doutora que consultou ele no Raul Soares, não sei o que ele arrumou, se desentendeu lá

dentro [...], não sei se ela falou uma conversa que ele não gostou, quebrou o vidro lá dentro do Raul Soares. Deu um soco na janela de vidro, o braço dele não levou nenhum corte, mas quebrou o vidro todo, né, ela ligou pra mim desesperada, falou pra eu ir imediatamente, eu tava trabalhando na Savassi, na construção civil. Cheguei lá, ele tava amarrado no pé e na mão, esticando o corpo, querendo morder a mão, ele não gosta de ficar lá de jeito nenhum. Já acostumou com o NAPS...

Percebemos, a partir dessa fala e também diante das diversas dificuldades encontradas no dia-a-dia, que a questão de ainda existirem poucos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que funcionem 24 horas e todos os dias da semana, em alguns momentos, acaba sendo um ponto muito dificultador para a assistência do portador de transtorno mental e para a família. Infelizmente, ainda não é possível descartarmos a existência e a necessidade da utilização dos hospitais psiquiátricos. Embora a reforma brasileira tenha sido uma expressão das forças instituintes, ainda há um uso do que estava estabelecido até seu surgimento, o que denota a coexistência da reprodução e da invenção nesse campo.

O NAPS de Ribeirão das Neves ainda não funciona 24h, e também não funciona aos finais de semanas, isso acarreta ainda uma grande procura aos hospitais Galba Veloso e Instituto Raul Soares¹² por parte dos familiares, e outras vezes nós, profissionais, temos que recorrer à retaguarda dessas instituições. Tendo em vista que a crise não tem hora pra chegar, ela pode acontecer durante os cinco dias durante a semana, como pode acontecer em meio a uma madrugada ou em pleno domingo. É importante dizer que esses dois hospitais psiquiátricos citados são do Estado e trabalham hoje com uma proposta mais humanizada e em consonância com o nosso serviço.

Também percebemos que a instituição familiar não se mostra favorável a respeito da desinstitucionalização do doente mental exercendo pressão para que a instituição psiquiátrica continue “a manter a custódia dos pacientes porque esse pesado encargo não é aceito passivamente por ela” (GONÇALVES e SENA, 2001, p. 51).

E então vem a questão: mesmo com a proposta da Reforma Psiquiátrica de desospitalização e da utilização dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico,

¹² Os hospitais Galba Veloso e Instituto Raul Soares são tradicionais em Belo Horizonte e fazem parte da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Portanto, atendem população de todo o estado.

ainda é imprescindível a existência destes. Mesmo com todo o avanço, ainda não temos como desconsiderar a existência do hospital. E isso acarreta certa ambigüidade na prática dos serviços que trabalham na proposta da Reforma Psiquiátrica. Esta, por si só, é um movimento que propõe a todo tempo, em seu discurso, a existência de forças instituintes. Leva em seu discurso a importância de construirmos cotidianamente práticas que levam o portador de transtorno mental a se posicionar de outra forma que não seja da exclusão, que não seja do estigma, que ele esteja inserido no meio social, como um cidadão qualquer. Mas, por outro lado, vemos que ainda prevalece em nossas práticas um percentual grande de forças instituídas que vêm de um discurso anterior à Reforma Psiquiátrica. Percebemos, desta forma, que há muito ainda a ser feito para que o movimento da Reforma Psiquiátrica não fique endurecido e preso às forças instituídas.

(F.M.) Não sei o que seria de nós sem o NAPS. Sempre que eu preciso venho aqui e vocês me ajudam. Eu posso chegar nervosa, gritando que ainda assim vocês têm paciência comigo.

Apesar dessas dificuldades citadas na fala acima, observamos uma boa relação da família com o serviço, como também foi pontuada por Romagnoli (2006a), em realidade próxima à nossa. Na pesquisa, a autora pontua que todas as famílias entrevistadas, em um total de oito (08), com exceção de uma, reconhecem a importância do serviço de saúde mental. De maneira geral, possuem uma boa relação com o serviço, o que é percebido como cooperativo com o doente e com seus familiares. A autora ainda informa que, embora acredite que o tratamento produza efeitos positivos nos portadores de transtorno mental, o fato é que essas famílias devem fazer uma reorganização para conviver com a doença mental. Mesmo assim, embora exista essa boa relação da família com o serviço de saúde mental, encontramos dificuldades ao lidar com os grupos de familiares.

Na nossa unidade, além dos atendimentos individuais aos familiares e constantes diálogos realizados, acontecem ou deveriam acontecer grupos de famílias. Atualmente dividimos o grupo em dois tipos: familiares de usuários recém-inseridos no serviço e familiares de usuários com um período maior de assistência. O primeiro grupo tem função informativa e visa a amenizar algumas dúvidas, além de reforçar a importância da família como parceira no tratamento e na vida do

portador de transtorno mental. Nesses encontros, falamos da dinâmica do serviço, da enfermidade, tratamento, dentre outros aspectos.

O segundo grupo, por sua vez, visa a ser um espaço de convivência em que objetivamos criar uma outra forma de lidar com a doença mental, criando um espaço lúdico e distinto do que é vivido cotidianamente. Percebemos, no cotidiano do serviço, que, ao iniciar sua participação em um grupo terapêutico, a maioria dos familiares está imersa em suas próprias vivências de dor, dificuldades e culpa. Devido a um cotidiano sobrecarregado, à falta de informações qualificadas, à ocorrência de experiências sucessivas de fracasso, muitos indivíduos organizam suas vidas de forma empobrecida e estereotipada, diminuindo suas reais possibilidades de vida, como foi assinalado por Melman (2001), e como também observamos na fala deste pai:

(F.E.)Então eu acho uma vida muito difícil, que em casa ele é uma pedra no meu caminho, eu não posso viajar mais, acabou... Eu fui viajar aquela vez para X (cidade do interior de Minas Gerais) que eu falei aqui, chegou lá ele amou na casa do meu irmão e não teve nem coragem de sair nem na rua, deitado não queria sair. Chamava-o pra almoçar, jantar, nada, não queria sair. Nem à rodoviária da cidade ele queria ir, então é difícil, muito difícil. Acabou por eu também não aproveitar a viagem, pois ficava o tempo todo preocupado com ele. Estava "doido" pra chegar voltar para casa, para ele voltar a ficar o dia todo aqui, no NAPS.

Também estudando a relação das famílias com o serviço de saúde mental, Rosa (2003) coloca que há uma dupla responsabilização na relação da família com os profissionais. De um lado, a família lhes atribui o saber sobre o processo e a responsabilidade por qualquer mudança e coloca os profissionais no lugar dos *experts*. De outro, os profissionais depositam na família a responsabilidade pelo adoecer, talvez não de uma forma generalizada, mas sempre apontando de alguma forma para a falha da família. Em relação à família, Moura e Araújo (2005) afirmam que a própria família foi aos poucos se reduzindo ao núcleo pai-mãe-filhos e se isolando de antigas redes de aliança e parentesco em decorrência da doença mental. Como consequência desse isolamento, a família tornou-se cada vez mais dependente da palavra dos especialistas, que passaram, assim, a definir tanto as necessidades quanto as formas de satisfação consideradas "adequadas" e "saudáveis" para todos, e para cada um dos familiares. Esse aspecto também

aparece na fala de um pai entrevistado, que se coloca como passivo em relação ao tratamento do filho doente:

(F.E) O tratamento oferecido aqui está bom. Agora, se o serviço buscasse ele em casa seria melhor, né? Porque aí não iria precisar que eu viesse aqui trazê-lo todo dia.

Desta forma, podemos supor que os coletivos têm perdido, têm alienado o saber acerca de sua própria vida, a noção de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas demandas, de suas limitações e das causas que determinam essas necessidades e essas limitações, pois tudo fica vinculado ao saber específico produzido pelos chamados *experts* descritos por Baremblytt (2002). Esses são “especialistas”, os conhecedores dessa estrutura e do processo dessa sociedade em si, estando a serviço das entidades e das forças que são dominantes em nossa sociedade. Isso tem causado para a sociedade, para os indivíduos que não têm essa formação, uma perda da compreensão e do controle sobre o seguinte: de que tipos de recursos e formas de organização devem dispor para apresentar e resolver seus problemas. No caso desta pesquisa, os técnicos de saúde mental estariam ocupando o lugar dos “*experts*”, para os familiares dos portadores de transtorno mental. E nessa relação da família com o trabalhador de saúde, no que se refere ao usuário, vemos que há certa submissão ao saber:

(F.M) O que a médica ou a psicóloga fala em relação ao tratamento, eu aceito e cumpro. Eles estudaram e sabem o que é melhor para nós.

Foucault (2004) relata que os intelectuais descobriram recentemente que as massas não necessitam deles para saber. Elas sabem perfeitamente, claramente, muito melhor do que os intelectuais e dizem muito bem. Mas afirma que existe um sistema de poder que barra, proíbe, invalida esse discurso e esse saber. Poder que não se encontra somente nas instâncias superiores da censura, mas que penetra muito profundamente, muito sutilmente em toda a trama da sociedade. Para o autor, os próprios intelectuais fazem parte deste sistema de poder, a idéia de que eles são agentes da “consciência” e do discurso também faz parte desse sistema. O papel dos intelectuais não é mais o de se colocar em um pouco à frente, ou um pouco de

lado, para dizer a muda verdade de todos. É, antes, o lugar contra as formas de poder, exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da verdade, da consciência, do discurso.

Para Foucault (1977) e (2006), conforme Amarante (2007), no fim do século XVIII ocorreu a medicalização do hospital, que, antes desse período, era denominado pelo autor de “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”, pois exercia a prática sistemática e generalizada de isolamento e segregação de significativos segmentos sociais. Nesse raciocínio, a medicalização do hospital ocorreu a partir de uma tecnologia política chamada disciplina, em que o hospital passa a ser a principal instituição médica, e a medicina se tornou um saber e uma prática predominantemente hospitalar.

No âmbito das instituições, a disciplina significa uma arte de distribuição espacial dos indivíduos, e, com isso, o exercício de controle sobre o desenvolvimento de uma ação, uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos, e sendo, finalmente, um registro contínuo de tudo o que ocorre na instituição, ou seja, um registro constante de conhecimento, produzindo um saber ao exercer-se como poder (Amarante, 2007).

Conforme Amarante (2007), a substituição da sociedade absolutista (monárquica, totalitária, clerical) pela sociedade disciplinar destinou um novo papel às instituições: a disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social construído entre pares, a normalização dos cidadãos e da própria noção de cidadania. Assim que os hospitais – antes lugares de mortificação e “des-historização” – tornaram-se lugares de verdade, de saber, de positividade.

Lobosque (2003) explica o aparecimento dos saberes, sua existência e transformação como peças de relação de poder. E ainda afirma que podemos dizer que o poder disciplinar, ao agir sobre o corpo, é o pólo anátomo-político do biopoder – que articula biopolítica como reguladora dos processos biológicos, para possibilitar as formas de gestão da vida que caracterizam a sociedade contemporânea.

Vale lembrar que lugar de saber, de *experts*, na contemporaneidade, reservado pela sociedade ao médico e aos profissionais da saúde, vem dessa transformação da sociedade em disciplinar e a conseqüente transformação do

hospital como lugar de medicalização. O hospital e seu corpo clínico passam a ser considerados os detentores do saber, e acredito que a sociedade ainda reproduz isso nos dias atuais. Araújo (2004) afirma que, para Foucault, o sujeito é constituído em dois sentidos: é sujeito ao saber do outro e pode pensar em si mesmo como sujeito.

Sabemos, com certeza, que o serviço tem que ser uma referência para o tratamento e possibilitar, por meio do projeto terapêutico, que o usuário esteja inserido, circulando na sociedade, principalmente nos espaços familiares. É preciso que os conhecimentos dos especialistas que compõem o serviço estejam unidos, construindo, no dia-a-dia, um novo saber em prol de uma melhora de vida do portador de transtorno mental e das pessoas que estão ao seu redor. Todavia, também a família pode se fazer presente, participando e ajudando ativamente na reintegração do portador de transtorno mental junto à sociedade e na promoção dos laços sociais. O que percebemos em nossa experiência é que raramente isso ocorre e que as pessoas deixam essa função a cargo dos *experts*. Foucault (2004) nos diz que nada mudará a sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo e ao lado dos aparelhos de Estado, em um nível muito mais elementar, cotidiano, não forem modificados. Para o autor, nem o poder é total, nem o saber é unilateral: onde há poder e saber há resistência, por isso devemos produzir conhecimentos capazes de se insurgir contra a dominação burguesa que os próprios saberes sobre o homem ajudaram a criar e a aperfeiçoar.

Araújo (2004) enfatiza que os estados maciços e compactos de dominação econômica, social, institucional sustentam-se e reproduzem-se, por penetrarem nas relações mais insuspeitas, como a do médico com o paciente, do professor com o aluno, do terapeuta com o analisando, do instrutor com o exercitante do corpo, do psiquiatra com o louco, do vigia ou treinador com o funcionário, do policial com o encarcerado e por que não da família com a equipe do CAPS? Todavia, a autora acrescenta, que, justamente aí, os estados de dominação produzem brechas que dão margem para que se possa resistir a esses saberes e poderes e, eventualmente, transformá-los. E é exatamente nesses espaços que a família deveria aparecer como parte indissociável do processo do tratamento do portador de transtorno mental, além de receber a assistência necessária por parte da equipe técnica, para também exercer um papel efetivo e ativo.

Cardoso Júnior (2005) afirma que os saberes e os poderes de todos os tempos procuram domar os processos de subjetivação, mas estes lhes escapam perfazendo uma história da resistência relativa à vida, pois o “ [...] *ponto mais intenso das vidas, onde se concentra sua energia, fica exatamente ali onde elas se chocam com o poder, se debatem com ele, tentam utilizar suas forças e escapar de sua armadilha*” (FOUCAULT, *apud* DELEUZE, *apud* CARDOSO JÚNIOR, 2005, p.344).

Ao mesmo tempo, percebemos que o grupo de familiares é uma proposta instituinte da equipe do NAPS, mas o que tem vigorado é o instituído. Uma vez que não é só os familiares que não comparecem, os profissionais têm feito pouco movimento para que efetivamente esses grupos se encontram toda semana como proposto a princípio. Talvez o trabalho com familiares seja mais complicado porque estes estão acostumados com uma não-implicação no processo e com certa passividade em face ao tratamento, porque também foi esse o lugar em que o serviço sempre colocou a família, ou mesmo, em que os agentes de saúde aprenderam a colocá-la em sua formação. Muitas vezes, observamos, em nosso cotidiano de trabalho, que o que aparece como instituído é que a família é culpada, já adoeceu o louco, e não conseguimos fazer contato com ela.

Mas outro ponto importante a ser considerado é que existe algo, certa responsabilização da equipe que também não possibilita que os encontros entre os familiares ocorram de forma regular. Não penso que seja falta de interesse, até porque a equipe é muito atuante no seu trabalho. Acredito que muitas vezes isso ocorra devido a uma falta de saber o que fazer, de como ajudar, de como intervir, como possibilitar uma estratégia que faça real efeito para os familiares. A semana passa e, no dia marcado para a reunião de família, ninguém comparece, pois, na verdade, não foram convidados, e os familiares, por sua vez não se vinculam a essas reuniões como um compromisso. O que acontece aí? Que jogo de forças existe entre os familiares, os serviços de saúde mental e a sociedade que, mesmo com o advento da Reforma Psiquiátrica, ainda carregam em si um agir e/ou um pensar que vai na contramão dessa reforma?

Machado e Lavrador (2001) ressaltam que falar de luta antimanicomial e de direitos humanos implica analisar até que ponto se quer ou se pode encarnar os desejos de manicômios e os desejos de direitos humanos em nossas vidas. E

consideram que é necessário que nos libertemos dos “desejos manicomiais” que se expressam através de um desejo, em nós, de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Para as autoras, esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Além disso apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para lidar com ele. Esses desejos manicomiais expressam o instituído acerca da loucura que rondam o dia-a-dia dos serviços de saúde mental, os pensamentos dos profissionais, da sociedade, dos familiares, apesar de todo um discurso “por uma sociedade sem manicômios”. Vemos que esse instituído está presente na família, que só consegue estabelecer uma relação com o familiar doente de maneira estereotipada e endurecida, como sugere a fala de uma usuária logo a seguir, mas também lidamos com isso na prática dos técnicos que carregam o discurso instituinte da Reforma Psiquiátrica:

(F.M) Minha família não liga pra mim. Eu fico querendo conversar e minha mãe não me dá atenção. Fica falando que eu só falo abobrinha. Eu queria que minha família me entendesse, me desse carinho...

Fica claro diante da nossa experiência que as idéias manicomiais ainda se fazem presentes, algumas vezes, nos novos serviços em saúde mental e se atualizam em práticas e discursos de exacerbada medicalização, de interpretações violentas, de posturas rígidas e despóticas. Para Machado e Lavrador (2001), lidar com a loucura nos impõe desafios diários e constantes. É uma construção permanente, pois não cabem fórmulas mágicas e ideais a serem seguidos, mas experimentações provisórias, problematizações, questionamentos e o exercício do pensamento. As resistências e os combates a essas formas manicomiais devem se dar dentro e fora dos muros dos hospitais, ou melhor, em todos os espaços e tempos sociais. Penso que isso tem que acontecer, principalmente, na família e dentro de cada um de nós, profissionais. Pois, como lutar por “uma sociedade sem manicômios”, se muitas vezes carregamos conosco esses desejos manicomiais que não permitem que as forças instituintes vigorem em nossa prática? Nesse sentido, podemos acreditar que os desejos manicomiais podem acabar por perpetuar e apenas ficarmos no lugar de reproduzir o instituído, ir desqualificando cada vez mais

as forças instituintes, até que estas vão perdendo a força e caímos no retrocesso, no passado de que se tem horror.

A luta pela desinstitucionalização da loucura, já discutida no capítulo anterior, passa pelo fim dos “desejos de manicômios” e pelo direito à desrazão. É preciso abrir portas em todos os sentidos e desobstruir a produção desejante, e isso pressupõe a desconstrução das práticas de intervenções, discursos reificados, que põem em funcionamento subjetividades mortificadas e entorpecidas (Machado e Lavrador, 2001). É preciso que as forças instituídas dêem lugar às forças instituintes. Para desobstruir o desejo manicomial que existe em nós e nos serviços de saúde mental, é necessário que se façam variadas conexões e agenciamentos coletivos que acionem a potência de criação, ou seja, que as forças instituintes estejam presentes nesse processo de lidar com a loucura, que afetam os fluxos de trabalho, de desejo, de produção de conhecimento.

