

# A IMPORTÂNCIA DA PROTEÇÃO SOCIAL PARA A FAMÍLIA DO PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL NO CONTEXTO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL

Ronaldo Alves Duarte<sup>1</sup>

## Introdução

O presente texto tem por objetivo refletir sobre a inserção do grupo familiar na proposta assistencial ao portador de transtorno mental<sup>2</sup> preconizada pela atual política pública de saúde mental brasileira e sobre a importância da proteção social para esse grupo conseguir responder às demandas impostas nesse contexto.

Para atender ao objetivo desta reflexão, o presente trabalho está dividido em quatro tópicos. No primeiro, faz-se uma incursão histórica mostrando como, quando e por que o sujeito louco foi

---

<sup>1</sup> Doutorando em Política Social na Universidade Federal Fluminense. Mestre em Educação, Cultura e Organizações Sociais pela FUNEDI-UEMG (2008), Graduado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2002), Especialista em Saúde Mental: Família e Comunidade pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2004). Docente no curso de Serviço Social na Faculdade Divinópolis - FACED e assistente social no Serviço de Referência em Saúde Mental - SERSAM - Divinópolis. E-mail: [ronaldosocial1@gmail.com](mailto:ronaldosocial1@gmail.com).

<sup>2</sup> Adotamos, neste texto, a expressão “portador de transtorno mental” por concordarmos com Rosa (2003), quando essa autora afirma que a palavra “portador”, por trazer em si um caráter mutante, acaba resgatando o sujeito em detrimento ao transtorno. Do mesmo modo, o termo “transtorno mental” “traz um caráter psicossociológico, dinâmico, mutável, diferente do termo doença, muito embora não seja menos controvertido do que este último” (ROSA, 2003, p. 38). Além disso, nossa opção se justifica também pelo fato de a nomenclatura “portador de transtorno mental” ter sido adotada pela Lei Federal Brasileira de Saúde mental 10.216, em vigência deste abril de 2001.

retirado de seu estado livre – quando circulava e compunha o cenário social – para ser alçado à condição de problema social, passando a ser excluído e enclausurado nos porões e muros das instituições psiquiátricas. No segundo, reflete-se sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, buscando mostrar como esse movimento social influenciou a atual política pública de saúde mental com sua proposta de implantar um modelo de assistência ao sujeito portador de transtorno mental baseado em uma rede de serviços de base comunitária, o qual depende da participação efetiva do grupo familiar. No terceiro momento, mostramos a família enquanto grupo social complexo que sofre mutações, influenciando e sofrendo influência do contexto social em que está inserido. Apresentamos também neste tópico as funções sociais da família e algumas variáveis que interferem no pleno funcionamento do grupo familiar. No quarto e último momento é mostrada a composição do sistema de proteção social brasileiro sob a ótica da seguridade social e sob a perspectiva da proteção social primária. Ainda neste último tópico, discutimos a importância da articulação dessas duas dimensões da proteção social, para que a família do portador de transtorno mental consiga cumprir o papel previsto para ela na política pública de saúde mental em vigência no Brasil.

## 2. Desenvolvimento

### *2.1 A construção histórica da marginalização do louco*

Embora assumam feições as mais diversas, e ocupe um lugar que dependa basicamente da cultura em que se encontra inserida, a loucura acompanha a trajetória da humanidade desde as mais remotas épocas.

Resende (*in*: COSTA e TUNDIS, 2001, p. 22), argumenta que, “nas sociedades pré-capitalistas, aptidão e inaptidão para o trabalho não eram um critério importante na determinação do normal e do anormal[...]. Isto porque as formas de organização do trabalho naquelas sociedades eram pouco discriminatórias para as diferenças

individuais”. Nesta época da história, segundo o mesmo autor, o louco gozava de liberdade e transitava pelos espaços sociais, de forma mais ou menos livremente.