...“hoje eu tenho um olhar crítico em relação aos CAPS e quero que eles sejam realmente substitutos ao hospital psiquiátrico. Lidar com o sofrimento mental nos faz ser criativas, mais sensíveis. E hoje, se pudesse escolher, escolheria ser mãe do meu filho novamente... O manicômio tem que acabar primeiro dentro da nossa cabeça”.¹³

No campo da reforma psiquiátrica em nosso país, observa-se, igualmente, uma intensificação dos esforços no sentido de substituir o tratamento centrado no hospital psiquiátrico, demonstrando a viabilidade da assistência na comunidade. Esse esforço implica necessariamente um olhar que possa analisar a realidade dos familiares e buscar formas de ajudá-los. E meus questionamentos permeiam dessa questão. Até que ponto isso tem acontecido? Ou será que acontece efetivamente? Percebo diante de tudo isso que a força instituída, os desejos manicomiais ainda exercem uma grande pressão no campo da loucura.

É a partir dessas contradições que penso ser necessário um melhor entendimento da relação da família com o portador de transtorno mental, incluindo o serviço de saúde mental, sem que seja culpabilizado nenhum dos dois pólos,

¹³ Fala de uma mãe de portador de transtorno mental no Encontro Nacional de Saúde Mental em 13 de julho de 2006, realizado na UFMG, na oficina “A importância da participação da família no tratamento das pessoas com sofrimento mental”. Cirlene é integrante da Associação “Loucos por Você”, de Ipatinga, dos familiares e portadores de sofrimento mental.

buscando também, a partir do conhecimento das dificuldades que perpassam essa relação, possibilidades de novas construções para, dar lugar às forças instituintes. No próximo capítulo, mapeamos e analisamos essas contradições a partir da fala dos entrevistados. Acreditamos, assim, poder contribuir tanto para os estudos sobre o tema, quanto para a real efetivação da reforma psiquiátrica no país.

3 A RELAÇÃO USUÁRIO, FAMÍLIA E SERVIÇO

Antes do movimento da Reforma Psiquiátrica, o louco vivia à margem da sociedade, ressaltando que, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica inicia-se no final da década de 70. Quando ocorria o primeiro surto, o doente era trancado em manicômios por longos anos, às vezes para sempre. Neste momento histórico, o portador de transtorno mental era afastado de qualquer convívio ou sinal de uma vida produtiva, ficava à margem do social, distante da família, esquecido, excluído... Muitas vezes, falecia na instituição asilar.

Nesse contexto, o louco era distanciado da família como uma proposta terapêutica: “isolamento terapêutico”. Para justificar tal procedimento, defende-se que a família estaria sob ameaça de alienação e que, por isso, necessitaria ser protegida. Pois 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 fosse protegida do seu membro doente, por outro lado, contraditoriamente, o grupo era também acusado de promover a loucura, pois havia um discurso de que a alienação provinha da estrutura familiar e dos conflitos que aconteciam a partir desta relação. Rosa (2003) afirma que o louco, considerado como detentor de um caráter indisciplinado (reforçado pela família), ficando isolado no manicômio, seria reeducado por uma nova disciplina que controlaria seus impulsos.

Naquela época, 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 visitá-lo e aguardar sua recuperação pacientemente. “Recuperação” que, na maior parte das vezes, não acontecia, e o louco nunca mais voltava para o seio familiar. Morria no asilo ou ficava nas ruas perambulando, rejeitado pela família, perdendo qualquer vínculo social.

Esses fatos perduraram por muito tempo. E diante dessa situação, várias teorias e práticas surgiram na tentativa de melhora da assistência, de criar uma

postura crítica das práticas existentes, de realizar um redimensionamento teórico e uma ruptura com o modelo vigente, tais como: comunidades terapêuticas inglesas, psicoterapia institucional, psiquiatria de setor, psiquiatria preventiva, antipsiquiatria e psiquiatria democrática.¹⁴ Esta última, por sua vez, aconteceu na Itália, especificamente em Trieste, no final da década de 60 e teve como fundador Franco Basaglia. Inicia-se a desconstrução do aparato manicomial, reinventando-se um campo de conhecimento e construindo-se vários serviços extra-hospitalares, além de se trabalhar com a reinserção social do louco. Todas estas formas propunham a transformação do espaço asilar e a possibilidade de desospitalização dos pacientes, ou seja, seu retorno à sua família e à sua comunidade. Com os diversos movimentos ocorridos para uma nova proposta de assistência ao portador de transtorno mental, a realidade começou a mudar e influenciar mundialmente serviços voltados para essa prática. No Brasil, o movimento italiano influenciou bem de perto a Reforma Psiquiátrica que se iniciou no final da década de 70.

A Reforma Psiquiátrica tem como uma de suas vertentes trazer a loucura para o seio familiar, possibilitando que o usuário esteja reintegrando o convívio social e que não esteja mais trancado nos manicômios. Desta forma, vemos que ocorre uma grande transformação. Se antes o louco era afastado da família por ser uma “ameaça”, 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 para a reinserção social do portador de transtorno mental.

Cavalheri (2002) enfatiza que, no início das manifestações que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica, aconteceu uma ampliação significativa da função da família

¹⁴ Comunidade terapêutica acontece em 1959, Inglaterra. Processo de reformas institucionais internas do hospital e marcadas por medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, objetivando a transformação da dinâmica institucional asilar. Psicoterapia Institucional: acontece em 1952, França. Resgate do potencial terapêutico do hospital psiquiátrico. O tratamento tem que começar pela instituição. Ela é doente e tem que ser tratada. Psiquiatria de setor: acontece a partir dos anos 60, França. Desempenhar a psiquiatria uma vocação terapêutica, o que não se consegue no interior de uma estrutura hospitalar alienante, levar à psiquiatria a população, evitando ao máximo a segregação do doente e o isolamento do mesmo. Psiquiatria Preventiva: acontece década de 60, EUA. Tinha como objetivo a prevenção da doença mental e a promoção da saúde mental. Antipsiquiatria: acontece na década de 60, Inglaterra. Movimento denunciador. Crítica em relação ao poder médico, denuncia a função tutelar da instituição psiquiátrica. Para este movimento o louco é vítima da alienação geral, segregado por contestar a ordem pública e a estrutura repressiva da psiquiatria (Amarante, 1995).

no que tange ao papel de co-participante do processo de tratar e reabilitar as pessoas mentalmente enfermas. Nesse sentido, o autor salienta a ocorrência de uma mudança radical, a exclusão inicial da família no *setting* tradicional, e as propostas de inclusão e participação ativas reivindicadas pelos profissionais no modelo da Reforma Psiquiátrica. Esse movimento reivindica essas posturas como um processo a ser construído no cotidiano, visando melhorar a qualidade de vida de tantos dos usuários, e quanto de seus familiares.

Moreno e Alencastre (2003) ressaltam, na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que as dificuldades enfrentadas pela família do portador de transtorno mental não obtiveram destaque. Em 1992, na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, os familiares tiveram sua representatividade assegurada e uma das recomendações foi: *“evitar culpabilizar o usuário e família, e promover o atendimento integrado da mesma inserida no contexto comunitário e social”*, como estava delimitado no relatório final desta conferência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). Já na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2001, busca-se afirmar a importância da família como aliada na nova forma de atenção a ser dada ao portador de transtorno mental e, nela busca-se suporte nos serviços através do cuidado domiciliar e enfrentamentos das crises.

Pensando nas diversas questões já pontuadas ao longo do texto e buscando trazer respostas para as indagações surgidas durante minha prática no NAPS de Ribeirão das Neves, como psicóloga, pesquisamos 04 (quatro) familiares dos portadores de transtorno mental, como foi apresentado no Capítulo I. As falas dos entrevistados são usadas ao longo do texto, com o intuito de realizarmos uma análise do campo de forças presente na relação da saúde mental com a família, a partir das experiências e significados dessa relação para a população pesquisada. Cabe ressaltar que os subitens deste capítulo correspondem às categorias que intitularam as questões do roteiro da entrevista (Apêndice A).

3.1 História do transtorno mental na família

Em nossos dias, está em funcionamento uma rede ampla e diferenciada de

serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico tradicional, devido às propostas de mudança da Reforma Psiquiátrica. De maneira geral, eles se caracterizam pela utilização intensiva de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas para manter a pessoa na comunidade. Com isso, como já ressaltado, o portador de transtorno mental vive com a família, no seu seio, trazendo o transtorno mental para o dia-a-dia do convívio familiar. Claro que é uma vivência repleta de obstáculos, dificuldades, incertezas, sofrimentos.

No entanto, muitas vezes a desospitalização é vivida, no cotidiano dos familiares e da sociedade, como espécie de descumprimento, por parte do Estado, de uma obrigação, a obrigação de cuidar do louco, cuidado aqui entendido como asilamento. Os discursos aparentemente humanitários, que sensibilizam a classe média intelectualizada, não convencem a família de doze (12) pessoas, a qual vive em um barracão e sobrevive com um salário mínimo, de que é melhor para ela e para o paciente que o tratamento seja realizado em casa:

(F.E) Quando ele está em crise, eu custo a dar conta dele em casa. E sempre que levo para o hospital, eles dizem que ele tem que dá continuidade ao tratamento no NAPS. Eu não entendo, lá não é hospital de tratamento para doido?

Nessa fala, percebemos o entendimento da desospitalização como sinônimo de omissão sugerindo que a dificuldade de engajamento da família nessa proposta tenha a ver com a noção de que seja “dever do Estado” o cuidado em relação ao portador de transtorno mental. Principalmente uma população como a de Ribeirão das Neves, que está exposta a uma grande vulnerabilidade social, uma população extremamente carente, sofrida, sem recursos financeiros, como pontuamos no Capítulo II.¹⁵ Muitas vezes, essa população não tem força para lutar por nada e/ou fazer algo para que a situação mude. E sobrevivem na lógica do assistencialismo, aguardando que venha de fora a ajuda para suas necessidades. Não correm em busca de melhorias, não lutam, não se organizam. E permanecem no lugar da queixa, como a fala seguinte, de um pai, que representa nosso pensar:

(F.E.) Eu não posso passear com ele porque o dinheiro não dá e também gasto muito com alimento por causa dele, principalmente feijão ele come muito. Ele não gosta de feijão que a gente bate no liquidificador. Ele come

¹⁵ A este respeito, consultar páginas 38 e 39.

feijão que dá para duas pessoas. Minha despesa com ele é muito grande.

Romagnoli (2006a) ressalta que, muitas vezes, os familiares assumem o lugar de “ignorantes”, destituídos de qualquer saber sobre si mesmos e sobre o doente, o que os impede de se reconhecerem como sujeitos autônomos. Dessa maneira, ocupam um lugar de alienação que não possibilita que realizem, por si mesmos, novas experiências, dificultando o lugar de um grupo ativo no processo de construção da vida.

E assim, na tentativa de resolver os problemas voltados para o transtorno mental, os familiares passam a organizar suas vidas em torno das vivências da doença mental. É com os familiares que mais se envolvem com a doença mental e menos toleram as mudanças geradas a partir do desencadeamento desse transtorno que vamos encontrar as maiores dificuldades em lidar com essa nova realidade de vida. Para algumas pessoas, apresentar um irmão ou um filho doente é um fato absolutamente intolerável, inaceitável:

(F.E.) A gente passa aperto, doutora. Eu acho que, quando ele fica ruim tem que ser internado. Já tem os problemas que passamos em casa e ainda ter que ficar agüentando um paciente doido. Fica difícil. Às vezes eu não entendo por que vocês não mandam interná-lo, já que existe o hospital.

O que constatamos, em nossa prática profissional, é que no momento das crises a família sempre vem com a demanda de internação. Tsu (1993) comenta que a custódia ou o tratamento são requeridos em função da apresentação, por parte do paciente, de condutas que o familiar considera intoleráveis ou anormais. Dito de outro modo, o acompanhante valida a demanda de internação e sua justificativa pelo fato de possuir uma ou várias queixas contra os pacientes.

Por outro lado, a Reforma Psiquiátrica buscou, e ainda busca, instituir o papel da família como parte responsável no tratamento do portador de transtorno mental. Mas, ao mesmo tempo, temos que atentar para que, a partir do momento em que conseguimos a família como parceira no tratamento, que esta seja responsável pela parte que lhe cabe, temos que cuidar para que não fique fadada ao instituído, esquecida, sem suporte e repetindo práticas já fixadas e que não deram certo. No nosso entender, consideramos a necessidade de que aconteçam processos em que

haja muito mais força instituinte transitando no seio familiar, possibilitando que os familiares do doente saiam do lugar da queixa, que deixem de ser vítimas e carregadores de um fardo. Talvez essa força possa ser usada para promover um novo sentido para a vida, mais prazerosa do que o espaço da doença possa permitir. O desafio que cabe aos profissionais da saúde mental é estar apontando para essa direção. Como permitir que isso aconteça, com quais recursos, de qual forma é possível que o meio familiar seja “agradável” tanto para o portador de transtorno mental quanto para os familiares?

Segundo Melman (2001), nossa sociedade atribui grande importância à família. Lugar obrigatório dos afetos, dos sentimentos e do amor. Foco mais ativo da sexualidade, a família moderna tem procurado sem cessar respostas para suas questões e contradições. A família tornou-se muito especial, instrumento decisivo para o funcionamento social, responsabilizando-se quase integralmente pela educação, desenvolvimento e formação das crianças, pela felicidade e bem-estar das pessoas. Nesse sentido, se a família é tão relevante, se a família é tudo ou quase tudo, ela também se torna responsável por tudo o que possa suceder a seus membros, inclusive, atualmente, pela participação ativa da inserção do portador de transtorno mental na sociedade.

Romagnoli (1996) ainda acrescenta que:

“A família, enquanto organização constitui-se num arsenal de regras e valores sociais, produzindo modelos de comportamento, mantendo normas sociais ditadas pelas instituições, integrando seus membros ao sistema social. Tem ainda como função “produzir” indivíduos adultos, criá-los, educá-los, para que se integrem à sociedade como mantenedores da ordem. Sua função oficial é operar como produtora de sujeitos “condicionados” e “adestrados” para agir de modo a conservar e reproduzir o estabelecido, se apresentando como uma entidade universal, imutável, natural e sagrada” (Romagnoli, 1996, p.32).

Portanto, o vínculo genealógico persiste, por definição, enquanto sobrevivem as pessoas ligadas por essa relação, mesmo que não seja a relação mais harmônica. Por muitas vezes, esta relação é conflituosa e mantém-se arrastando por toda uma vida a instabilidade emocional. De certo modo, nomear um relacionamento parental traz consigo uma atribuição de estabilidade e força e é, baseada nesses pressupostos, a sociedade refere-se à “família como um porto seguro”. Mas é

preciso salientar que a família consangüínea não precisa e não pode ser tudo. Além de valorizá-la em excesso, as pessoas também apresentam uma forte tendência a idealizá-la, esperando encontrar em seu seio tudo aquilo de que necessitam, todo o apoio, o afeto inesgotável, a resposta para todos os males. Esse processo de idealização conduz à ilusão de pensar que a única solução para que se possa sustentar um paciente e inseri-lo na comunidade passa, necessariamente, pela família (Melman, 2001).

Muitas vezes, os serviços de saúde também trabalham com a idéia de que é na família que o portador de transtorno mental estará bem, por idealizá-la. Parte-se, na maioria das vezes, da idéia de que a família, porque é família, tem essa condição, como se, só por estar ali, o usuário estaria cuidado e se relacionando bem. E sabemos que cada família é única e vai constituir suas relações e valores. Se para algumas famílias é possível um convívio harmônico com o portador de transtorno mental, para outras, não é.

Melman (2001) ainda afirma que os aspectos objetivos e subjetivos dos parentes, assim como as maneiras de lidar com as dificuldades, são decisivamente influenciados pelos valores e representações acerca da loucura presentes em um determinado momento histórico. Cada indivíduo, família ou comunidade apresenta formas de olhar os fenômenos no mundo, que são reflexos de contextos culturais, religiosos, ideológicos, econômicos, dentre outros. E estes fatores irão influenciar na dinâmica de funcionamento de cada família. Sabemos que é única a dinâmica de cada família, mas podemos perceber alguns pontos em comum entre as famílias a partir das entrevistas realizadas, como nos mostra o item seguinte.

3.2 Dinâmica da família

Sabemos que freqüentemente o transtorno mental surge como um evento imprevisto, que exerce impacto, produz efeito desestruturante na organização do grupo doméstico. Esse impacto se configura como algo medonho, e os desdobramentos vão variar de um grupo familiar a outro, em virtude de sua localização na estrutura social e de sua singularidade, de sua biografia particular.

Os familiares, por muitas vezes, possuem um comportamento de negação diante dos sintomas do portador de transtorno mental, diante daquilo que aparece como “estranho”, irreal, para a família. Isso traz certa perturbação e um sentimento de estranheza, como aparece na fala de uma das mães entrevistadas:

(F.M) Eu não entendia porque ela ficava falando, que tinha um homem encarando-a. Eu achava que o que ela tinha era normal. Ela ia para o serviço, voltava, depois do distúrbio, isso piorou mais. Ela começou a falar: tem um homem me perseguindo, tem um homem me perseguindo, ele vai me estuprar, ele vai me estuprar. Aí, todo mundo começou a ficar perturbado, até eu.

Por outro lado, existe também uma tendência à acomodação, que se deve, provavelmente, a diversos fatores. Em primeiro lugar, pode decorrer de uma atitude bastante comum, que não é privativa da área de saúde mental, de “dar um tempo”, na esperança de que o distúrbio se resolva por si mesmo e que não será necessário buscar tratamento. De outro lado, a admissão de que alguém, na família, esteja perturbado pode originar muita ansiedade, que vai desde o sentimento desconfortável de que não existe capacidade para resolver o problema no âmbito familiar até o temor de que o estigma da doença mental recaia sobre toda a família (TSU, 1993).

Gonçalves e Sena (2001) afirmam que vários estudos têm chamado a atenção sobre a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o doente mental, principalmente por ocasião da alta hospitalar, desencadeando atitudes de incompreensão familiar e até de rejeição, motivadoras de reintegração sucessivas vivenciadas com muita dor e fracasso ou de internações permanentes. Em um contexto atual, quando o número de internações diminuiu significativamente, esta sobrecarga faz parte do cotidiano dos familiares com certa frequência. O que fazer para tornar mais amena essa convivência? As autoras defendem que a família necessita de ajuda de profissionais de saúde mental. Até porque percebemos isso claramente na fala de um pai que parece esgotado com a doença do filho:

(F.E.) Quando ele fica internado, dá um alívio em casa. Dá pra fazer um tanto de coisa quando ele está no hospital. No dia em que a assistente social liga para dizer que ele teve alta, já fico pensando como vai ser. Por que aí muda tudo. Fica uma confusão aqui em casa. Acho que ele deveria ficar lá mais tempo, por que ele nunca fica bom de vez.

Por outro lado, percebemos que antes de o surto psicótico desencadear, a maior parte dos portadores de transtorno mental tinha a vida dentro do padrão da normalidade esperado por uma sociedade, o que é evidenciado na fala desta mãe:

(F.A.)... antes de ficar doente ele era vaidoso, gostava de tomar banho quando estava fazendo calor, tomava até três banhos por dia. Hoje ele nem se preocupa com banho. Ele era tranqüilo, não era nervoso, gostava de agradar. No seu primeiro emprego, ele chegou a casa levando presente pra mim e dinheiro pras minhas meninas, comprava roupa. Ele era muito vaidoso. Agora, às vezes, ao ver uma roupa bonita, ele fala que está feia, uma feia ele fala que está bonita. Tem vez que ele vem pra cá, tem vez que vai pra outro lugar, aí eu falo: “tira essa roupa, não está boa”.

O que ocorre entre o aparecimento dos sintomas e o período em que o paciente passa a ser considerado como doente mental é quase que avassalador para a família, o momento é de muitas incertezas, dúvidas, brigas. O sofrimento paira sobre a família, e todos os pesquisados falam desse momento com uma grande dor. Romagnoli (2006a) constatou, a partir de sua pesquisa realizada com famílias de um Centro de Referência de Saúde Mental, em Betim – MG, com uma população semelhante à nossa, que:

“Na categoria emergência da patologia, percebemos nos discursos familiares uma unanimidade na confirmação de um grande sofrimento por ocasião da eclosão da doença. Contrariamente ao imaginário social, que alia essa ocorrência a uma participação direta e voluntária da família, os relatos nos conduzem a momentos de desorientação e dor, a dificuldades de aceitação” (Romagnoli, 2006a, p. 311).

Isso também foi registrado na presente pesquisa, fato que podemos constatar na fala seguinte:

(F.E.) Na primeira crise dele, foi levado no Raul Soares, eu não tenho certeza não, mas isso foi há tem quatorze anos... Há coisas que eu passei, que não gosto de lembrar. Tenho vontade de apagar. Porque o sofrimento foi muito. Ele dá muito trabalho.

Para Moreno e Alencastre (2003), em relação às políticas públicas, ressalta a importância do estabelecimento de condições básicas de tratamento para o núcleo familiar. Segundo as autoras, se a família não puder contar com uma rede de serviços que a auxilie no atendimento ao paciente, a tendência é que as internações sucessivas se repitam. Os serviços precisam elaborar programas visando atender as

necessidades da família, em decorrência do primeiro episódio de transtorno mental ou daqueles pacientes com vários anos de doença. É preciso incluir e ofertar ao núcleo familiar a possibilidade do cuidado em um período em que a família enfrenta crise, além de um acompanhamento posterior.

Melman (2001) nos diz que o adoecimento mental de um membro da família representa, em geral, um forte abalo aos familiares, pois, para a maioria das pessoas, a enfermidade significa uma grande ruptura na trajetória existencial. A vivência de catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com situações do cotidiano, e muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir, vivenciando dúvidas e conflitos. Nessa mesma vertente, Rosa (2003) afirma que “[...] *o transtorno mental provoca deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência no grupo*”(p. 243).

Em determinadas famílias, esse sentimento é tão intenso e avassalador que a presença de um portador de transtorno mental suscita os sofrimentos mais íntimos que um cuidador pode ter, muitas vezes difíceis de serem expressos, chegando a pensar em atitudes radicais que pudessem cortar o “mal pela raiz”. Percebemos isso no depoimento emocionado de uma das mães entrevistadas:

(F.M) É uma tortura do mundo, é a coisa mais triste do mundo, se eu soubesse que ia ganhar menino com problema, eu tinha tirado meu útero antes de ganhar neném, eu tinha tomado remédio para nunca ter filhos. Eu acho que gente que tem problema ou se tem problema antes, o médico deveria operar, dar um jeito de nunca ter filho. Eu acho que, se a pessoa já é doente, não tem que ter filho, pois é depois de grande que eles ficam doente.

Além do sofrimento que o transtorno mental traz para o portador da doença e para a família, vemos que a ruptura de uma realidade familiar é reforçada fortemente com o aparecimento do transtorno mental, uma realidade até então instituída e estabelecida pelo grupo. A família é levada a mudar rotinas, costumes, valores com aos quais até então estava acostumada a lidar, devido ao rompimento, a outra direção que a realidade, a partir do transtorno, traz. O transtorno mental não traz um rompimento da realidade apenas daquele que sofre o transtorno, mas também da realidade de todos aqueles que estão ao seu redor. A doença é desestabilização e ameaça à existência:

(F.M) A primeira crise dela foi quando ela se casou. Ela era forte, trabalhava, era costureira, ajudava em casa e tudo mais. De uma hora pra outra, o marido dela começou a bater nela demais, judiava muito dela, aí ela começou a andar, andar. Mudou o comportamento e nós não sabíamos que ela estava doente. Quando a gente chegou aqui, ela já estava tendo o distúrbio.

Do ponto de vista emocional, o estresse, as vivências de instabilidade e insegurança, os conflitos freqüentes nas relações fazem parte do cotidiano dessas pessoas. E isso foi constatado em todas as entrevistas realizadas, alguns sentimentos mais intensos que outros, mas todos apontando para esses fatores, como exemplifica esta fala de uma mãe:

(F.A.) [...] Teve mudanças no nosso dia-a-dia, porque agora a gente o trata igual criança porque tem que ter muita responsabilidade com ele. Se ele estiver sozinho em casa, a gente não pode sair tranqüila. Tem que voltar rápido porque ele está lá sozinho. Tem aquela preocupação de manhã, ao acordar e ver se ele está bem, de madrugada também. Eu acordo várias vezes durante a noite para ver se ele está bem. Se ele sai, a gente fica preocupada, porque não sabe aonde ele vai. Quando eu posso acompanhá-lo, eu acompanho. Em certos lugares que não tem jeito, tem vez que ele inventa de tomar remédio na casa da tia dele, inventa de escutar música, conversar e ir para o Jardim Comercial e eu fico preocupada, Tenho que ficar ligando pra saber se ele já chegou ou saiu de lá.

O que vemos é que o transtorno mental, na maioria das vezes, é um fator destruturador da família. O espaço familiar passa a ser atingido por conflitos, desavenças, tensões e constantes brigas. Acontece que a família pode não dar conta dessa situação e acaba por se diluir, por se separar. Essa situação provoca outra questão de difícil solução, quando o portador de transtorno mental tem que escolher se quer ficar com uma das partes, o que, por sua vez, acaba gerando outros conflitos:

(F.E) Ela está fazendo tratamento no CERSAM também depois de velha, se estabeleceu e depois que a gente se separou, eu acho que ela criou uma crise assim de remorso, porque ela a pegou passou a ter dificuldade financeira, porque ela nunca tinha trabalhado pra ninguém, ela não tem nenhum dia INPS pago. Aí, nessa época, quando eu saí de casa, o advogado queria que ela fosse para cadeia, o doutor Antônio. Eu não quis. Na hora de dividir os bens o pouquinho que eu tinha eu deixei pra ela, eu não peguei um copo. Hoje eu tenho uma casa no valor de vinte mil, lá no Retiro, que foi feita com o meu saláriozinho e ajuda dos meus irmãos. Consegui comprar a casa. O que nós possuíamos juntos ficou pra ela, eu não quis. Eu não quis porque tinha uma filha de menor, eu fiquei com dó, né, de tirar e a menina sofrer, ela é outra cobrinha. Não muda em nada, nada, nada. Não tem coragem de dar para o menino uma cueca. Se eu não dou, pra ele, fica nu, porque a mãe e os irmãos não estão nem aí.

Confirmando os dados coletados nesta pesquisa, Lima Júnior e Veloso (2007) afirmam que, ao realizar a sua pesquisa, observaram que os familiares reestruturaram suas vidas de forma significativa, mudando suas rotinas para se adequar à presença do transtorno mental e à desestabilização que ele traz para o seio familiar. Sabemos que o universo desses familiares de pacientes com transtorno mental reflete uma realidade de preconceito e exclusão, além de sentimentos de dor e sofrimento.

O transtorno mental abala a estrutura da família, além de trazer prejuízos significativos para a vida do portador de transtorno mental. Nos dados coletados, percebemos nitidamente esta ruptura da realidade dos pacientes, assim como exemplifica a fala do familiar:

(F.M) Ela estudava, costurava, passava roupa pra todo mundo, lavava roupa, arrumava casa, cuidava das meninas dela direitinho, fazia tudo. Hoje ela não faz nada, hoje ela faz cocô na lata, não vai ao banheiro, hoje ela dorme dia e noite, só fica na cama, se não dorme, levanta xingando todo mundo, se não toma remédio é igual a um carro de som...

Portanto, vemos que todos os membros da família sofrem com o surgimento do transtorno mental, pois este, abala todo o cotidiano: a atenção que passa obrigatoriamente a ser redobrada, os conflitos em casa, a desorganização do ambiente, as rotinas. Conseqüentemente, passa a ser necessária uma nova forma de organização familiar para lidar com esses fatores.

Para Pereira (2003), isso denota que o peso do sofrer psíquico, de quem vive e sente a doença mental, também tem sua extensão na família. A autora ainda afirma que a família, com raras exceções, recebe pouca atenção do sistema de saúde, não é chamada efetivamente a participar, uma vez que a prática psiquiátrica asilar adota ou tutela o doente, tirando-o do convívio social e familiar. Ao mesmo tempo, evidencia-se o entendimento do importante papel da família no processo de ressocialização e reabilitação do doente mental. Nesta perspectiva, à medida que cresce a proposta de uma assistência mais abrangente, aumenta a necessidade de eficiência do serviço de saúde no cumprimento de seu papel. Isto significa que o interesse e a solicitação podem ocorrer concomitantemente ao aumento da eficácia e competência do sistema.

O transtorno mental acarreta algumas rupturas não só na vida do grupo

familiar, mas também na vida do doente, o que torna a doença mais agravante, pois os costumes, a higiene, o sono, a alimentação, o afeto, a consciência, atenção, inteligência, senso de percepção, as relações, dentre outros, podem sofrer drásticas alterações. O que acarreta uma defasagem para o sujeito, inclusive orgânica. Romagnoli (2006a) confirma que a piora orgânica, presente nos portadores de transtorno mental, vai incidir numa constante necessidade de zelos com a higiene pessoal do doente, com a alimentação, com a ajuda para se vestir, com as saídas de casa, o que acarreta sempre alguém estar junto para a efetuação dessas atividades corriqueiras. E ainda afirma que, como esses quadros tendem a se agravar, há sempre uma perspectiva de mais necessidade de cuidado e atenção.

Existe ainda um outro fator que perturba o imaginário das famílias: a explicação para o aparecimento do transtorno mental. O que percebemos é que os familiares sempre tentam encontrar resposta para o aparecimento do transtorno mental. Enchem-se de dúvidas e tentativas de respostas que possam trazer explicação do porquê do aparecimento da enfermidade no membro da família.

Outros familiares, diante do transtorno mental, se sentem paralisados, fechados em um universo tenso, reduzido, espesso. Muitas vezes, sem informações qualificadas, sentem-se perdidos e isolados. Sem saber o que fazer, iniciam um processo de sofrimento e culpabilização, tentando achar resposta em algo no passado: o que foi feito ou por causa de quem o sujeito veio a adoecer:

(F.E) A, eu acho que vem de família. Tem um ramo longe, o meu avô, pai da minha mãe. Segundo minha mãe, ela fala que ele tinha problema, ele era um velho assim, inclusive ele já morreu, era fazendeiro. Ele tinha uns probleminhas de crise nervosa. Então me parece que só pode ser por isso que este ficou doente.

Melman (2001) considera que:

“O adoecimento mental de um filho abala, freqüentemente de forma intensa, a auto-estima dos pais. O filho doente parece representar, para muitos genitores, uma denúncia das falhas do sistema familiar, que não conduziu com sucesso sua missão de formar os filhos. A ferida no narcisismo dos pais expõe fragilidades e conflitos, estimulando questionamentos relativos à eventual responsabilidade na origem e desencadeamento do quadro psicótico”. (p. 35).

Percebemos que muitas famílias, de maneira intensa, consciente, passam a

se sentir responsabilizadas pelo adoecimento de um de seus membros. A responsabilização dos pais surge como uma espécie de marca registrada de um fenômeno do qual os sujeitos envolvidos praticamente não podem escapar. Na presença de um surto psicótico, parece inevitável que os parentes mais próximos, responsáveis mais diretos pela formação da pessoa doente, sintam-se, de alguma forma, culpados pelo aparecimento do transtorno mental.

(F.A.) Tem dia que fico pensando: o que será que eu fiz para ele ficar assim? Será, doutora, que eu fiz alguma coisa que não devia. Onde foi que eu errei?

Outras vezes, vemos que, além de tentar achar uma resposta biológica, genética, também existe uma tentativa de explicação para o transtorno mental por aquilo que foi proporcionado ou deixado de ser proporcionado para o portador de transtorno mental, devido à educação dada e/ou dificuldades financeiras enfrentadas pelos familiares em momentos anteriores ao seu surgimento:

(F.M) ...ela sempre colocava a roupa na sacola e falava que tinha um homem acompanhando ela. Eu acho que foi por causa de perturbação que ela ficou doente...? Sentiu falta de apoio das pessoas, sentiu necessidade de comer muita coisa, muita fome, às vezes eu tinha que catar as coisas no lixo, verdura pra picar, para as meninas comerem.

São tantas as tentativas de explicação que também a questão de uma formação da família que foge ao padrão da família nuclear, convencional, algumas vezes, é usada pelos entrevistados para explicar o aparecimento do transtorno mental. A família tem passado por profundas transformações em relação a sua constituição e vai criando novas formas parentais de relações. A família patriarcal, ao longo dos séculos, foi perdendo a força e dando lugar à família nuclear. Esta, por sua vez, é composta pelos cônjuges unidos em matrimônio e pelos filhos decorrentes desta união. Romagnoli (1996) vai dizer que, a partir da década de 60, aparecem novos rearranjos de famílias que não sejam só a nuclear; são as denominadas famílias alternativas. E ainda fala destas novas formações familiares:

“Verdadeira “bricolagem”, a família se apresenta, assim, como uma organização sobre a qual atuam não só forças em prol do instituído, mas

também forças instituintes, que se exercitam através das novas realidades familiares. Realidades "discriminadas" em sua essência, constituindo numerosos tipos de famílias, diversos entre si pela composição, pela estrutura e pelo funcionamento, que surgem como alternativas em relação ao modelo familiar dominante. São estas "novas famílias" que podem provocar rupturas no sistema social, podendo tanto formar novas organizações que delimitem as relações de parentesco, como transformar a caracterização e o funcionamento da célula familiar." (Romagnoli, 1996, p. 43).

No entanto, a sociedade ainda vê de maneira preconceituosa essas novas formações familiares, o que, por sua vez, acaba influenciando os valores da família e dimensionando o sentimento de culpa que esta carrega, vivenciado diante da explicação para o aparecimento do transtorno mental. A seguir, a fala de um pai demonstra isso:

(F.R.) A mãe dele morreu, depois eu arrumei uma outra mulher que foi morar com a gente. Era muita briga. Acho que tudo isso ajudou na doença dele. Inclusive, minha mulher não agüentou e foi embora de casa.

Na tentativa de amenizar o sentimento de culpa pelo membro que porta o transtorno mental, muitos familiares encontram explicação na própria religião. De acordo com Pereira (2003), ao mesmo tempo em que a explicação sobrenatural diminui o sentimento de culpa, de vergonha, ela aumenta a condescendência, cria contraposição com outros membros da família, trazendo a retrospectiva da educação dada ao portador de transtorno mental ou se estabelece confronto com os outros elementos do núcleo familiar. Isso traz a idéia das implicações do contexto vivido:

(F.E.) Acho que Deus colocou esta cruz na minha vida por algum motivo. Os outros em casa ficam revoltados. Eles não compreendem. As irmãs ficam com raiva, fala que eu aceito as coisas erradas dele. E que, desde pequeno, ele era assim.

Diante dessas situações, alguns familiares mostram uma tendência para a superproteção e o hiperenvolvimento, intensificando exageradamente os conflitos e dificultando os acordos; pois, com a presença do transtorno mental, a família, principalmente o cuidador do portador de transtorno mental, coloca o doente no lugar daquele que é incapaz. Adotam uma postura infantilizada de cuidados, além de acreditar que o paciente não dá conta de ser responsável pelos seus atos, escolhas e atitudes.

(F.R) [...] eu cuido dele como se ele fosse menino, eu sinto que ele é criança ainda. Tudo eu tenho que falar. Eu levanto de manhã, dou uma olhadinha, Opa! Peço para ele, se levantar e arrumar a cama. E quando ele faz uma coisinha errada, também eu chamo atenção. Eu falo que não pode fazer coisa errada, e explico o jeito certo. Aí, ele pára de fazer o errado e me obedece.

Por fim, percebemos que o surto psicótico de um filho, de um irmão ou de um companheiro, rompe e desorganiza a vida de muitas famílias. O evento representa, de certa forma, o colapso dos esforços, o atestado de incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação. A doença mental continua sendo, com frequência, motivo de muita vergonha para os familiares, por mais que a concepção da loucura tenha sofrido mudanças. Uma das mães entrevistadas disse:

(F.E.) Olha, doutora, eu não o levo na casa de todos os parentes, não. Eu fico com vergonha, além de eles ficarem numa falação na minha cabeça. Quando vou, eu saio de lá triste, pior do que cheguei.

As histórias apresentam diferenças, mas também, muitos pontos em comum. A maioria das pessoas não sabe como agir quando precisa lidar com comportamentos estranhos e bizarros. Os familiares ficam perdidos, paralisados quando alguém alucina, perde a razão. Não sabem se se confrontam, brigam ou colocam limites, devem se calar ou fingir aceitar a “realidade” do outro, tão estranha à vida habitual. Surgem dúvidas, inseguranças, dentre outros sentimentos, como demonstra, durante entrevista com um dos pais, a fala seguinte:

(F.R.) Porque quando estava são, vivia a vida dele. Ele se virava sozinho, né? Só que comecei a ver que tinha alguma coisa estranho. E vi-o naquela situação e só foi complicando. Ele tava diferente do que era. Ele não falava coisa com coisa. E depois também ele passou a desmaiar, mais outro problema. Não entendia o que estava acontecendo. Já cansei de ver ele cair e ficava sem saber o que fazer.

No entanto, a sociedade faz com que esperemos que o bom funcionamento social do portador de transtorno mental dependa da disponibilidade de um suporte familiar satisfatório. Também é essencial levarmos em consideração que o vínculo dos pacientes, com a família, é geralmente difícil, permeado de problemas e obstáculos. Conviver cotidianamente com pessoas que apresentam transtornos

mentais graves, e ainda ter de cuidar delas, impõe uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais. Muitas vezes, a questão que se coloca para os profissionais da saúde seria: como ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos parentes adoecidos?