Analisando a percepção do tempo e o uso deste pelo homem das sociedades pré-capitalistas, Thompson (1998) argumenta que, neste período ainda não se tinha a preocupação de se medir ou controlar o tempo de forma artificial. Cada comunidade pautava sua medição de tempo de acordo com a atividade que dava sustento ao grupo, isto é, os pescadores trabalhavam de acordo com as marés; os agricultores orientavam-se pelo sol; etc. Mais tarde, continua o autor, observou-se em diversos grupos sociais um sistema de orientação temporal por meio de tarefas, cuja essência prezava pela realização primeira das necessidades básicas.

Com o declínio dos ofícios artesanais e o surgimento da manufatura, iniciou-se, ainda que de forma incipiente, a divisão social do trabalho. Ao longo do tempo, tal divisão vai ficando cada vez mais rígida, exigindo do trabalhador uma rigorosa disciplina e um comportamento cada vez mais controlado (RESENDE *in*: COSTA e TUNDIS, 2001). Nesse contexto, “pela divisão do trabalho, multas, sinos e relógios, incentivos em dinheiro, pregações e ensino, supressão das feiras de esporte – formaram-se novos hábitos de trabalho e impôs-se uma nova disciplina de tempo” (THOMPSON, 1998, p. 297). A partir de então, as máquinas, em especial os relógios – “pequeno instrumento que regulava os novos ritmos da vida industrial” (THOMPSON, 1998, p. 297) – iriam reforçar a disciplina na produção.

Com isso, as exigências introduzidas pela divisão social do trabalho e pelo rígido controle do tempo terminaram por alijar do processo de produção muitas pessoas, entre elas, o louco. Tal alijamento acabou por categorizá-lo como um desqualificado para o trabalho, restando-lhe entregar-se ao ócio e a vagar pelas ruas das cidades, por vezes perturbando-lhes a ordem social. Assim, a loucura e a pessoa do louco foram paulatinamente alçadas à condição de problema social, justificando a criação de instituições para controlá-los. A partir de então, o sujeito louco passaria a ter seu trânsito pela cidade limitado, sendo confinado nos porões das

Santas Casas de Misericórdia e hospitais gerais (RESENDE *in*: COSTA e TUNDIS, 2001). Nestes termos, Foucault (2004, p.78) afirma que,

como medida econômica e precaução social, ela [a internação] tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido.

Para Resende (*in*: COSTA e TUNDIS, 2001), as ideias iluministas que culminariam, no final do século XVIII, com os ideais da Revolução Francesa e com a Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos, fizeram crescer o movimento de denúncias contra as internações arbitrárias dos loucos. Com aspectos característicos desta época iluminista, surgiria, assim, um movimento de reforma protagonizado, no caso específico da França, por Philippe Pinel, quem pela primeira vez libertaria os loucos de suas correntes e os separaria daqueles marginais que estavam com eles encerrados. A possibilidade de aglutinar os loucos em um mesmo espaço para conhecer e tratar suas loucuras permitiu, portanto, o nascimento da psiquiatria.

Para Amarante, (1995, p. 26), “a obra de Pinel estruturada sobre uma tecnologia de saber e intervenção sobre a loucura e o hospital” constitui a primeira nosografia, determina a organização do espaço asilar e impõe o tratamento moral. Assim, o hospital passa a ser uma instituição médica, e não mais social. Na análise de Castel (1978, *apud* AMARANTE, 1995, p. 25) a “tecnologia pineliana” estabelece a doença mental como problema de ordem moral e inaugura um tratamento alegadamente humanitário em que o louco passa a receber cuidado psiquiátrico sistemático (RESENDE *in*: COSTA e TUNDIS, 2001).

Para esses autores, as mudanças na lida com o doente mental introduzida por Pinel, nada mais teriam promovido senão a substituição da violência franca pela violência velada da ameaça e das privações. Ainda nas palavras de Foucault (2004, p. 47 e 48), “a problemática da loucura se vê, com isso, modificada. De um modo quase imperceptível, sem dúvida, mas decisivo. Ei-la agora colocada numa região de exclusão, da qual não se libertará, a não ser parcialmente [...]”.