Segundo Melman (2001), nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar 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. Todos aqueles que trabalham com os doentes e convivem com o universo de pacientes psicóticos, com história de doença de longa evolução, conhecem alguns dos elementos característicos da vida de muitas dessas pessoas: isolamento, distanciamento das relações afetivas, exclusão social, dificuldade em mobilizar o próprio desejo:

(F.A.) [...] Tem hora que eu fico triste, pensando do jeito que ele era, tão vaidoso, gostava de sair e tudo, tem hora que ele quer sai e não pode, porque ele vai inventar de beber e não pode. Sendo assim, eu já nem chamo mais, aí ele fica triste e eu fico também.

Acredita-se que as conseqüências da reforma psiquiátrica, embora esse movimento tenha adquirido varias conquistas, se refletem, de forma direta, na família do portador de transtorno mental, principalmente sobre as pessoas responsáveis pelo cuidado. Sabemos do peso que carrega o cuidador do portador de transtorno mental, ocorrendo alterações radicais do cotidiano doméstico, seja em termos psicossociais ou de projetos de vida. E ao longo do tempo, vai sendo confirmada a suspeita de impossibilidade de mudanças comportamentais do portador de transtorno mental. Assim, como nos diz Rosa (2003), configuram-se e estabelecem-se outros padrões de relacionamentos que tendem a cristalizar as percepções e o processo interativo. E nestas novas relações demandadas, com base na teoria do Lourau (1975), a Análise Institucional, vemos 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, que abala o que já está estabelecido. A relação vai sendo moldada de uma forma como se não fosse possível ampliar o horizonte das possibilidades diante do transtorno mental. Sabemos da dificuldade de lidar no dia-a-dia com o transtorno mental, mas acarreta o fato de a família ficar

presa a essa questão, não vendo as outras possibilidades que ultrapassam tal “espaço” da doença:

(F.R.) Olha, doutora, lá em casa eu só cuido dele e das coisas lá de casa. Porque ele não dá conta de fazer nada, e se eu não cuidar dele, quem é que vai cuidar? Às vezes ele até lava uns pratos, mas é só isso. Então fica difícil. As coisas são assim desde quando ele começou a ter crises”.

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 apresença de comportamentos que geram intolerância diante do convívio familiar:

(F.E) [...] antes de ele adoecer, ele era um menino manhoso, muito chorão, muito pirracento, qualquer coisinha ele ficava amuado, gostava muito de jogar pedra, turrão, matava galinha, porque lá na roça nós tínhamos muita galinha. Qualquer coisinha, ele jogava pedra, um dia ele matou um galo meu de estimação, ele era muito bom para jogar pedra, acertava mesmo. E gostava muito de passarinho e, assim, andava no pasto, buscava esterco pra eu colocar nas plantas e ele fazia umas coisinhas nas horas vagas. Ele plantava roça, buscava abóbora, levava almoço pra mim lá no mato... Hoje ele é muito mau com as irmãs dele. Inclusive se ele depender de ganhar um café da irmã mais velha, ela não dá. Ele roubou uma máquina de tirar retrato que ela ganhou do namorado, um radinho e mais umas coisas, acho que jogou um turrão na geladeira nova que ela tinha comprado, novinha, a geladeira não tinha sido usado, e ele deu umas crises lá, pegou uma pedra jogou na geladeira, amassou um tanto assim. Aquilo pra ela foi uma morte, já que ninguém gosta que estraguem suas coisas, né? Se depender dela, ele morre de fome.

Em relação aos conflitos familiares, também na pesquisa de Lima Júnior e Velôso (2007), a relação dos familiares com os portadores de transtorno mental foi representada, de forma conflituosa, por todas os entrevistados. Dizem sentir medo, devido ao comportamento diferente apresentado pelo paciente, bem como reclamam das inúmeras agressões físicas e verbais que sofreram e ainda sofrem:

(F.E.) [...] ele deu uma pedrada aqui, tenho o sinal até hoje, levei cinco pontos. Isso porque ele estava com uma gaiola e eu também facilitei. Eu tinha vindo de uma consulta médica. Cheguei a casa, ele tava furando a parede, eu tinha pintado a parede, e ele batendo o prego furando, derramando, furando buraco na parede e eu não estava de acordo . Eu estava varrendo o terreiro, peguei o cabo da vassoura, bati na mão dele , ele soltou uma pedra enorme e eu “puf”, cai no chão, saíram uns quatro litros de sangue mais ou menos. Desmaiei, o SAMU me buscou, aí eu fui para o pronto-socorro e tal, e graças a Deus, eu me recuperei. Ele tem mais

amor ao passarinho do que à sua família.

Sabemos que a família é o lugar onde acontecem as relações mais próximas e, em consequência disso, ela é geradora de conflitos. Os desentendimentos e dificuldades, no ambiente familiar, vão aparecer também como consequência do transtorno mental. Romagnoli (1996) afirma que:

À família restou apenas ser o centro da estruturação psíquica, local por excelência da afetividade, refúgio do mundo pós-industrial. Como centro do modelamento da personalidade e mediadora entre o indivíduo e a sociedade, ela também se apresenta como manancial de colisões. A sobrecarga emocional na relação pais e filhos, a mudança da posição da mulher, o feminismo, as liberações sexuais, a ênfase na vida privada com a crescente desvalorização do trabalho, incidem sobre o núcleo familiar que cada vez menos é percebido por seus integrantes como estanque, estável e harmonioso (Romagnoli, 1996, p. 41.)

Além desses conflitos já inerentes às relações, na análise dos dados coletados, também averiguamos que a presença do portador de transtorno mental no lar mostrou-se coercitiva para todos os familiares, evidenciando, portanto, uma grande tensão, devido ao constante estado de alerta a que ficam submetidos os familiares, dado também confirmado na pesquisa realizada por Lima Júnior e Veloso (2007):

(F.M.) Lá em casa é tanta confusão, quando ela está em crise então, nem se fala. E o pior é que ninguém tem paciência, aí fica parecendo um campo de guerra. É briga toda hora.

Portanto, vemos que são inúmeros os problemas apresentados pela família a partir da convivência com o transtorno mental. E por todos os motivos expostos, fica cada vez mais clara a importância de a família ser incluída na assistência do tratamento do portador de transtorno mental. É necessário que ela seja parceira do serviço de saúde mental, uma vez que ela está presente, a maior parte do tempo, na vida do usuário, mas ela também tem que ser assistida para que lhe seja possível suportar as atribulações, causadas pelo transtorno mental de seu familiar, no cotidiano. Furegato *et al.* (2002) afirmam que, de um lado, percebe-se a família como o melhor “local” para acolher e manejar o comportamento do doente e, por outro, vêm-se o despreparo e a sobrecarga agindo negativamente. No item seguinte,

analisamos como tem se dado a relação deste grupo com o CAPS, o que o serviço tem apresentado e como a família tem recebido essa oferta.

3.3 Relação da família com o serviço

Neste item, é importante que algumas questões tenham sido anteriormente levantadas, já que existe, a todo momento, permeando esta relação, um jogo de forças dialético entre o instituído e o instituinte. Em alguns momentos, as forças instituintes têm mais vigor e vemos que surge o novo, aquilo que potencializa a relação, o tratamento, a vida cotidiana. Outras vezes, as forças instituídas ganham mais energia possibilitando uma relação mais endurecida, sem produção, voltada para a manutenção do estabelecido, neste caso para culpabilizações e, conseqüentemente, influenciando no tratamento do portador de transtorno mental. E assim vemos que é preciso analisar como se dá o encontro entre família e serviço. Que pactos acontecem nesta relação? Quais deles vêm potencializando 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? (ROCHA, 2007).

No decorrer da minha trajetória profissional, a necessidade de considerar a família como um grupo que precisa ser atendido, a fim de se sentir mais instrumentalizada para cuidar de seu familiar doente, tem sido uma constante dificuldade. Ao longo desta caminhada, tenho percebido que, freqüentemente, a família está distante do seu familiar doente, no sentido de não ser cuidada, e tampouco de participar e se envolver com o cuidado do seu familiar, possivelmente, pelo fato de os profissionais de saúde não reconhecerem sua condição de “ser capaz”. Apesar disso, mantêm o discurso de que é no seio familiar que o portador de transtorno mental tem de estar inserido para a manutenção do cuidado, e também para poder encontrar, no grupo familiar subsídios para manter a vida em sociedade. Também, pude perceber que, muitas vezes, os profissionais de saúde não conseguem ter a sensibilidade e habilidade necessárias, na relação interpessoal

com a família do ser portador de doença mental, para atender à sua necessidade de apoio e suporte emocional diante da realidade da doença. Quase sempre, o convívio com o ser portador de doença mental produz uma grande sobrecarga familiar, que acaba comprometendo a saúde, a vida social, a relação com os outros, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional ou escolar dos familiares, trazendo inúmeros outros comprometimentos.

Por outro lado, a interação da família com os serviços de saúde mental também é fonte de estresse; pois, geralmente, o contato com os profissionais de saúde resulta numa experiência frustrante, confusa e humilhante, em função de esses profissionais desconhecerem não só o significado de vivenciar esta experiência para a família, como também seus sentimentos, dúvidas, incertezas, necessidades e desejos. Nesse sentido, observamos a supremacia do instituído, que percebe a família como culpada e como um grupo em que a construção de outro tipo de relação que não seja adoecedor, com o usuário do serviço, seja impossível. Provavelmente, a partir da compreensão do significado do que é vivenciar a doença mental, para a família, o cuidado com estes seres possa se dar de maneira mais compreensiva e humanizada, possibilitando que eles sejam mais bem atendidos (MEDEIROS, 2007).

Moura e Araújo (2005) afirmam que, a partir de meados do século XX, o Estado brasileiro tem organizado uma série de propostas e programas de modo a considerar a importância da família. Porém ressaltam que, muitas vezes, tais propostas são idealizadas por gestores desconectados das características e necessidades da população que procuram ajudar, além de privilegiarem soluções economicamente mais vantajosas para problemas complexos. Além disso, tais programas tomam como homogêneas práticas, experiências e valores que podem ser muito diversos em nossa sociedade, especialmente com relação à instituição familiar.

Uma dessas novas propostas baseia-se na desospitalização e no movimento de crítica à reforma da psiquiatria, difundidos em muitos países, configurando uma nova realidade na qual um número cada vez maior de pessoas passou a ser assistido em serviços extra-hospitalares, como já mencionado nos capítulos anteriores. Esses fenômenos introduziram novos elementos no campo de

negociação entre famílias e os serviços de saúde mental, obrigando as partes implicadas a rediscutirem as bases de uma nova relação (MELMAN, 2001). Conforme Lima Júnior e Veloso (2007), essa nova forma de cuidar estimula uma significativa queda nas internações psiquiátricas, intensifica a exigência do comportamento da família, o que modifica, de forma significativa, a participação da desta nesse processo.

Sendo assim, verificamos, a partir das entrevistas, que, se com a reforma psiquiátrica não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes às famílias, sem nenhum tipo de intervenção ou acolhimento desses grupos. 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 (GONÇALVES e SENA, 2001). 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.

Por outro lado, percebemos que a família coloca o serviço de saúde mental, especificamente o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), no local onde é possível resolver todos os problemas do paciente e, conseqüentemente, os da família. Ainda prevalece a idéia de que a instituição de saúde mental é a única responsável pelo tratamento e a ela caberia decidir e resolver o que seria melhor. Esta é a idéia que ainda vemos prevalecendo entre os familiares, apesar de não ser isso o que a Reforma Psiquiátrica propõe. Para esse movimento, a idéia é que a família seja co-responsável pelo tratamento, atuando como parceira do serviço de saúde mental:

(F.A.) Ele fala que eu não preciso preocupar, por que aqui ele toma café direitinho, almoça. Fala também que aqui ele não come sem carne nem um dia e que à tarde também não sai sem tomar o café. Então, eu não preocupo nem com a comida pra ele. Por que aqui além de vocês resolverem sobre o tratamento, também olham outras coisas, como a comida, banho.

Por sua vez, vemos que ainda existe um agravamento dessa aposta para uma população como a de Ribeirão das Neves, que já é penalizada pelas suas condições de vida, como já dito anteriormente. Quando as pessoas se vêem sobrecarregadas devido à ocorrência, em suas famílias de transtorno mental,

tentam, naturalmente, transferir a responsabilidade de assumir o familiar doente para o Estado, para o setor público, neste caso, os CAPS. Este tem assumido, historicamente, tal transferência, na medida em que funciona como mecanismo de regulação social.

Além de colocar o serviço de saúde mental no lugar pelo qual é possível prover essa falta, e muitas vezes suprir aquilo que falta lá fora, os familiares não apresentam críticas quanto a tudo mais que poderia ser feito. Não sentem que é possível fazer mais alguma coisa, insistindo em não avaliar e em manter uma postura passiva. Tantos levam uma vida tão dura, em que falta tanta coisa, que, quando encontram um lugar que lhes proporciona o mínimo que seja, já sentem que é o suficiente:

(F.R.) Não acho que aqui precisa melhorar em nada. Atualmente o que tem de fazer está sendo feito, entendeu? Eu gosto de tudo aqui. Em primeiro lugar as pessoas que trabalham aqui. Cuida do meu filho, cuidou dele, já sabe, cuidou de mim. Também gosto quando tem festinha, reúne todo mundo. Igual nas quadrilhas, todo mundo dançando, eu acho tão legal. As galinhas que tem aqui ele gosta, a horta também ele está sempre comentando que a horta está bonita, as galinhas... Esses dias ele levou uma dúzia de ovo e chegou todo feliz.

Os familiares não conseguem perceber que existe algo mais que precisa ser feito, que o que lhes é proporcionado, por meio da assistência dos serviços de saúde, ainda deixa a desejar, mantendo o lugar de incapazes, por não possuírem títulos e saberes; e de passivos, forma com que geralmente as camadas baixas se inserem no cenário social, nesse processo. É preciso que as forças instituintes, nesse jogo da Reforma Psiquiátrica, ganhem maior vigor e não deixem que imperem as forças instituídas. É preciso ir muito além do que atualmente os serviços têm ofertado à família. Esta oferta tem que se sobrepor às forças instituintes e a todo tempo inventar e reinventar práticas que incluam a família, enquanto assistidas e também parceira no tratamento do portador de transtorno mental, oferecendo apoio e algum tipo de ajuda, como diz a fala desta mãe:

(F.M) Ah! eu gosto do jeito com que vocês me tratam, vocês me tratam com maior carinho, porque, quando a gente chega aqui já tá com uma depressão danada e, eu não gosto que me tratem mal. Aí vocês me tratam bem, às vezes eu chego aqui, tô conversando na maior altura, mesmo assim vocês me ouvem, porque quando a gente está com problema, não vê que está conversando alto.

Porém, além de mostrarem que se sentem acolhidas, como se isso já bastasse, as famílias já acreditam ser suficiente aquilo que lhes é oferecido. Não questionam, não exigem, não se colocam ativas, junto com o serviço, no tratamento. Estão tão acostumadas com a miséria, com o conflito em casa, que o serviço vem para ocupar aquele lugar da falta que perpassa suas vidas:

(F.M) Sinto-me muito acolhida aqui. Eu posso estar com um problema em casa, mas, se eu venho pra cá, eu já vou bem pra casa.

E diante do que é oferecido ao portador de transtorno mental e à sua família, sabe-se que nenhum deles consegue perceber que falta algo, ou que algo além do que é realizado e oferecido hoje, precisa ser feito. Acostumados com aquilo, que já é a prática estabelecida, instituída, endurecida, tanto a família, quanto o usuário, não percebem que há muito mais por ser feito. Assim como a fala a seguir exemplifica:

(F.A) Ah! eu acho que assim, pra mim, tá bom. De médico nós estamos bem servidos, os médicos daqui são muito bons, as médicas não sabem o que fazer pra gente, né...

E na pesquisa realizada, ainda percebemos que a família vê o NAPS de forma positiva. Acredita que a equipe está empenhada e trabalhando para que a assistência aconteça de uma melhor forma:

(F.M) A eu acho uma maravilha, eu acho que nunca devia nem deixar vocês saírem. Vocês nos ajudam demais. Vocês ajudam mãe, vocês ajudam o filho, vocês fazem tudo que pode. Tem coisas que vocês não podem fazer, por exemplo dar dinheiro, vocês não são Sílvia Santos. O que vocês fazem aqui já me ajuda demais. É bom demais, vocês têm paciência para conversar comigo, paciência para conversar com os pacientes.

Mas, apesar de relatos como o supracitado, sabemos que existe certa dificuldade, por parte da equipe, ao considerar a família como parceira do tratamento e como parte também da assistência. Saraceno (1999) interpreta o movimento de culpabilização da família como sendo uma espécie de defesa ante as dificuldades no tratamento dos doentes mentais. Para ele, ocupar-se dos pacientes fora do manicômio é uma tarefa difícil, trabalhosa, complexa e exige responsabilidade, e talvez seja mais fácil para alguns terapeutas remeter o problema de volta à família culpada, elaborando teorias que legitimem uma prática recorrente.

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 em forma mais ativa no tratamento do paciente, fortalecendo o vínculo com a instituição, o que nem sempre é observado. Assim como minha questão, Gonçalves e Sena (2001) afirmam 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-lhe suporte e orientações.

É importante lembrar que as famílias estão expostas às sobrecargas emocionais, como já se mostrou anteriormente, e, mesmo com a Reforma Psiquiátrica, elas são alvos de preconceitos e discriminação. A própria carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema.

Observamos que, na atualidade, muitos são os profissionais que ainda apresentam concepções equivocadas quanto às causas da doença mental e defendem os modos de tratamento tradicionais. Em uma dessas concepções, podemos destacar aquela em que se pressupõe que, se a família tivesse adotado um outro padrão de relacionamento com o paciente, este não teria desenvolvido a doença. Essa forma de perceber a doença mental, nos aspectos exclusivos no campo relacional familiar-paciente, mostra efeitos desfavoráveis para os familiares cuidadores, pois gera uma atmosfera pouco amistosa e tende a inibir as manifestações de solidariedade e amparo que as famílias desejam receber dos profissionais e da comunidade.

Na pesquisa realizada por Melman (2001), foi possível observar o relato de familiares que disseram da presença, com certa frequência, de comentários culpabilizantes por parte de alguns técnicos, que responsabilizam, direta ou indiretamente, a família pelo adoecimento do paciente. Tais observações acabam reforçando a resistência das pessoas quanto a sua participação no tratamento, a qual deveria ser mais ativa. Além disso, trazem nas entrelinhas algum tipo de punição, como se a família não pudesse sair impune disso. E ao contrário do que

aparece, com o processo da Reforma Psiquiátrica, espera-se que a família deixe de ser culpabilizada pela doença do seu familiar e passe a atuar como coadjuvante em seu tratamento e reabilitação. Embora a associação com o grupo apareça nos discursos e nas propostas desse movimento, é preciso que haja ações concretas que viabilizem essa aliança. A proposta da Reforma Psiquiátrica não pode ser apenas uma utopia:

(F.M.) Muitas vezes escutei funcionários me dizendo que não tem como minha filha melhorar devido a situação vivida lá em casa. E quando ela cisma que não vai tratar mais, não quer tomar remédio, eles acham que é minha culpa. Eu faço de tudo pra ela vir, mas eu, sozinha, não consigo trazer. É muito triste, doutora. Fico sem saber o que fazer. E tem vez que eu quero deixar tudo para trás.

A partir dos relatos, percebemos que, muitas vezes, os profissionais julgam os comportamentos da família ao invés de tentar entendê-los, criam barreiras que acabam afastando essas pessoas. E de uma forma geral, constatamos que sempre vai existir algum membro da família que assume o lugar do responsável pelo usuário, e é essa pessoa que muitas vezes é julgado. Esse julgamento evidencia a primazia do instituído, pois, ao fazê-lo, os profissionais levam em consideração um modelo abstrato de família, ou do modo de se relacionar desse grupo ideal, o que corresponde ao momento da universalidade, do ideológico, que emerge como o pleno e verdadeiro, sendo reconhecido universalmente como legítimo e necessário.¹⁶ É inegável a importância da família em todo esse processo. Mas, finalmente, é um familiar que assume os principais cuidados e tem mais ligação com o portador de transtorno mental.

Por outro lado, será este cuidador que acabará tendo uma relação mais próxima com o serviço. Lima Júnior e Velôso (2007) afirmam isso a partir da sua pesquisa realizada junto ao hospital psiquiátrico da cidade de Campina Grande, Paraíba. Para eles, nos discursos dos entrevistados, pode-se observar que o familiar mais “atingido” pelo comportamento do usuário é aquele que tem a tarefa de cuidar deste mesmo e, na maioria das vezes, é o único que visita a instituição psiquiátrica e que, de alguma forma, estará mais ativo no tratamento:

¹⁶ Para maiores esclarecimentos conceituais, ver capítulo I, página 20.

(F.E.)[...] Minhas filhas e minha ex-mulher nem querem saber dele. A senhora pode ver que só eu que venho aqui no NAPS. Sou eu que resolvo tudo em relação ao tratamento dele. Inclusive busco a quetiapina lá na Secretaria de Saúde do Estado...

Nesta pesquisa, por exemplo, em todas as entrevistas realizadas, foi o principal cuidador do portador de transtorno mental que se interessou em responder às questões. E são pessoas que valorizam muito o trabalho da equipe. Na pesquisa realizada por Lima Júnior e Veloso (2007), verificou-se certa resistência dos familiares ao responderem questões acerca do tratamento recebido pelo portador de transtorno mental na instituição. Ele considera que isso pode ser o medo de o conteúdo ser transmitido aos dirigentes do hospital psiquiátrico, comprometendo a internação de seu parente. Até porque os familiares precisam do hospital e acreditam que uma crítica e/ou opinião influenciaria diretamente na internação do portador de transtorno mental. Na pesquisa deste trabalho, realizada com os familiares, os dados contradizem estes últimos. Aqui verificamos que os familiares disseram da boa relação que têm com o serviço e da satisfação que carregam em relação aos cuidados apresentados pela equipe, apesar de se queixarem de algumas posturas adotadas pelos funcionários da instituição. Romagnoli (2006a) também observou esses dados em sua pesquisa realizada no CERSAM (Centro de Referência à Saúde Mental) Teresópolis, em Betim, cidade próxima a Belo Horizonte. Na pesquisa da referida autora, todas as famílias entrevistadas, com exceção de uma, reconheceram a importância do serviço de saúde. De maneira geral, possuem uma boa relação com o serviço, além de percebê-lo como cooperativo com o doente e com a família, como identificado na fala que segue:

(F.R.) Vocês são bons demais pra nós. Se não fosse o NAPS, eu não sei o que iria fazer. Sempre que eu venho aqui sou tratado muito bem e meu filho sempre chega falando bem de vocês. Ainda bem que existem vocês...

Essa boa relação, muitas vezes, não permite um olhar crítico do familiar diante da assistência fornecida. E os familiares passam a ocupar um lugar passivo no tratamento do portador de transtorno mental. Mas isso também pode ser permitido pelo serviço de saúde, pois coloca em segundo plano a assistência da família, limitando-a à informação da história pregressa do portador de transtorno mental. E com isso a família, então, tem apenas participação em reuniões, em

algumas visitas espontâneas, com predominância de uma orientação diretiva e/ou aconselhamento. Desta forma, o sofrimento da família não é acolhido, em sua intensidade e integralidade, pelo serviço, bem como a família não é preparada para lidar com a sintomatologia do transtorno mental (ROSA, 2003). E aqui, mais uma vez, vemos que o discurso de trazer a família para ser parceira do serviço fica, quase sempre, no campo da “ideologia”, e o que acontece é a repetição do instituído, a predominância do que já está estabelecido.

Contudo, como o instituído existe concomitantemente ao instituinte, e como esse embate de forças se dá num momento de singularidade, acontece na especificidade de cada serviço, percebemos a proposta de o CAPS substituir o hospital psiquiátrico, e que esta forma mais humanizada de lidar com o transtorno mental também tem alcançado seus objetivos.¹⁷ 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. Mas ressaltamos 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.

(F.R.) Eu agradeço a Deus por existir esta clínica. Meu filho é outra pessoa depois que parou de ser internado em hospital psiquiátrico. Ele gosta tanto daqui que, se deixasse, ele viria sábado e domingo também. Eu também não tenho nada a reclamar, só posso agradecer.

Apesar de relatos como esse acima, a partir da pesquisa realizada ainda fica clara a necessidade de melhorar a relação do serviço de saúde mental com a família. Romagnoli (2004) acredita que “[...] *os serviços de saúde mental têm potencial para estabelecer uma parceria com as famílias, para ajudar a construir um outro arranjo coletivo, uma outra relação com a doença mental*” (p.79), sendo possível gerar um campo de afetamento que opere a criação de novos modos de subjetivação, e portanto, possibilitando 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

¹⁷ Para maiores esclarecimentos conceituais, ver Capítulo I, página 20.

que o conhecimento teórico-técnico não cabe a 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 vão primeiramente para 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, inclusive, os familiares.

Assistindo a uma palestra sobre cuidado da família, ouvi uma enfermeira dizendo que *“as famílias que hoje não dão conta de cuidar é porque não foram suficientemente cuidadas”*.¹⁸ Isso é muito sério e deveria ser levado em consideração por toda a rede de saúde mental. Para cuidar, é necessário um suporte, de alívio de tensões e angústia. Possibilitar para esse familiar um espaço em que possa se sentir apoiado, onde, diferentemente do papel que desempenha em casa, terá espaço para dizer daquilo que é insuportável, que não dá conta de resolver e que o incomoda, pois espera-se que essa pessoa resista a todo tipo de sofrimento, demanda e angústias que pairam sobre sua vida. E diante da estrutura do seu cotidiano, não lhe resta tempo para lidar com essas questões, como é relatado a seguir:

(F.M.) Tem dia que fico com uma vontade de chorar e perguntando a Deus por que isso foi acontecer na minha família. Mas eu nem posso mostrar que estou triste, por que se não minhas filhas só ficam perguntando o que eu tenho. Mas, independentemente disso, fico lá o dia todo cuidando delas, da casa, dos netos. Não paro um minuto, mesmo tendo uma tristeza dentro de mim.

O que encontramos são sujeitos que se preocupam tanto em resolver os problemas que sobra pouco tempo e espaço para outros relacionamentos, havendo uma sobrecarga nas relações de cobrança e exigência dentro da família, como foi exposto acima. Diante dos dados analisados, observamos que seria importante que a referência técnica criasse vínculos, conhecesse a casa, a família, para poder cuidar. É importante a atenção voltada para o portador de transtorno mental, mas também é relevante que a família esteja inserida no processo. Para que seja

¹⁸ III Encontro de Saúde Mental Nacional, realizado em julho de 2006, na Universidade Federal de Minas Gerais.

parceira do serviço, ela precisa de ser cuidada, necessita de alguém para escutá-la, acolhê-la e orientá-la. A partir do momento em que isso é proporcionado aos familiares, todos passam a sentir que estão envolvidos na assistência, e fica mais fácil para a família ser parceira da equipe.

Até então, encontramos diversos pontos que afetam a relação família, serviço e portador de transtorno mental, produzidos neste campo e na tensão de forças que sustentam essa relação. Para Gonçalves e Sena (2001), os reflexos da reforma psiquiátrica sobre o cuidado do portador de transtorno mental, na família, revelam dificuldades de ordem emocional, social, relacional, econômica e material, como já foi destacado nesta pesquisa. Além desses fatores, também utilizamos os analisadores espontâneos teorizados por Lourau (1975), que são: saber, poder, trabalho, dinheiro, prestígio social e sexo, para complementar a análise dos dados das entrevistas a partir da tríade: família, usuário e serviço. Os analisadores, como já esclarecido no Capítulo I, evidenciam as contradições que existem nas instituições. São agentes ou situações que denunciam ou esclarecem as relações e os sentidos do poder em um grupo, em uma situação ou, ainda, em uma organização ou instituição, fazendo surgir problemáticas, contradições até então camufladas, revelando determinantes obscuros, dando acesso ao não-dito e ao oculto. Rocha e Aguiar (2003) afirmam que os analisadores funcionam como catalisadores de sentido, desnaturalizando o existente e suas condições e realizando a análise. E as mesmas autoras (2007) afirmam que os analisadores desestabilizam a cena natural de um cotidiano que nos parece estático. E é esta a proposta de análise do item seguinte, de abordar aspectos do modo como esses analisadores vão aparecer nessa relação.

3.4 A família e analisadores

Em um primeiro momento, vemos, a partir das entrevistas, que o CAPS e a sua equipe são, usualmente, colocados pela família e pelo portador de transtorno mental no lugar de saber. A todo tempo, é comentado que os técnicos e demais profissionais carregam o conhecimento necessário para a conduta dos casos. Não podemos negar que eles realmente tenham esse conhecimento, mas a partir da

Reforma Psiquiátrica o conhecimento e interação familiar são ambos muito importantes, como se vê nesta fala:

(F.A.) Olha, doutora, às vezes ele não quer tomar o remédio, faz birra, aí eu falo que vocês ligaram e disseram que tem que tomar, que vai fazer bem. Só assim que ele aceita tomar. Na verdade, vocês sabem o que é melhor pra ele. Eu não consigo determinar isso.

Para Randemark *et al.* (2004), a compreensão da família acerca da Reforma Psiquiátrica ainda não atingiu uma dimensão global. Pois, a partir desse modelo, passou-se a enfatizar a participação da família e da comunidade na custódia, e nas ações que exigem responsabilidade pelos cuidados com o portador de transtorno mental, os quais eram antes desempenhados pelos serviços de saúde. À família também cabem as decisões e as ações no processo do tratamento. Afinal, é a família que convive a maior parte do tempo com o portador de transtorno mental.

A pesquisa revelou a concepção veiculada na sociedade em geral sobre a doença mental, que reforça a idéia de periculosidade, de incapacidade, e de que o saber médico é definidor do destino dos doentes mentais. O desencadeamento de um transtorno mental traz muita dor para a família, diante da dificuldade em lidar com o doente e saber o que fazer por ele. Muitas vezes, recorre a vários serviços de saúde mental tentando achar uma solução. O serviço passa a ocupar o lugar do saber, já que ali estariam as respostas para as dúvidas e as soluções para os problemas.

(F.A.) Fico sem saber o que fazer. Aí venho aqui para vocês me falarem como fazer. É muito difícil, tem dia, em que fico desorientadinha. E aí sempre que preciso venho aqui para pedir ajuda.

A família, além de não saber o que fazer com o portador de transtorno mental, também não tem a noção de que a doença pode ser para a vida toda. No imaginário das pessoas, a doença mental teria cura e acabam por compará-la a uma dor de cabeça, e que fazendo o tratamento correto, fazendo uso da medicação como prescrito pelo médico, o paciente estaria curado. Mas não é assim. O transtorno ronda a família durante os anos da vida. Há momentos de estabilização e até de maior produção de vida, organização, mas isso, por si só, não é garantia de que uma

crise não venha a reincidir.

(F.E.) Isso foi à primeira vez. Daí eu fui no hospital. Chegando lá os médicos deu um remédio. Ele intoxicou com o remédio, empoçou todo, sentindo muita dor e aquilo foi muito estranho. Tive que voltar com ele para outro hospital, deu outro remédio e ele voltou ao normal. Indicaram o CAPS, o médico psiquiatra atendeu mal. Falou que ele não poderia ficar no meio de muita gente, não pode passar raiva, tem que respeitar umas coisinhas. Ele ficou seis meses mais ou menos sem conversar, só dava sinal com a mão, perguntava e ele fazia assim, ele não dava conversa pra nada. No hospital ele voltou a falar. Ele ficou internado na base de quatro a cinco vezes. Depois o transferiu para outro hospital de Venda Nova. Foi para o CERSAM Leste e ficou lá mais ou menos cinco anos. Do CERSAM ele veio pra cá.

Diante dessas fatos, vemos a importância de a família ser bem informada, de ter um lugar disponibilizado para que suas dúvidas sejam sanadas, um local onde seja possível acolhê-la, orientá-la para que ela consiga cuidar do seu familiar doente. A família também pode ocupar um lugar de saber. Na verdade, ela se formou desprovida de conhecimento para lidar com o transtorno mental, mas, a partir do momento em que a doença passa a coabitar a casa, é necessário que os membros da família sejam instruídos e acolhidos em sua singularidade para dar conta de suas responsabilidades. E essa instrução e acolhimento devem ser realizados pelo serviço de saúde para possibilitar uma melhor qualidade de vida à família e ter uma parceria mais eficaz com esse grupo.

Claro está que os técnicos, médicos e demais profissionais carregam um saber, sendo também necessária a formação, mas o que quero expressar é que a família também pode ser preparada e juntar o seu saber ao da equipe interdisciplinar, na qual nenhum saber é maior ou melhor que o outro, pois todos são necessários e juntos constroem estratégias para uma melhor qualidade de vida ao portador de transtorno mental e à sua família.

Ao mesmo tempo, percebemos que o analisador “poder” está muito atrelado ao analisador “saber”. Isso porque a família e a sociedade tendem a remeter poderes para aquele que carrega determinado saber e, conseqüentemente, um lugar de prestígio na sociedade. A questão do poder foi muito discutida no Capítulo II.¹⁹

Como já é sabido, nos primórdios da psiquiatria, a família foi banida do acompanhamento ao doente mental, cabendo apenas ao asilo e ao poder médico

¹⁹ Para maiores esclarecimentos, consultar páginas 48 a 51.

“curar” aqueles que apresentavam qualquer tipo de comportamento inadequado. Cabe ressaltar que as determinações para os familiares ficarem longe dos pacientes, durante o período de internamento, tiveram impacto até 1980, pois até essa época, a família só podia visitar seus familiares doentes quando a instituição permitia e, normalmente, isso ocorria um mês após a internação ou quando estes já se encontravam melhor. (MORENO e ALENCASTRE, 2003).

Enquanto a instituição psiquiátrica manteve-se como centro da assistência ao doente mental, a família teve uma pequena participação no cuidado ao seu doente, cabendo à instituição hospitalar o poder de decidir o destino do portador de transtorno mental.

Mas ainda hoje, mesmo com toda a mudança, a família tende a colocar a equipe técnica em um nível hierárquico maior quanto às decisões do tratamento. Acredito que nessa relação não deveria haver níveis hierárquicos, mas, sim um mesmo nível de relação entre família, usuário e serviço, pois só assim haveria uma maior fluência dos fatores que a determinam. A relação entre profissional e cliente precisa ser uma relação entre pessoas, e não relações de poder, e isso se faz a partir de uma proposta de trabalho interdisciplinar:

(F.M.) Eu faço tudo que vocês mandam. Vocês estudaram e podem determinar o que é melhor para minha filha.

Sendo um encontro repleto de possibilidades e de obstáculos, um espaço atravessado pelos valores, saberes e crenças de ambos os lados, a relação terapêutica com os familiares é um campo tenso, permeado pelo medo, pela culpa. Trata-se de uma relação assimétrica, na qual o poder maior do técnico pode ser utilizado de diferentes maneiras (MELMAN, 2001). É necessário amenizar essa relação e possibilitar que ela seja um caminho para que a família dê conta de entender que ela é tão importante ou mais importante que o serviço de saúde:

(F.R.) O outro doutor que cuidava do meu filho vivia me xingando. Eu tinha até medo de vir aqui para conversar com ele. Agora mudou, a nova doutora é muito boa. Ela me escuta e me dá um tanto de conselhos bons, inclusive fala como que eu tenho que fazer para ajudar a tratar do meu filho.

A equipe, muitas vezes, é colocada no lugar de *experts*, como já dito anteriormente. O técnico, por sua vez, tem muitas funções, e cabe a ele executá-las da melhor forma. Hoje, nos trabalhos substitutivos ao hospital psiquiátrico, lidamos com a nomeação dos técnicos que freqüentaram um curso superior como técnicos de referência. Silva (2007) define-os da seguinte forma:

“O técnico de referência é tanto o agente quanto o agenciador do cuidado, o que levanta questões acerca das funções dos profissionais em serviços regionalizados de saúde: atendimento à demanda (oferecendo acolhimento ao sofrimento), mas também gerenciamento do atendimento alheio (nos encaminhamentos a outras especialidades), agenciamento de suporte social (nas parcerias com a comunidade) e acompanhamento na trajetória de vida (pactuando grupos, oficinas e cursos dentro e fora do serviço) – encargos esses que são assumidos com o intuito de favorecer a continuidade da atenção à saúde na própria área geográfica onde o usuário mora” (Silva, 2007, p. 208).

Além desta afirmação, Silva (2007) expôs, em sua pesquisa de campo realizada em um CAPS da rede municipal de saúde mental, no município do Rio de Janeiro, entre agosto de 2003 a fevereiro de 2004, a seguinte definição do que viria a ser um técnico de referência, já expressa pelos próprios técnicos de referência da unidade de pesquisa:

“O técnico de referência é aquele que intervém diretamente e juntamente com o paciente sobre seus problemas (de diferentes ordens: sofrimento psíquico, alteração psicopatológica ou “questão social”), principalmente nos momentos de “crise” psicopatológica; também articula, catalisa e centraliza demandas (da família, dos serviços de saúde, da vizinhança, da associação de moradores, etc.) no sentido de construir uma rede de cuidados ao usuário; também é o profissional que conhece a vida do paciente e se coloca como ponto de suporte e apoio para a família e o paciente no serviço. Segundo o supervisor, as funções do técnico de referência podem ser resumidas em: “projeto terapêutico”, “memória” e “rede”” (Silva, 2007, p. 215-216).