Naturalmente, esse não foi um processo isento de oposições e resistências. Assim, ao longo da história, existiram alguns momentos em que houve resistências ao modelo excludente preconizado pelo hospital psiquiátrico. No entanto, mesmo com esses questionamentos, desde o Século XIX até as primeiras décadas do Século XX, as leituras sociais acerca da loucura permaneceram sem grandes alterações. Tal quadro só passaria a mudar, a partir da década de 1940, quando os questionamentos à eficácia do hospital psiquiátrico, bem como a sua proposta de tratamento, passaram a ganhar força. Nos dizeres de Desviat (1999, p. 23), foi

depois da Segunda Guerra Mundial, em tempos de crescimento econômico e reconstrução social, [...] e de maior tolerância e sensibilidade para com as diferenças e as minorias, que a comunidade profissional e cultural, por vias diferentes, chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico deveria ser transformado ou abolido.

É neste contexto que alguns projetos reformistas passaram a criticar e a propor reformas à instituição psiquiátrica. É consenso entre alguns autores, entre os quais Amarante (1995) e Desviat (1999), que as propostas de reformulação e de críticas ao modelo psiquiátrico vigente no pós II Guerra podem ser divididas em três grupos, assim, sumariamente apresentamos: o primeiro, embora criticasse a estrutura da instituição hospitalar pelos seus altos índices de cronificação de pacientes, teve como característica a crença de que o manicômio era uma instituição de cura e, por isso deveria ter este seu caráter positivo resgatado. Este resgate do

hospital psiquiátrico se daria através da organização interna da instituição e da recuperação de suas relações significantes. Compondo este primeiro grupo estariam as Comunidades Terapêuticas – EUA e Inglaterra – e a Psicoterapia Institucional – França, todas na década de 1940. Já o segundo grupo, era caracterizado pela extensão da psiquiatria junto ao espaço público, com a experiência reformista buscando organizar a instituição psiquiátrica e objetivando a prevenção e promoção da saúde mental. São exemplos desse segundo grupo a Psiquiatria de Setor – França – e a Psiquiatria Comunitária ou preventiva – EUA – todas dos anos de 1950. Cabe destacar em relação a esses dois grupos, que as quatro propostas reformistas mantinham a estrutura da instituição psiquiátrica, buscando apenas sua transformação e não sua superação.

Finalmente, o terceiro grupo, composto pela Antipsiquiatria – Inglaterra – e pela Psiquiatria Democrática – Itália –, ambas gestadas na década de 1960, tinham como característica uma crítica mais contundente à constituição do saber e da prática psiquiátrica. Tanto a Antipsiquiatria quanto a Psiquiatria Democrática preconizavam a desconstrução do aparato psiquiátrico como um todo, ou seja, seus saberes, suas relações de poder e dominação e suas instituições concretas como os hospitais psiquiátricos. Entretanto, apesar da semelhança das propostas destes dois projetos de reforma, somente a Psiquiatria Democrática conseguiu, de fato, efetivar a ruptura radical com o modelo psiquiátrico tradicional. Tal efetivação se deu com a liderança do psiquiatra italiano Franco Basaglia, na década de 1960, na cidade de Gorizia e nos anos 1970, no município de Trieste (DESVIAT, 1999).

Veremos nas próximas páginas deste texto que a reforma psiquiátrica brasileira será profundamente influenciada pelo modelo italiano, fazendo com que a atual política pública de saúde mental brasileira se oriente pela busca da superação do modelo centrado no hospital psiquiátrico, preconizando profundas mudanças na forma de abordagem e assistência ao portador de transtorno mental.

## *2.2 Entendendo a Reforma Psiquiátrica brasileira*

As ações e intervenções de Pinel para com o trato com os sujeitos loucos permitiriam, desde o século XIX, a emergência de uma assistência ao portador de transtorno mental centrada na internação psiquiátrica do paciente, ou seja, em um modelo assistencial marcado pela segregação e exclusão social. Modelo este que predominou também no Brasil até os anos 1970. Nestes termos, a partir da década de 1970, iniciou-se, no Brasil, uma série de questionamentos à eficácia da assistência à pessoa portadora de transtorno mental ofertada pelo modelo centrado no manicômio. Tais questionamentos foram acompanhados de inúmeras denúncias de corrupções, violências e maus tratos praticados contra os doentes mentais assistidos pelas instituições psiquiátricas. Nessa época, instaurou-se então, no Brasil, o que se convencionou chamar de movimento pela Reforma Psiquiátrica.