O técnico é tudo isso, faz tudo isso, mas a família também o é, bem como pode ser e exercer o poder que a ela cabe. No contexto da Reforma Psiquiátrica, não existe hierarquia de poderes e saberes, mas, sim toda uma junção de equipe, família, sociedade, usuário, instituições.

Outro analisador que surgiu na pesquisa é o analisador trabalho. Em nossa sociedade, o trabalho está no centro dos valores e das preocupações. E o que podemos constatar com a pesquisa é que esse é um ponto de que todos os

familiares entrevistados se queixaram, sem exceção. Isso ocorre devido ao fato de os portadores de transtorno mental das referenciadas famílias não trabalharem e não conseguirem exercer mão-de-obra qualificada.

O próprio quadro de transtorno mental leva a uma defasagem em relação ao trabalho, doente passa a não dar conta de exercer tarefas que demandam mais dele, já que a doença acaba por levar a essa defasagem produtiva.

Tsu (1993) ressalta que a sobrecarga proveniente das dificuldades decorrentes da baixa renda das famílias não as deixa suportar o convívio com a psicose, tanto por fatores de ordem emocional, como também por motivos financeiros, devido ao fato de terem que prover as necessidades de um adulto improdutivo e carente de cuidados especiais.

Acontece que os pacientes psiquiátricos apresentam grandes obstáculos para produzir economicamente, o que implica uma situação de dependência da família. São altos os custos com tratamento, alimentação, vestuário, transporte, mesmo quando os pacientes fazem uso do serviço público de saúde. Frequentemente, um familiar precisa ficar cuidando da pessoa adoecida, o que impossibilita seu acesso ao trabalho, obrigando-o a ampliar sua jornada produtiva para fazer frente às novas necessidades financeiras geradas pela situação:

(F.M.) Ela trabalhou mais de dois anos. Antes em casa ela lavava roupa pra fora, era muito trabalhadeira, arrumava casa. Hoje ela não faz nem comida mais.

Cavalheri (2002) afirma que a sobrecarga financeira é expressa pela dificuldade do paciente em manter vínculo empregatício ou, mesmo, de ingressar no mercado de trabalho após manifestação da doença. Além disso, há despesas com a compra de medicamentos e, muitas vezes, comprometimento do trabalho de outro familiar, se este necessitar de acompanhante.

(F.E.) Ele come demais. Tem que ficar controlando. Por que eu gasto muito. Se deixar, ele fica horas no chuveiro e aí a conta vem alta. E só o meu salário não dá para manter tudo isso. Já tentei arrumar vários empregos para ele, mas não sei o que acontece que ele não consegue ficar. Se pelo menos ele trabalhasse ia ajudar mais em casa. Mas também quem vai querer uma pessoa atrapalhada como ele? Sou aposentado e poderia fazer alguns biquinhos. Mas isso é impossível, porque não posso deixar ele

sozinho de jeito nenhum, e como já falei, a mãe dele não está nem aí. Só eu para cuidar do meu filho.

Então, vemos que, além da desestabilização emocional que existe no ambiente familiar após o aparecimento do transtorno mental, também haverá interferências no que se refere ao trabalho. E constantemente isso chega para a equipe somado a todo outro sofrimento próprio do transtorno mental. Os familiares, muitas vezes, não entendem que isso é algo inerente ao quadro psicótico e que a maior parte das pessoas acometidas por essa doença não dão conta de levar uma vida produtiva.

E como já foi comentado, para Gonçalves e Sena (2001), uma situação penosa para as famílias administrarem e aceitarem é a improdutividade dos seus doentes mentais, pelo que ela representa social e economicamente. A manutenção de um membro improdutivo na família pesa no orçamento, principalmente quando a renda familiar é muito baixa. Ainda relatam que, em um estudo com famílias de esquizofrênicos, realizado por Koga (1997), concluiu-se que há três tipos de sobrecarga: a financeira, o desenvolvimento das rotinas familiares e as manifestações de doença física e emocional.

Das entrevistas realizadas, dois (02) dos quatro (04) portadores de transtorno mental recebem o auxílio doença do Governo. O auxílio corresponde a um salário mínimo. O que constatamos também é que esse benefício é essencial para a sobrevivência da família, pois é única renda fixa com que podem contar:

(R.R.) Se não fosse o dinheiro que ele recebe, eu não sei o que a gente ia fazer. Eu já estou velho, doente, não consigo trabalhar. É a conta de pagar as despesas. Não sobra dinheiro nem para comprar uma blusa nova para ele.

As duas (02) outras famílias cujos portadores de transtorno mental não recebem o auxílio se queixaram da dificuldade que enfrentam diante dessa carência financeira. E este é um fator que deixa o fardo ainda mais pesado:

(R.E.) Doutora, eu já tentei aposentá-lo ele de todas as formas e não consigo. Ele, atrapalhado do jeito que é, não consegue trabalhar. E passamos muito aperto, porque tenho só o meu salário de aposentado.

Sabemos que a falta de dinheiro acomete qualquer família, mesmo que esta não lide com portador de transtorno mental. O ser humano precisa da renda para comer, vestir, cuidar, para o lazer, dentre outros. No momento em que coincidem, em um mesmo ambiente, o transtorno mental e a miséria, percebemos que se torna muito mais penosa, para a família, a sobrevivência e, talvez, esta seja ainda mais desestruturadora para o meio familiar. Furegato *et al* (2002) afirmam que a qualidade de vida de todo o grupo familiar fica afetada econômica, social e emocionalmente. Cabe ressaltar que percebemos essa mesma realidade em nosso estudo.

O que observamos é que a emancipação do sujeito e o emergir da capacidade de gerenciar a própria vida se dão em graus diferentes para alguns e, talvez, possam não acontecer para todos. Para Gonçalves e Sena (2001), numa sociedade competitiva, sob a égide do modo de produção capitalista, aquele que não produz não tem rendas e, além disso, carrega o estigma de ser doente mental, não tem inserção social. Então passa a ser visto como ocioso, improdutivo, inútil, sem cidadania, ou seja, sem prestígio social.

Sabemos que os limites da rede de relações sociais que sustentam uma pessoa na sociedade não se restringem à família nuclear ou extensa, mas incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais significativos do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, vínculo na comunidade, vínculos coletivos, sociais e políticos. No entanto, a família não é necessariamente a consanguínea. Os vínculos não acontecem só no plano biológico. Muitas vezes o vizinho pode estar presente e se fazer mais importante na relação com o portador de transtorno mental do que aquele familiar, o qual tem o mesmo sangue.

Romagnoli (2007) afirma que a família vem atravessando mutações, das quais é resultante e promotora, gerando significados e questionamentos na procura de construção de novos enquadramentos, de novas inserções sociais. A organização familiar vai se modificar no jogo das mudanças inerentes às instituições. Com isso, faz surgir, no cenário da totalidade social, reflexões contestadoras e revolucionárias, dentre elas, o questionamento dos laços de sangue para definir uma família. Desta forma, possibilita que forças instituintes estejam presentes nesses novos enquadramentos familiares construídos.

A realidade tem-se mostrado diversa. Nem sempre o meio familiar é o mais

indicado para uma pessoa com transtornos mentais. Produzir e multiplicar projetos de moradia, de sociabilidade e de familiaridade para os pacientes com transtornos mentais pode ajudar a superar alguns impasses, pode gerar nichos comunitários nos quais os sujeitos possam usufruir sua subjetividade com mais autonomia e liberdade. Os vínculos não-familiares apresentam um caráter mais transitório e flexível, independentemente de quão persistentes demonstrarem ser.

Para os familiares de pessoas portadoras de algum transtorno mental, a força de um acontecimento, como a psicose, pode marcar profundamente a sua existência, passando a servir como dispositivo de identificação, que os diferencia das demais pessoas. Em muitas oportunidades, o discurso de uma pessoa revela o lugar central que a doença mental passa a ocupar em seu mundo, funcionando como um tipo de lente pela qual tudo atravessa, formatando o olhar.

A família compartilha dos valores da sociedade e sabe que o transtorno mental é estigmatizado e estigmatizável, que ela também é um agente no processo de estigmatização. Além disso, há o medo que ronda a família, acreditando-se que, se um membro enlouqueceu, outra pessoa da família também pode ser acometida de um transtorno mental.

Melman (2001) diz que, no imaginário social, predomina uma visão de medo e rechaço em face a qualquer experiência humana que se afaste dos padrões de racionalidade e normalidade hegemônicas. A loucura, ou a doença mental, como esta passou a ser definida a partir do século XVIII, foi quase sempre associada a uma dimensão negativa, estranha, estrangeira, que nos ameaça, desestabiliza. Essa associação também aparece na fala de um dos pais entrevistados:

(F.E) Muitos falam que ele, com vinte e sete anos ainda depende de mim pra tudo,. Falam para ele que devem deixar em paz, um homem doente falam: fica aí preocupando seu pai noite e dia, vinte quatro horas, sendo que você é adulto, um homem forte, novo, você tem que procurar qualquer coisa para fazer, tem que carregar uma areia, uma brita e deixar seu pai em paz. Escuto as pessoas falando isso para ele.

O estigma da loucura ainda perpassa o imaginário e as atitudes das pessoas que não lidam diretamente com o portador de transtorno mental. Hoje, talvez, este fato tenha ficado mais diluído e, talvez tenha melhorado a aceitação da loucura em nosso meio. Muitas vezes, alguns demonstram medo de serem contaminados pela

doença e agem preconceituosamente contra o portador de transtorno mental. Verificamos que, mesmo que a loucura esteja, hoje presente em nosso meio, as pessoas ainda olham para o doente mental como alguém que não devia circular pela sociedade. E, no dia-a-dia, deparamos com atitudes preconceituosas, como relata a seguir um familiar:

(F.A.) ... Tinha gente que dava ele água e jogava o copo fora, achava que ele tinha outra doença. Aí ele chegava dizendo que havia ganhado um copo, sempre. Davam ele água, café e davam ele o copo. Aí daqui a pouco, já davam o copo descartável. Teve um dia que a vizinha que tem um bar, ele chegou lá doido pra ir ao banheiro, quando ele pediu pra ir ao banheiro, falou que o banheiro tava estragado. Aí ele falou comigo que era preconceito, ele voltou lá na mesma hora, ficou bebendo refrigerante, constatou que era preconceito mesmo. Acredita que chegou outra pessoa e pediu pra ir ao banheiro e a moça deixou. Ele ficava nervoso com aquilo. Agora não, as pessoas passam, cumprimentam. No início as pessoas falavam que eram bebida, outros falavam que ele estava bêbado, outros riam. Às vezes ele caía, machucava e as pessoas achavam graça. Hoje não, ele cai, alguém ajuda, ele passa mal, alguém avisa.

Mas a família também sofre com os preconceitos da sociedade. O fato é que os membros da família, devido à existência do transtorno mental em seu meio passam a ter negado o prestígio social na sociedade. Melman (2001) afirma que infelizmente, em nossos tempos, os parentes que cuidam de uma pessoa adoecida ainda são desrespeitados, não são devidamente escutados, são vítimas de preconceitos, responsabilizados e julgados por eventuais danos sem provas ou justificativas. O familiar costuma aprofundar seu conhecimento pesquisando de eventuais erros do passado, buscando incessantemente explicações e sentidos que possam amenizar seu sofrimento. O autor ainda acrescenta que é muito difícil para os familiares escapar dos efeitos aterradores da percepção negativa e estigmatizante relacionada à doença mental, dizendo que ela corrói a auto-estima e a autoconfiança das pessoas envolvidas, roubando uma parcela importante de suas potencialidades e das oportunidades de suas vidas. E até mesmo altera as relações entre os membros da família, os quais acreditam que o familiar doente possui privilégio:

(F.M.) Os vizinhos ficam falando que minha filha é assim por minha culpa. Dizem que eu não soube criar. Várias vezes já chegaram pessoa pra mim dizendo isso. E tem hora, doutora, que fico me perguntando: será que eu tenho culpa mesmo? E que não fui capaz de criar minha filha?

Cavalheri (2002) vai nos dizer que a sobrecarga nas rotinas familiares envolve alterações das atividades cotidianas deste grupo, como ir e vir do trabalho, escola, cuidados pessoais e, até mesmo, tarefas corriqueiras na casa. Tudo fica comprometido quando o paciente deixa de realizar o que era de sua responsabilidade ou quando, por apresentar comportamento alterado, requer cuidados familiares com sua própria higiene, alimentação, sono e acompanhamento. E diante dessas alterações, percebemos que o prestígio social, as relações sociais e o lazer também ficam prejudicados, ou quase nulos, na vida do portador de transtorno mental e das pessoas que convivem com ele.

Para Cavalheri (2002), temos que considerar que as possibilidades de reinserção social do paciente passam inexoravelmente pelo envolvimento e comprometimento da família, uma vez que, independentemente da forma como ela vem se constituindo, continua a representar a garantia de sobrevivência e proteção de seus membros.

Mas, ao mesmo tempo, sabemos que nem todos os membros de uma família estão dispostos a conviver com o transtorno mental. O que constatamos, na pesquisa, é que sempre existe algum familiar que assumirá os cuidados, em casa, com o portador de transtorno mental. Na pesquisa realizada, todos os entrevistados eram os principais cuidadores e entre os quatro (04) entrevistados, duas (02) mães e dois (02) pais foram os principais cuidadores. É uma relação muitas vezes desgastante e que leva essas pessoas a ocuparem o maior tempo de seu dia com o ente doente. É uma relação que vai além de uma simples relação familiar. Demanda vigilância constante, preocupação e uma dedicação quase que exclusiva; mas, ao mesmo tempo, percebemos que as experiências nunca são iguais, os cuidados nunca são os mesmos.

Vemos que, com as novas formações familiares ganhando lugar na sociedade, o cuidado com os filhos a cargo da figura feminina, já não é tão homogêneo como nas formações antigas de relações parentais. Pois, como percebemos, existem figuras masculinas assumindo o lugar de cuidador, mas ainda permanece, instituída para a sociedade, a mãe como a provedora dos cuidados.

Por outro lado, na pesquisa realizada por Lima Júnior e Veloso (2007), os autores afirmam que o cuidado, muitas vezes, recai sobre a mãe (ou outra figura

feminina que assume papel equivalente), sendo ela responsável, não só pela administração da vida diária do doente, como também pela escolha do tratamento. Em nossa pesquisa, não encontramos a mesma realidade, esse cuidado foi contrabalanceado entre os genitores, embora seja preciso pontuar que não temos número suficiente de informantes para fazer uma análise quantitativa ou generalizante. Esse equilíbrio aparece na presença de dois (02) pais e duas (02) mães que assumem os principais cuidados. Inclusive, em uma família entrevistada, é a mãe que não quer saber do filho:

(F.E.) A mãe dele falava se ele morresse...ela mataria mil galinhas, ela sentiria felicidade com a morte dele. Ela só o colocou no mundo. Inclusive pode ir em qualquer hospital que ele já ficou internado, ninguém nem a mãe nem as irmãs foram visitá-lo. Eu que cuido de tudo, mesmo eu lutando, trabalhando fora. Todos os internamentos dele, todos foi eu que fiz, ela nunca se importou...

Rosa (2003) ressalta que prover o cuidado não é exclusividade da mulher, apesar de este ser preponderantemente remetido a ela. Para a autora, prover o cuidado é um resultado de uma relação interpessoal, difusa e afetiva. Nesse sentido, a autora diz o seguinte:

“Apesar de historiograficamente ter sido demonstrado pelos estudos feministas que o “amor materno” é um mito, uma construção social, pois é um sentimento que qualquer pessoa, de qualquer sexo, pode desenvolver porque é adquirido ao longo dos dias passados ao lado do filho, e por ocasião dos cuidados que lhe dispensamos, metamorfoseia-se como uma função imbricada com a capacidade relacional e psicológica da mulher e relacionada a seus atributos biológicos; portanto, é naturalizada como uma qualidade essencialmente feminina” (Rosa, 2003, p.276-277).

O fato de a mãe não prover os cuidados em relação aos filhos se opõe à naturalização da maternidade, que sustenta uma construção de uma identidade social aceita, a da mãe cuidadora, e implica uma comparação com o modelo ideal. Na sociedade, é instituído à mãe ser provedora dos cuidados, mas isso não significa que o cuidado do pai é pior que o da mãe. Aliás, também existem várias formas de ser mãe. Em uma pesquisa realizada com mães do Programa Mãe Canguru, por Moura e Araújo (2005), sobre a produção de sentidos sobre a maternidade, observou-se que as entrevistadas expressavam, ainda, uma compreensão do papel materno construído essencialmente a partir do cuidado concreto com a

criança. Esse cuidado, porém, não pode prescindir da afetividade. Para as mães, é era justamente o vínculo afetivo que distingue o cuidado materno daquele que qualquer outra pessoa poderia oferecer. Esse vínculo, contudo, era definido como parte de um "papel de mãe", inserindo-se num conjunto de obrigações socialmente determinadas. Nesse sentido, para além de um modelo ideal de mãe, socialmente veiculado, há, de fato, várias formas de ser mãe.

De acordo com Gonçalves e Sena (2001), o cuidado não-institucionalizado é uma prática milenarmente assumida por mulheres. Quanto ao cuidado do doente mental, esta tarefa também vem sendo atribuída às mulheres. As autoras, na pesquisa realizada em serviços de saúde mental, na cidade de Belo Horizonte, com mulheres cuidadoras de doentes mentais em família, inferiram que a mulher é a principal atriz, com a qual se deve estabelecer aliança, para consolidar a reforma psiquiátrica.

Nesta mesma pesquisa, Gonçalves e Sena (2001) constataram que a visão das cuidadoras sobre o comportamento agressivo e violento de seus doentes mentais não expressa rejeição a eles. O tom de suas vozes e a expressão de seus rostos, no momento em que falavam, denotavam sofrimento. Os enunciados confirmam tratar-se de um comportamento com características doentias e expressam a idéia de periculosidade que, de um modo geral, se atribui ao doente mental.

Foi observado que, diante dos pesquisados, as pessoas que assumem os cuidados principais em relação ao portador de transtorno mental têm em geral uma boa relação cotidiana com o mesmo, como retrata a fala seguinte:

(F.A.)[...] a gente se dá bem graças a Deus. Sinto falta dele. Muitas vezes quando sai todo mundo, ele que fica em casa pra me fazer companhia. Quando ele não está, eu fico sentindo falta.

Porém, diante de tudo que já foi afirmado, vemos que, ainda assim, é conflituosa a relação que acontecerá entre o cuidador e os outros membros que compõem o grupo familiar.