Inspirado na Psiquiatria Democrática italiana, tal movimento tinha (e ainda tem) como fundamentos, “não só uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização” (AMARANTE, 1995, p. 87). Tratava-se, pois, de uma reforma (ainda em processo) de toda as concepções e ações possíveis no campo da saúde mental e não só da psiquiatria.

Se durante boa parte da década de 1980, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se restringiu à tentativa de humanizar o atendimento prestado pelos hospícios; mais tarde, ampliou o seu horizonte, lutando pela desinstitucionalização da pessoa portadora de transtorno mental e pela criação de serviços substitutivos que visavam à devolução do sujeito ao seu núcleo sócio-comunitário de origem. Assim, o movimento pela Reforma Psiquiátrica, cada vez mais ganha força e adeptos, ocupando os espaços já existentes e criando outros.

É nesse contexto, que em 1987, foi instituída a data de 18 de maio como dia Nacional da Luta Antimanicomial. Nesse mesmo

ano foram realizados a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. Para AMARANTE (1995), a I Conferência Nacional em Saúde Mental marcou o início da trajetória da desinstitucionalização. Assim, novos atores, como os familiares, os próprios usuários, teóricos, voluntários e simpatizantes passaram a engrossar o movimento pela Reforma Psiquiátrica: “a questão da loucura e do sofrimento psíquico deix[ou] de ser exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades, das instituições, e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas concretas” (AMARANTE, 1995, p. 95).

Todo esse processo de luta culminou, em 1989, na elaboração do projeto de lei 3.657, do então Deputado Federal Paulo Delgado, o qual previa a extinção dos manicômios no Brasil. No entanto, esse projeto ficou parado nos arquivos do Congresso Nacional por doze anos. Enquanto isso, sem esperar a votação da lei, várias iniciativas foram sendo tomadas, na intenção de extinguir os manicômios. A repercussão social causada pelo projeto de lei foi imensa, gerando discussões e debates em diversos setores da sociedade e inspirando, inclusive, legislações estaduais e municipais com os mesmos preceitos do projeto inicial<sup>3</sup>. Nesse mesmo contexto, houve ainda a criação de inúmeras portarias ministeriais que passaram a regulamentar o funcionamento de diversos serviços de saúde mental e estabeleceram a corresponsabilidade – à luz da lei orgânica da saúde 8142/90 – entre os níveis estadual, municipal e federal do sistema de saúde.

No plano internacional, um aspecto também relevante foi o compromisso firmado pelo Brasil, reforçando a busca pela superação do modelo hospitalocêntrico, por ocasião da assinatura (e consequente adesão) em 1990, do documento que ficou conhecido como Declaração de Caracas. Tal documento resultou da Conferência Regional para Reestruturação da Atenção

---

<sup>3</sup> Segundo Duarte (2008, p. 68) “Na década de 1990, em estados como Ceará, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Rio Grande do Sul foram sancionadas diversas leis baseadas no Projeto de Lei n.º 3.657/89.”

psiquiátrica na América Latina<sup>4</sup> e se tornou norteador das políticas adotadas na área da saúde mental pelos governos dos países latino americanos, entre eles o Brasil.

Como se afirma em Brasil (2005), o compromisso firmado pelo país na Declaração de Caracas e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, marcaram um período em que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começou a ganhar contornos mais definidos. Foi nesse período que entraram em vigor, no país, as primeiras legislações regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros serviços substitutivos à internação hospitalar.

Um significativo passo na direção da ampliação e diversificação dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico foi a criação, em 1992, da Portaria SNAS n.º 224, que regulamentava o funcionamento dos serviços de saúde mental em seus diversos níveis de complexidade. Também foi nessa mesma portaria que se estabeleceu a incorporação de novos procedimentos no SIA-SUS e no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), ampliando a gama de métodos e técnicas terapêuticas já existentes tanto nos serviços ambulatoriais, especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), quanto nos serviços hospitalares, quais fossem: hospital dia, urgência e leitos psiquiátricos em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria. A Portaria 224 define os CAPS como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar [...] por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004a, p. 244)<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Essa Conferência foi promovida pela Organização Pan-americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS).