Na pesquisa, todos os familiares relataram que não há diferença de tratamento no CAPS, sendo o portador de transtorno mental é homem ou mulher.

Para eles, a diferença de sexo não influencia na assistência oferecida ao usuário, e o serviço também não faz diferença de tratamento em relação a outros pacientes, independentemente da raça, cor, sexo, condição financeira, família. Apenas ressaltam que consideram ser mais fácil para os profissionais tratar de pacientes que se encontram mais tranquilos, como demonstra a fala seguinte:

(F.M.) Eu acho que aqui vocês tratam todo mundo igual, seja homem ou mulher. Não existe diferença. Quando fico aguardando para a consulta da minha filha eu fico reparando. Vocês têm o mesmo cuidado com todos os pacientes. Agora o que eu já vi é que tem alguns que são mais difíceis de tratar, né, doutora? Acho que quando eles estão mais tranquilos fica mais fácil.

Por todos esses relatos apresentados ao longo deste capítulo, verificamos que a relação família, portador de transtorno mental e serviço é permeada por diversas contradições, coexistindo a todo tempo um embate de forças, seja na relação família, usuário, serviço, seja na dinâmica familiar, ou nos analisadores que atravessam o cotidiano da tríade (família, portador de transtorno mental e serviço), e que acabam por denunciar as contradições existentes nessas relações. No próximo capítulo, apresentamos algumas experiências de profissionais que trabalham com os familiares dos portadores de transtorno mental, que visam intervir na relação entre a família e a doença mental, além de contribuir para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

4 ALGUMAS EXPERIÊNCIAS NO CUIDADO COM A FAMÍLIA

Em levantamento bibliográfico para a elaboração desta dissertação, observamos que são poucas as publicações e relatos de experiências de trabalho com a família do portador de transtorno mental. Percebemos que existe uma grande discussão diante da necessidade de cuidado desse grupo, mas quase nada tem acontecido e/ou pouco tem sido relatado em termos de intervenções e práticas. As dificuldades são enormes, mas o que tem sido feito para enfrentar tais questões? A seguir, apresentam-se algumas experiências que buscam amenizar o sofrimento das famílias, entendê-las de uma forma mais ampla, melhorar a qualidade de vida dessas pessoas para então trazê-las como parceiras no tratamento do ente portador de transtorno mental.

Durante a realização da pesquisa, verificamos que o cuidado é o principal elemento para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do portador de transtorno mental e de sua família no cotidiano. No entanto, cuidar da família dentro da perspectiva de desinstitucionalização significa dar espaço para que ela expresse e trabalhe esses sentimentos, para que encontre caminhos para viver melhor e construir uma outra relação com a doença mental e o portador.

Diante tal realidade, no NAPS de Ribeirão das Neves, considerou-se a realização de um grupo de família na tentativa de tirar os doentes do lugar da doença, buscando abordar, em uma nova perspectiva, um pensar além daquilo que ronda todo o dia: a doença mental. Trabalhar com atividades que sejam capazes de fazer movimentos instituintes na vida dos familiares. Sair do lugar daquilo que é instituído, a culpabilização, a vergonha, a sensação de fracasso, o cotidiano árduo, e trazer algo novo, que produza novos ares para tais pessoas, uma outra forma de se organizar diante dessa realidade.

Nesta unidade, além dos atendimentos individuais aos familiares e constantes diálogos realizados, acontecem grupos de famílias. Formaram-se dois tipos de grupo: o de familiares de usuários recém-inseridos no serviço e o de familiares de usuários com um período maior de assistência. O primeiro grupo tem função informativa e visa a amenizar algumas dúvidas, além de reforçar a importância da

família como parceira no tratamento e na vida do portador de transtorno mental. Nesses encontros, falamos da dinâmica do serviço, da enfermidade, tratamento, dentre outros. O segundo grupo, por sua vez, visa a ser um espaço de convivência em que objetivamos criar uma outra forma de lidar com a doença mental, criando um espaço lúdico e distinto do que é vivido cotidianamente.

Porém, existe a proposta e a tentativa de realização, mas, na verdade, o grupo de familiares não é algo instituído no CAPS. Não são só os familiares que não comparecem, os profissionais também têm feito pouco movimento para que efetivamente estes grupos se reúnam toda semana, como proposto a princípio. Desta forma, percebemos que algo acontece na equipe que também não possibilita que os encontros entre os familiares ocorram de forma regular. Não pensamos que seja falta de interesse, até porque a equipe é muito interessada em seu trabalho. Acreditamos que muitas vezes isso possa ocorrer devido à falta de saber o que fazer, como ajudar, como intervir, como possibilitar uma estratégia que faça real efeito para os familiares. E a semana passa, e no dia marcado para a reunião de família, nenhum familiar comparece, pois, na verdade, não foram convidados. Aqui percebemos que a família falha, mas o serviço também, por não conseguir colocar o grupo em funcionamento. Talvez seja necessário que a equipe saia deste lugar, que não fique presa somente ao discurso, ou às práticas já instauradas. É necessário um movimento em que forças instituintes sejam utilizadas para fazer com que a assistência à família seja efetiva.

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 dito 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.

Cabe relevar também a importância de o profissional estar aberto para a

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 levados em consideração e que atendam à demanda da comunidade:

“O modelo de atenção integral é pela não aceitação de uma política voltada para a oferta de serviços assistenciais sem compromisso com as conseqüências dessa oferta sobre o perfil epidemiológico da população. A assistência apenas não é suficiente. Ele prevê também que o profissional deve interessar-se por compreender outras competências técnicas e mesmo saberes não profissionais, com a finalidade de obter uma compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde/doença, e que essa ampliação de referenciais na construção do repertório de compreensão e ação seja feita com o necessário reconhecimento dos próprios limites enquanto profissional. O modelo prevê também que seja sempre considerada a dimensão do cuidado; e outro princípio básico é o de que o domínio de tecnologias serve tanto para a atenção individual de saúde como para a saúde coletiva. É também um princípio da perspectiva da integralidade da atenção à saúde, uma vez que esta não se dirige somente ao tratamento, mas também à produção de saúde” (Herter *et al.*, 2006, p. 442).

Romagnoli (2006b) 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. Ressalta:

“[...] 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” (Romagnoli, 2006b, p. 7)

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.

Na Universidade Federal do Paraná (UFPR), de acordo com Maftum *et al.* (2007), foi montado um projeto para trabalhar com a família, desde o primeiro semestre de 2005. O projeto surgiu a partir de reflexões que se aproximam da discussão já realizada nesta pesquisa, por acreditar que a Universidade deva ser integrante no processo de busca de alternativas e produção de conhecimento na área da saúde mental e psiquiátrica com vistas a uma melhor formação do futuro profissional de saúde que atuará nessa área, além de contribuir na formação do aluno de graduação. O objetivo é propiciar um espaço do exercício da cidadania a familiares de pessoas portadoras de transtornos mentais, por intermédio da integração com profissionais e alunos da área da saúde, visando à educação permanente para a diminuição do preconceito e discriminação que estigmatiza o portador de transtorno mental e sua família. Busca estimular a solidariedade, o compartilhar, a aceitação e a compreensão de suas dificuldades no trato com seu familiar portador de sofrimento mental; estimular a interação entre familiares e profissionais de saúde visando à discussão do papel e responsabilidades inerentes ao profissional, ao paciente, à família e à sociedade na relação com o portador de transtorno mental; realizar educação permanente com o objetivo de informar, capacitar sobre os direitos dos pacientes, legislação específica, modalidades de tratamento, sinais e sintomas dos principais transtornos mentais; lutar contra o preconceito e a discriminação do doente mental e de sua família, por meio da informação e esclarecimento.

O desenvolvimento das ações consiste de encontros semanais, com duas horas de duração. O público é captado por meio de divulgação junto às Unidades de Saúde da rede municipal de saúde e Associações de apoio ao portador de transtorno mental e sua família. Na sua maioria, há a participação de mais de um membro da família, às vezes são os próprios portadores de transtorno mental que se

inserir no projeto,;em outras, o familiar, na busca de apoio para lidar com a experiência de ter um membro doente na família; e, ainda, há situações em que familiar e portador participam das atividades.

São realizadas três modalidades de reuniões: as temáticas, denominadas de “Educação Permanente”, as quais acontecem uma vez ao mês. Os temas são oriundos das discussões. As reuniões rotineiras que acontecem semanalmente se constituem em espaço aberto para tratar da demanda trazida pelos participantes, são extensivas a todos que se interessarem em participar do projeto (alunos, familiares, docentes, profissionais de saúde) e são denominadas “Roda de Conversa”. Nesta modalidade de encontro, a palavra é livre para quem desejar expor e compartilhar algum assunto; entretanto, quando é percebido pelas docentes e bolsistas que um dos participantes tem necessidades que precisam ser acolhidas imediatamente, dada a emergência da situação, privilegia-se a oportunidade de fala para essa pessoa, que será ajudada pelos demais presentes.

Embora o projeto se encontre em fase inicial de desenvolvimento, a equipe percebe que as reuniões têm se constituído em espaço de troca de experiências, debate de temas, o que vem confirmar e complementar os pressupostos da Reforma Psiquiátrica de criar uma rede de atenção aos portadores de transtorno mental fortalecida com a rede de apoio social da comunidade. No grupo, os familiares externam que, na maioria das vezes, o convívio com o membro portador de transtorno mental produz uma sobrecarga intensa que acaba por comprometer a saúde, a vida social, a relação com outros membros da família, o lazer, a disponibilidade financeira, a rotina doméstica, o desempenho profissional, escolar e inúmeros outros aspectos da vida dos familiares ou substitutos, como também observamos em nossa pesquisa. Os cuidadores familiares e profissionais de saúde que se dedicam ao cuidado de pacientes mais debilitados investem tempo e energia na busca de tratamento e nas negociações para que eles aceitem se tratar. A interação com os serviços de saúde mental também é uma fonte de sobrecarga, pois na maioria das vezes os contatos são vivenciados como uma experiência frustrante, confusa e humilhante. O envolvimento da equipe com os participantes do grupo permitiu observar os medos, dúvidas e anseios que os familiares apresentam. Desta forma, acreditam que esse trabalho vem contribuindo no processo de cuidar de familiares e de portadores, constituindo-se em uma estratégia legítima de inclusão

social (MAFTUM *et al.*, 2007).

Também encontramos em Melman (2001) relatos de algumas experiências realizadas com os familiares dos portadores de transtorno mental do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, em parceria com a Associação Franco Basaglia, em São Paulo. O autor afirma que existem dois momentos para trabalhar com a família. Primeiro, este grupo vem pedindo ajuda e, para isso, é necessário serem compreendidos, informados. Refere-se ao fato de que é um encontro repleto de possibilidades e de obstáculos; pontua que cada família chega com sua questão, e para 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 necessidades desse grupo. Também cita o grupo de familiares como um espaço de acolhimento para a emergência da experiência de vida de cada um de seus participantes. Para o autor, neste espaço deve ser construída a confiança necessária e existir, por parte do profissional, um olhar atento à singularidade dos sujeitos, o que implica uma atenção personalizada dirigida à construção de um processo terapêutico que leve em conta as particularidades de cada situação. Para a realização dos grupos, o referido autor diz que é possível e desejável colocar, à disposição dos familiares, um leque diversificado de tecnologias de apoio emocional e de elaboração de vivências, a fim de tornar mais fácil, para cada pessoa, falar de suas questões e conflitos, enquanto tomam um maior contato consigo mesma e com os demais companheiros.

Melman (2001) aponta que a intenção do trabalho em grupo é de colocar as pessoas para além do papel de familiar, estimulando a exploração de outras possibilidades existenciais para o sujeito. Desta forma, ampliam-se as chances de cada pessoa descobrir novas facetas e novos papéis no movimento de busca e afirmação de sua singularidade. Ele afirma também que é possível a descoberta de novas formas de lidar com os problemas, recontando e recriando as vivências para reconstruir as narrativas de vida. A experiência grupal volta-se para explorar novos sentidos, pesquisar novas representações que descongelem a rigidez de uma relação com a doença mental saturada de culpa e sofrimento, na qual só existe lugar para a negatividade.

Já no segundo momento de trabalho com a família, Melman (2001) explica que isso se trata do desdobramento da clínica em projetos. Para o autor, o familiar torna-se agente de transformação cultural, no instante em que percebe que, além de estar disponível para acolher a singularidade de suas questões subjetivas, agora pode construir um espaço de elaboração de ações e atividades, e seu olhar se desloca para fora. Projetos individuais ou coletivos são voltados para modificar as microrrelações sociais, as instituições e o ambiente em sua volta. Como demonstrou em sua experiência, surgem as associações, ONGs, festas, passeios, movimentos, clubes, oficinas culturais, cursos para familiares, dentre outros.

Romagnoli (2005), a partir do Programa de Extensão em Saúde Mental desenvolvido em uma parceria da PUC-Minas com a Prefeitura Municipal de Betim, que presta atendimento às famílias usuárias do CERSAM Teresópolis em Betim. O trabalho com as famílias dos usuários dessa rede teve início em agosto de 2003, a partir de uma demanda da Coordenação do Programa de Saúde Mental da referida prefeitura. O público-alvo são as famílias carentes que possuem membros com psicose e neurose graves. O atendimento é realizado por estagiários, com objetivo e tempo limitados, pretendendo abranger as altas demandas existentes. Segundo a autora, os atendimentos são efetuados visando a promover um encontro com a família, para que esta atue nas linhas flexíveis da subjetividade, que opere desestabilizações nos territórios familiares cristalizados, caminhando para a construção de um novo território existencial. A equipe tem o cuidado de não incrementar o estado de alienação em que essas famílias se encontram e que separa a vida da invenção, tentando combater a culpabilização e buscar conexões e acontecimentos. Nesse processo, sustentar a alteridade, a diferença, deixando-se afetar pelo ritmo, pela intensidade desse outro, estabelecendo associações, agenciamentos, é essencial.

Para Romagnoli (2005), o contato direto com essas famílias possibilitou a desmistificação do grupo como violento e a alteração da postura de culpabilização do grupo para uma atitude de contribuir com o conhecimento alternativo para criar saídas e novas possibilidades de convivência no dia-a-dia. Além de acreditar que a intervenção direta com o grupo favoreceu a melhora efetiva do usuário. Para a autora, a incorporação da família ao tratamento propiciou não só que o serviço servisse de apoio e referência para o grupo, mas também serviu para a construção

de vínculos de acolhimento do grupo para com esse sujeito. E também propiciou às famílias possibilidades de reestruturação e de reorganização, cada uma à sua maneira e em sua singularidade. Ressalta que o como conhecer e o como intervir têm como sustentáculo a invenção e a experimentação. Estes são pontos que se dão a partir da escuta e do estabelecimento de um lugar que acolha tanto a angústia das subjetividades que pertencem às famílias dos usuários, quanto as nossas angústias que eclodem na construção de um trabalho com as famílias, por acreditarmos na transformação dessa angústia em algo produtivo.

Essas experiências nos fazem pensar, a partir de uma leitura institucionalista, na análise da oferta, que analisa a geração da demanda nos serviços que são oferecidos, no caso, na rede de saúde mental. Usualmente a demanda se dá por atendimentos individuais centrados no portador de transtorno mental, mas atualmente, esses atendimentos também se dão em oficinas, também com esse mesmo público. Na verdade, ao se oferecer um serviço, supõe-se que é sabido o que se pode oferecer ao usuário, aquilo de que ele necessita. Por outro lado, o que não se sabe, o que não se conhece pode também dar a impressão de que não, é disso que se precisa. Nesse sentido, as demandas também são produzidas. Nos relatos de Maftum *et al.* (2007), Melman (2001) e Romagnoli (2005) surgiram a oferta de trabalhar diretamente com os familiares, logo, essa demanda também está sendo criada.

Sabemos que experiências como as citadas existem isoladas nas centenas de serviços de saúde mental existentes no Brasil, porém aquelas ainda estão sem força impulsionadora para efetivar a relação família, portador de transtorno mental e CAPS. Com certeza, existem experiências importantes que envolvem a família do portador de transtorno mental, mas as pessoas não as têm relatado, ainda é muito tímida tal produção. Temos que começar a falar disso, relatar o que está sendo feito, problematizar, para que possamos sair do lugar do que é instituído e produzir o novo, o instituinte, aquilo que leva à mudança e à melhora na qualidade da relação tríade discutida em todo o trabalho: família, portador de transtorno mental e o serviço de saúde mental, produzindo, assim, também novas demandas.

CONCLUSÃO

Como nosso estudo se propôs a examinar a relação da família, no tratamento dos portadores de transtorno mental, com o serviço de saúde mental, acreditamos que as entrevistas semi-estruturadas, realizadas com as famílias dos usuários atendidos em Ribeirão das Neves, e as categorias articuladas com a pesquisa de campo, foram fundamentais nesse processo.

Com advento da Reforma Psiquiátrica, nós, profissionais da saúde mental, nos vemos diante de uma questão que tem gerado grande dificuldade na lida 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. Há aí 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, seja parceira no tratamento do portador de transtorno mental.

A utilização do marco teórico Análise Institucional de Lourau (1975) foi muito pertinente para a construção desta pesquisa, uma vez que esta visa à manifestação do instituinte, do novo, e do questionamento das relações de poder nas instituições. Além de analisar as relações das múltiplas partes presentes no jogo social, desvela o que está oculto nas instituições. Também consideramos que foi uma escolha adequada, pois essa teoria permite que o analista esteja implicado no contexto pesquisado e não situado no exterior dos grupos, coletividades ou organizações que se encontram em análise. Dessa maneira, não exige que a vida cotidiana se dissocie do trabalho de campo, nem do trabalho de elaboração teórica. Ao analisar o jogo de forças instituinte e instituída que atravessa tal relação, o que percebemos é que existe uma maior presença de forças instituídas na relação família, portador de transtorno mental e serviço. Mas, ao mesmo tempo, acreditamos que, diante da análise das contradições que vão ocorrer nesta tríade e do surgimento daquilo que até então se mantinha obscuro, é possível fazer com que as forças instituintes ganhem mais peso e que sejam capazes de impulsionar, alcançar e efetivar a

proposta da Reforma Psiquiátrica.

Como foi exposto, 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. De fato, 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. Foi realizada uma discussão no Capítulo I a fim de esclarecer esse paradigma.

O serviço que serviu como parte da análise da pesquisa, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Ribeirão das Neves, segue esses preceitos e trabalha no sentido de favorecer o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. Mas, ainda assim, encontra dificuldades para a efetivação desta proposta. Acreditamos que tal fato não se restringe apenas ao serviço de saúde mental supracitado, mas à maior parte dos outros serviços espalhados no Brasil, fato que se torna mais evidente a partir do momento que encontramos em número reduzido as publicações que levam este tema em consideração.