<sup>5</sup> Dez anos mais tarde, em 2002, a Portaria GM n.º 336, ampliou a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária e constituiu outras modalidades para os centros de atenção psicossocial: CAPS I, CAPS II, CAPS III, além de serviços específicos para alcoolistas e drogadictos (CAPS ad II) e para crianças e adolescentes (CAPSi II) (Cf. BRASIL, 2004a, p. 125-136).

Com isso, além dos CAPS, diversos outros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e comprometidos com os preceitos da Reforma foram implantados, tais como os serviços residenciais terapêuticos, as cooperativas de trabalho, os centros de convivência, entre outros.

Nesse sentido, a primeira década do século XXI começou com as consequências de tudo que foi promovido na década anterior. Tendo por base o já mencionado projeto de lei 3.657, em 06 de abril de 2001, foi aprovada a Lei Federal n. 10.216. Apesar da abertura para inegáveis avanços para a saúde mental brasileira, diferentemente do texto original, que previa a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, a nova lei, apesar de, por um lado, “afirmar vários direitos positivos dos usuários, por outro, deixa [va] uma brecha para a construção de novos hospitais psiquiátricos convencionais” (VASCONCELOS, 2006, p. 29).

De qualquer modo, configurada como a terceira lei federal no âmbito da saúde mental, a lei 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental e garantindo-lhes o direito de “ser tratados com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2004a, p. 17). Neste sentido, a lei 10.216 representa, no aspecto formal da trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma ação relevante, na medida em que determina, em âmbito nacional, os novos rumos da saúde mental. Rumos estes que apontam, de forma privilegiada, que a assistência, os serviços, o tratamento, enfim a atenção fossem de base comunitária e territorial.

Nestes termos, a concepção de território adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil para buscar organizar a rede de atenção em saúde mental baseia-se na ideia de que

um país, um Estado, uma cidade, um bairro, uma vila, um vilarejo são recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos. Território não é apenas uma área geográfica, embora sua geografia também seja muito importante para caracterizá-lo.

O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc) (BRASIL, 2004, p. 11).

Desse modo, em linhas gerais a política de saúde mental no Brasil avançou bastante e seguiu sua luta pela efetivação das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, priorizando a construção de uma rede de atenção integral em saúde mental.

### *2.3 A família e seu papel na rede de atenção em saúde mental*

Como vimos no tópico anterior, com o surgimento do Movimento pela Reforma Psiquiátrica inaugurou-se, no Brasil, uma tentativa de inversão do modelo de atendimento ao portador de transtorno mental, até então vigente. Assim, a assistência a essas pessoas passou a preconizar a diminuição progressiva de leitos manicomial e a criação de serviços substitutivos de atenção à saúde mental, objetivando uma gradativa modificação no modo de compreender, assistir e cuidar da pessoa acometida por transtorno mental. Desse modo, o efetivo alcance social da nova proposta de compreensão e cuidado ao sujeito portador de transtorno mental não se restringiu à área da saúde, passando a exigir uma convocação de outras políticas e setores da sociedade que tinham potencialidade para contribuir, de algum modo, com a saúde mental. Nestes termos, uma abordagem intersetorial dos diferentes aspectos que envolvem o transtorno mental passou a se fazer necessária, pois, além da saúde, as ações deviam envolver a moradia, o trabalho, o lazer, a geração de renda, a educação, enfim a construção de uma rede de suporte, sobretudo para as pessoas portadoras de transtorno mental em situação de maior vulnerabilidade social (MINAS GERAIS, 2007).