Vemos que são diversos os fatores que vão influenciar nas dificuldades que se apresentam na relação família, serviço e portador de transtorno mental. Dentre eles, o lugar em que a família coloca o serviço de saúde mental. Concluímos que a família ainda não se vê como parte importante da assistência ao portador de transtorno mental e que o serviço também tem dificuldade de colocar este grupo neste lugar. Para a família, o serviço tem o poder e o saber para dar conta de todas as questões relacionadas ao transtorno mental. Como já foi falado, é preciso que os conhecimentos dos especialistas que compõem o serviço sejam concretos e unos construindo no dia-a-dia um novo saber em prol de uma melhora de vida do portador de transtorno mental e das pessoas que estão ao seu redor. Todavia, também a família pode se fazer presente, participando e ajudando ativamente na reintegração do portador de transtorno mental junto à sociedade e na promoção de seus laços sociais. Mas, para que isso aconteça, o serviço tem que incluir, de alguma maneira,

os familiares na assistência prestada ao portador de transtorno mental.

Nesta pesquisa, para esclarecer a relação serviço, portador de transtorno mental e família, utilizamos o seguinte percurso. A princípio, vimos que, ao longo da história, ocorre uma transformação na forma de lidar com o louco. Esse passa de pessoa excluída da sociedade a membro desta, sendo sua assistência transferida para o espaço, o território onde vive, inclusive no seio familiar, o que traz como consequência uma ampliação significativa da função da família no que tange ao papel de co-participante do processo de tratar e reabilitar as pessoas mentalmente enfermas. A história do transtorno mental na família vem repleta de conflitos. Principalmente a partir do momento em que se entrelaça o transtorno mental com os valores familiares, a vulnerabilidade social, a alienação quanto ao transtorno, a ação da família no processo da assistência do portador de transtorno mental, a cobrança de toda uma sociedade (incluindo o serviço de saúde mental). Além disso, ressalta-se a dinâmica conflitante e a sobrecarga que permeia a relação familiar diante do transtorno mental. Lidar com os sintomas da doença, mudança do cotidiano, sentimentos de estranheza, rejeição, culpa e com todo agravamento que procede ao quadro de doença mental (ruptura da realidade, instabilidade emocional), faz com que a família se sinta perdida. Diante disso, esse grupo necessita ser amparado para que possa produzir melhor qualidade de vida para o grupo familiar, e inclusive, para o portador de transtorno mental. É aqui que entra o papel do serviço de saúde mental e de toda a equipe que o compõe: oferecer cuidado à família, pois só assim acreditamos que será possível ela ser parceira na assistência do portador de transtorno mental. A família deve ser cuidada para dar conta de cuidar.

Porém, o serviço de saúde mental também enfrenta dificuldades. E muitas vezes acaba por culpabilizar a família pela falta de implicação no tratamento do portador de transtorno mental. Assim, concluímos que o serviço também tem que analisar qual é o seu papel neste processo, e o que tem sido oferecido à família, para que ela participe ativamente da assistência do portador de transtorno mental. 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.

Em nosso estudo, utilizamos também os dispositivos analisadores propostos pela Análise Institucional de Lourau (1975). Percebemos que o saber, poder, trabalho, dinheiro, prestígio social e sexo, quando analisados na relação família, serviço e portador de transtorno mental também evidenciam as contradições que existem nesta relação, dando acesso ao não-dito e ao oculto, o que mostra que nestes fatores também é necessário que sejam considerando as intervenções.

Diante do exposto e no enfoque da Reforma Psiquiátrica, concluímos que a compreensão da doença mental e do tratamento dispensado deve procurar envolver os familiares e 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.

Mas é preciso que os familiares sejam cuidados para que dêem conta de cuidar. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), um dos objetivos do Centro de Atenção Psicossocial (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 assembléias, 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.

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.

Vários autores atentam para o fato de que o importante do movimento da Reforma Psiquiátrica seja, não a proposta da desospitalização, mas sim a da desinstitucionalização, que apresentamos no Capítulo I, mesmo que sua implementação venha sendo implantada gradualmente (KINOSHITA, 1996; GONÇALVES e SENA, 2001; AMARANTE, 1996, 2001 e 2007; CAVALHERI, 2002; SARACENO, 1999; GUERRA, 2004; PITTA, 1996; OLIVEIRA e FORTUNATO, 2007). 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 desenvolvimento de novas atitudes e comportamentos 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 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, e, sim, são singulares, únicas, possuindo sentidos e significados no seio de cada grupo familiar. Não existe um modelo universal de família. Não existe um modelo universal 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.

Uma vez escutei uma mãe de uma portadora de transtorno mental dizendo: *“É preciso carinho, amor, paciência. Existem os técnicos que cuidam, sendo responsáveis de 40 pacientes nos serviços, porque que eu não posso cuidar da minha filha?”*²⁰ Isso me tocou no momento, e pensei que talvez isso seja o que esperamos que a família apresente: a disponibilidade necessária entre os portadores de transtorno mental e a família. Infelizmente, sabemos que este é um ideal e que poucas relações familiares têm consciência disso, mas como profissionais, temos que trabalhar para que a maior parte das famílias um dia dê conta de se expressar dessa forma. Porque, no mínimo, nesta relação existirá uma circulação da vida, além do 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 desenvolver em estratégias de envolvimento da família.

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

²⁰Fala de uma mãe no III Encontro Nacional de Saúde Mental realizado em Julho de 2006 na Universidade Federal de Minas Gerais.

questões.

Os familiares precisam de espaço para expandir. Espaços onde 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.

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.

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 dêem passagem às forças instituintes, a novas formas de tratar e trabalhar com o grupo, a outras conexões com a loucura.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, Kátia Faria e ROCHA, Marisa Lopes da. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 23 (4), p. 64-73, 2003.

ALTOÉ, Sônia (org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.

AMARANTE, Paulo (coord.). **Loucos pela vida**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996, p. 13-26.

AMARANTE, Paulo. Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica. In: QUINET, Antônio. **Psicanálise e psiquiatria**; controvérsias e convergências. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001, p. 103-110.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, Inês Lacerda. Foucault, um arqueogenealogista do saber, do poder e da ética. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis, n. 35, p. 37-55, abr. 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

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

BARROS, Regina Benevides de. Institucionalismo e dispositivo grupal. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; ALTOÉ, Sonia (Orgs.). **Saúdeloucura**. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 65-78.

BARUS-MICHEL, Jacqueline. **O sujeito social**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2004.

BRASIL. **Projeto de Lei 3.657/89**: Propõe a extinção progressiva dos manicômios, proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos públicos e contratação de leitos privados. Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília, 1997.

BRASIL. Constituição Federal. **Lei Federal 10.216 de 06 abr. 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtorno mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 336/GM de 19 fev. 2002**: Normas de diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília, 2002a.

BRASIL. **Portaria MS/GM n. 373 de 27 de fevereiro de 2002.** Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS), Ministério da Saúde, 2002b.

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

CARDOSO JÚNIOR, Hélio Rebello. Para que serve uma subjetividade? Foucault, tempo e corpo. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Out. 2007.

CAVALHERI, Silvana Chorratt. Importância da família na saúde mental: acolhimento e orientação à família. In: **VII Congresso de Psiquiatria Clínica**, junho de 2002, São Paulo. Disponível em <<http://www.sppc.med.br/mesas/silvana.htm>> Acesso em 21 de outubro de 2007.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** 4^a ed. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

DIMENSTEIN, Magda e ALVERGA, Alex Reinecke; DIMENSTEIN, Magda. A loucura interrompida nas malhas da subjetividade. In: AMARANTE, Paulo (org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2.** Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 45-66.

DURAND, Marina. **Doença ocupacional: psicanálise e relações de trabalho.** São Paulo: Escuta, 2000.

FERREIRA NETO, João Leite. Psicologia e política: uma interpretação foucaultiana. **Revista Psicologia Política**, v. 6, p. 65-81, 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 2004.

FOUCAULT, Michel. Eu sou um pirotécnico. In: POL-DROIT, R. (Org.) **Michel Foucault: entrevistas.** São Paulo: Graal, 2006.

FRANCO, Renato Ferreira. **A família no contexto da reforma psiquiátrica: a experiência de familiares nos cuidados e na convivência com parentes portadores de transtornos mentais.** 2002. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte.

FUREGATO, Antônio Regina., *et al.*. O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 11, nº 03, p. 51-56, 2002.

GALLIO, Giovanna e CONSTANTINO, Maurizio. François Tosquelles: A escola de liberdade. In: LANCETTI, Antônio (Org.). **Saúdeloucura.** São Paulo: Hucitec, 1993. p.85-128.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GONÇALVES, Alda Martins e SENA, Roseni Rosângela. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana**. Brasil, v. 9, nº. 02, p. 48-55, 2001.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GUERRA, Andréa Maris Campos. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus paradigmas. **Revista Latino-Americana de psicopatologia fundamental**, Brasil, v. VII, Nº. 02, p. 83-96, 2004.

HESS, Remi. O movimento da obra de René Lourau (1933-2000). In: ALTOÉ, Sônia (org.). **René Lourau: Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004, p.15-46.

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.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

KOGA, Mariko. **Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul. 2007. Pré-publicação.

LAPASSADE, Georges & LOURAU, René. A Análise institucional. In:_____. **Chaves da sociologia**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1972. Parte III, cap. X, p. 139-172.

LAPASSADE, Georges. El encuentro institucional. In: LOURAU, René *et al.*. **Análisis institucional y socioanálisis**. 2 ed. México: Nueva Imagen, 1979. p. 197-241.

LAPASSADE, Georges. La Intervención en las instituciones de educación y de formación. In: GUATTARI, F., LAPASSADE, G., LOURAU, R. *et al.*. **La intervención institucional**. México: Folios, 1981. p. 125-170.

LAPASSADE, Georges. **Grupos, organizações e instituições**. 2.ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

LAVILLE, Christian. & DIONNE, Jean. **A construção do saber**. Porto Alegre: Artes Médicas e UFMG, 1999.

LIMA JÚNIOR, Joel e VELÔSO, Thelma M. Grisi. Convivendo com a loucura: as representações sociais de familiares de usuários de instituição psiquiátrica. **Vivência**, Natal, n. 32, p. 163 -.172, 2007.

LOBOSQUE, Ana Marta. **Clínica em Movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro, Garamond, 2003.

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

LOURAU, René. **El estado y el inconsciente**. - ensayo de sociología política. Barcelona: Kairós, 1980.

LOURAU, René. Balance de la intervención socioanalítica. In: GUATTARI, F., LAPASSADE, G., LOURAU, R. *et al.*. **La intervención institucional**. México: Folios, 1981. p. 171-200.

LOURAU, René. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, René. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, Sônia (org.). **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004a, p. 47-65.

LOURAU, René. Pequeno manual de análise institucional. In: ALTOÉ, Sônia (org.). **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004b, p.122-127.

LOURAU, René. Uma apresentação da Análise Institucional. In: ALTOÉ, Sônia (org.). **René Lourau: Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004c, p.128-139.

LUZ, Madel T. Lourau e a sociologia crítica das instituições. In: RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; ALTOÉ, Sonia (Orgs.). **Saúdeloucura**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-37.

MACHADO, Leila Domingues e LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e Subjetividade. In: _____. **Texturas da Psicologia**: Subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45-58.

MACHADO, Marília Novais da Mata. **Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador / entrevistado**. Belo Horizonte: C/Arte, 2002.

MAFTUM, Mariluci Alves *et al.* **O cuidado a saúde de familiares de pessoas com sofrimento mental**. Universidade Federal do Paraná. Disponível em <<http://www.proec.ufpr.br/enec2005/download/pdf/SA%DADE/PDF%20SAUDE/24%20-%20FAMILIARES%20DE%20PESSOAS%20COM%20SOFRIMENTO%20MENTAL%20-%20rev.pdf>> Acesso em 28 de out. de 2007.

MARTÍN, Alfredo. René, os analisadores históricos, as loucas da praça de maio. In:

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde; ALTOÉ, Sonia (Orgs.). **Saúdeloucura**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.165-190.

MEDEIROS, Manoela Martins de. Informação e Representações Sociais: um estudo com familiares de portadores de sofrimento mental. **Encontros Bibu**: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciências da Informação. Florianópolis, n. 24, p. 72-91, 2º sem. 2007.

MELMAN, Jonas. Intervenções familiares no campo da reforma psiquiátrica. In: FERNANDES M.I.A, SCARCELLI, I.R., COSTA, E.S. (orgs.). **Fim de século: ainda manicômios?** São Paulo: IPUSP; 1999. p. 171-186.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental**: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. Escrituras: São Paulo, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão de Saúde Mental. **2ª Conferência de Saúde Mental**, 1992: relatório final. Brasília, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência de Saúde Mental**, 2001: relatório final. Brasília, 2002.

MORENO, Vânia e ALENCASTRE, Márcia Bucchi. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: USP, p. 43-50, 2003.

MOURA, Solange Maria Sobottka Rolim de; ARAUJO, Maria de Fátima. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 Jul. 2007. Pré-publicação.

OLIVEIRA, Francisca Bezerra e FORTUNATO, Maria Lucinete. Reabilitação Psicossocial na Perspectiva da Reforma Psiquiátrica. **Vivência**, nº. 32, p.155-161, 2007.

OLIVEIRA, Adriane M. Netto de. Os sentimentos da família frente a facticidade da doença mental. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v.3, n.2, p.146-153, jul./dez 2001.

PEREIRA, Maria Alice Ornellas Pereira. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface**, Comunicação, Saúde, Educação, V.7, n12, p. 71-82, fev. 2003.

PINTO, Batista Elizabeth. A pesquisa qualitativa em psicologia clínica. **Psicologia USP**, SP, p. 71-80, 2004.

PITTA, Ana Maria Fernandes (org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 1996.

RANDEMARK, Norma Faustino Rocha; JORGE, Maria Salete Bessa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto &**

Contexto-Enfermagem, Florianópolis , v.13, n.4 , p. 543-550, out./dez. 2004.

RIBEIRÃO DAS NEVES. Prefeitura Municipal: Secretaria Municipal de Saúde.
Contextualização do Município de Ribeirão das Neves. Ribeirão das Neves/MG, 2006.

ROCHA, Marisa Lopes da. **Banca de qualificação de mestrado de Eliane de Souza Pimenta**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <marisalrocha@uol.com.br> em 06 ago. de 2007.

ROCHA, Marisa Lopes da. **Defesa Pública do Mestrado de Eliane de Souza Pimenta**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <marisalrocha@uol.com.br> em 25 fev. de 2008.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde e SOUZA, Vera Lúcia Bastista de. A análise institucional e a profissionalização do psicólogo. In: SAIDON, Osvaldo e KAMKHAGI, Vida Rachel. **Análise Institucional no Brasil**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1991. p. 27-46.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde, LEITÃO, Maria Beatriz Sá, BARROS, Regina Duarte Benevides (orgs.). **Grupos e instituições em análise**. 3 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **Novas Formações Familiares**: uma leitura institucionalista, 1996, 170f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. **Pulsional**. São Paulo, v. XVII, n. 180, p. 71-80, dez. 2004.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Abordagem esquizoanalítica do atendimento a famílias na rede de saúde mental: a experiência do CERSAM Teresópolis. In: I CONGRESSO UNIÃO LATINO-AMERICANA DE PSICOLOGIA. **Anais...** [recurso eletrônico]. São Paulo. Disponível em: <<http://www.ulapsi.org/congresso.br>> (acessado em 02 out. 2005)

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

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A formação dos psicólogos e a saúde pública. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. São João Del Rey, v. 1, n. 2, dez. 2006b. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/Pagina/ppp-lapip/index.php>

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O pensamento institucionalista e a transformação da família. In: CEVERNY, Ceneide (Org.). **Família, movimento e transformação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 97-119.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades**: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá Editora, 1999.

SILVA, Martinho Braga Batista. O técnico de referência no centro de atenção psicossocial? Uma nova especialidade no campo da saúde mental? **Vivência**, Natal, n. 32, p. 207-223 , 2007.

TSU, Tânia. **A internação psiquiátrica e o drama das famílias**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Vetor, 1993.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, p. 507-514, 2005.

APÊNDICE A - Roteiro das entrevistas com os familiares dos portadores de transtorno mental

1. Dados Pessoais

- a) Idade _____
- b) Número do Prontuário no CAPS de Ribeirão das Neves _____
- c) Diagnóstico: _____
- d) Renda familiar _____
- e) Número de pessoas na casa _____
- f)

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Profissão	Grau de Instrução

- g) Responsável pelo PTM
(entrevistado): _____

2. História do transtorno mental na família

- a) Quando aconteceu a primeira crise?
- b) Qual foi a reação da família diante da crise?
- c) O PTM já passou por outros tipos de tratamento? Quais?
- d) Como a família vivenciou esses tratamentos?
- e) E como foi para o doente?
- f) Você percebe diferenças entre aquele serviço e o atual? Quais?

3. Dinâmica da família

- a) Como era antes do (_____ - membro da família) ficar doente?
- b) Houve mudanças no cotidiano familiar? Quais?
- c) Quem assume os principais cuidados em relação ao PTM?
- d) Como é, para vocês, ter um(_____ - membro da família) nessa situação?

- e) Como você vê a participação da sua família nesse tratamento?
- f) Você acha que faz diferença na inserção social, do doente?

4. Relação com o serviço

- a) O que acham do tratamento oferecido pelo CAPS?
- b) O que vocês gostam?
- c) O que vocês acham que deveria melhorar?
- d) Você se sente acolhido pelo serviço de saúde mental?

5. Analisador Dinheiro

- a) A família enfrenta alguma dificuldade financeira em relação ao tratamento do PTM?
- b) Vocês acham que tem diferença de tratamento pela sua condição financeira?

6. Analisador Prestígio Social

- a) O PTM participa de alguma atividade/grupo no meio social em que vive?
- b) Sofre algum tipo de preconceito da sociedade?
- c) E vocês como família?

7. Analisador Saber

- a) Você sabe o diagnóstico da doença do seu familiar?
- b) Você sente que é bem informado quanto ao tratamento do PTM?
- c) O que o Sr.(a) entende por “Transtorno Mental”?

8. Analisador Trabalho

- a) O PTM já trabalhou ou trabalha?
- b) Em caso negativo, você acha que é possível o PTM trabalhar?
- c) O PTM recebe benefício do INSS?

9. Analisador Poder

- a) Quem na família que normalmente toma as decisões em relação ao tratamento do PTM?

- b) Como é a relação do PTM com essa pessoa?
- c) E no serviço? Vocês participam de alguma decisão sobre o tratamento?

10. Analisador Sexo

- a) Vocês percebem diferença de tratamento do serviço quando o paciente é homem ou mulher?
- b) E na relação com os outros pacientes?

11. Complementação

- a) Tem algo que não foi perguntado ao longo da nossa entrevista, que vocês gostariam de acrescentar?