É nesse contexto que a rede de serviços assistenciais em saúde mental preconizada pelo movimento da Reforma Psiquiátrica passou a ser marcada pela busca da intersetorialidade entre as políticas de saúde, de assistência social, de previdência social, de educação, de trabalho, além da diversificação de serviços. Dentre

estes, destacamos alguns previstos pela política de saúde: as Residências Terapêuticas, os Centros de Convivência, o Programa de Volta pra Casa e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diversas modalidades; ou seja, CAPS I, II e III para adultos; CAPSi, para crianças e adolescentes; e o CAPSad, para usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

Conforme discutido por Amarante (1995) e Vasconcelos (2006), antes da criação desses serviços substitutivos à internação hospitalar psiquiátrica, a assistência pública ao portador de transtorno mental se dava exclusivamente dentro dos hospitais, uma vez que essa era a única modalidade assistencial financiada pelo governo. Já no novo paradigma proposto, o modelo de atenção psicossocial oferecido passou a ter como preceito principal a reinserção do paciente em seu meio sócio-comunitário de origem. Logo, ocorreu um deslocamento do espaço físico onde o tratamento do portador de transtorno mental deveria acontecer. Se outrora a assistência era ofertada única e exclusivamente dentro do manicômio; a partir do Movimento pela Reforma Psiquiátrica, o cuidado se vinculou à noção de cidadania e de direitos, passando a acontecer de forma simultânea nos serviços substitutivos e no contexto sociocomunitário de origem do usuário. Nota-se, portanto, que essa inversão do modelo assistencial apresentou uma proposta que depende de uma participação mais efetiva da sociedade como um todo. Isso porque, tal proposta preconiza a desinstitucionalização na perspectiva da desconstrução do aparato manicomial e

pode ser caracterizada pela predominância da crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria, onde 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 (AMARANTE, 2003, p. 20).

Assim, a desconstrução do manicômio é entendida como um conjunto de práticas multidisciplinares e multi-institucionais, exercida e reproduzida nos diversos espaços sociais, para muito além dos muros manicomiais (AMARANTE, 2003). Ou seja, para a

realização do cuidado ao portador de transtorno mental faz-se necessário entrar em cena outros atores presentes nas diversas dimensões do *território* mencionado no tópico anterior. É nesse contexto que a família passa a constituir-se como um dos importantes pontos da rede de cuidados ao portador de sofrimento mental.

Com isso, ocorre a convocação da família pela política pública de saúde mental para que a primeira passasse a integrar as ações assistenciais direcionadas ao portador de transtorno mental. No que diz respeito a essa nova modalidade de atendimento em saúde mental ancorada na família, bem como à entrada dessa instituição na agenda das políticas públicas, Carvalho (2003, p. 17) afirma que “há, no desenho da política social contemporânea, um particular acento nas microsolidariedades e sociabilidades sociofamiliares pela sua potencial condição de assegurar proteção e inclusão social”. Isso permite afirmar que, nos dias de hoje, o potencial protetor e relacional atribuído à família está sendo amplamente aproveitado pela política de saúde mental, fazendo do grupo familiar “um miniprestador’ de serviços de proteção e inclusão social” (CARVALHO, 2003, p.18). Aspecto este que, inevitavelmente, tem gerado críticas tanto de leigos, quanto de estudiosos do assunto. Assim, autores como Carvalho (2006) e Fontes (2007) advertem que o potencial apresentado pelas famílias não pode ser usado de forma a desresponsabilizar o Estado de seu papel de oferecer proteção social a todos os cidadãos. Principalmente àqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade social, como é o caso de muitos portadores de transtorno mental e suas famílias que, em muitos casos, “carecem de proteção para processar proteção” (CARVALHO, 2003, p. 19). Dito de outro modo, a capacidade de resposta da família do portador de transtorno mental à política pública de saúde mental dependerá da assistência e de ações básicas que o próprio grupo familiar receber das diversas políticas sociais das quais é ou deveria ser beneficiário.

### *2.3.1 Transformações na família e os impactos do transtorno mental neste grupo*

A organização e a estrutura da família não são estáveis. Assim, “não existe histórica e, antropológicamente falando, um modelo-padrão de organização familiar; não existe a família regular” (NEDER, *In.*: KALOUTIAN, 2004, p. 28). Esse grupo se altera constantemente, produzindo modificações na sociedade e se retroalimentando dessas mudanças. Endossando tal afirmação, Ricci (1989, p. 10) afirma que “as alterações nos valores e costumes trazem mudanças para a família, que as transmite para o indivíduo e que, por sua vez, interagindo com o contexto, contribui para novas transformações”.

As modificações pelas quais a família vem passando estão intimamente relacionadas com as mudanças pelas quais passa a sociedade. Nestes termos, Castells (1999) afirma que a família patriarcal – um dos modelos mais estáveis e tradicionais de família – vem sendo contestada desde o fim do século XX. Como indicadores dessa crise, o autor menciona:

a dissolução dos lares, por meio de divórcio ou separação dos casais. [...] A crescente frequência com que as crises matrimoniais se sucedem, assim como a dificuldade em compatibilizar casamento, trabalho e vida. [...] Fatores demográficos como o envelhecimento da população e diferença da taxa de mortalidade entre os sexos, surgindo uma grande variedade de estruturas domésticas. [...] A crescente autonomia das mulheres com relação ao seu comportamento reprodutivo (CASTELLS, 1999, p. 174 – 175).

Ainda a esse respeito, autoras como Coelho (2002), Kehl (2003) e Rosa (2003) afirmam que as mudanças na família contemporânea estão ligadas, sobretudo, às alterações do papel feminino na sociedade, decorrentes, principalmente, de mudanças engendradas no mercado de trabalho. Além disso, as alterações na relação de poder entre os gêneros masculino e feminino foram um importante passo na história da constituição da família contemporânea, já que

colocaram em cheque as bases da secular família patriarcal. Nos dizeres de Maria Rita Kehl,

a família “hierárquica”, organizada em torno do poder patriarcal, começou a ceder lugar a um modelo de família onde o poder é distribuído de forma mais igualitária: entre o homem e a mulher, mas também, aos poucos, entre pai e filhos. Se o pátrio poder foi abalado, é de se supor que algum deslocamento tenha ocorrido do lado das mulheres – a começar pelo ingresso no mercado de trabalho, com a conseqüente emancipação financeira daquelas que durante tantas décadas foram tão dependentes do “chefe da família” (KEHL *In.*: GROENINGA; PEREIRA, R. 2003, p. 164).

Nestes termos, a ampliação do acesso feminino no mercado de trabalho<sup>6</sup>, a conquista do direito à participação política, à ascendência à educação superior, enfim, essa extensão do espaço de atuação da mulher por territórios que outrora fora exclusivamente masculino, significou para ela “superar as barreiras entre o público e o privado, principais elementos responsáveis pela submissão de um gênero ao outro” (PEREIRA, 2003, p. 105).

Outra mudança intimamente ligada ao universo feminino e que interferiu na organização familiar foi o advento e disseminação do uso da pílula anticoncepcional. Isso porque tal invenção possibilitou à mulher “atentar contra o caráter sagrado do sêmen masculino [...], controlar o número dos nascimentos e se recusar a colocar no mundo, da puberdade à menopausa, um número ilimitado de filhos” (ROUDINESCO, 2003, p. 154). Assim, a invenção da pílula também contribuiu para um maior favorecimento do ingresso da mulher no mercado de trabalho, conferindo-lhe o poder de decisão e de priorizar, de acordo com o seu interesse, ser mãe ou ser trabalhadora. Logo, o impacto de tudo isso no perfil demográfico da família foi significativo.

---

<sup>6</sup> Destacamos aqui que ainda hoje, as mulheres não conquistaram plena igualdade de direitos no mundo do trabalho. Além de sua remuneração ser inferior em relação ao homem para a execução de um mesmo tipo de trabalho, elas também sofrem com a chamada dupla/ tripla jornada, ou seja, ocorre o acúmulo do seu trabalho fora de casa com a responsabilidade pelos afazeres domésticos e cuidados com os filhos.

Inserida nesse contexto, a família brasileira contemporânea veio se desenhando e redesenhando desde as primeiras décadas do século XX, de modo metamórfico, o que acabou por conferir-lhe, nos dias de hoje, multifacetadas. Assim, cada vez mais o termo família deve ser entendido numa acepção plural, em face da grande variedade de arranjos familiares possíveis de se formarem. Como exemplo dessa diversidade de modelos familiares, podemos citar o estudo de Fonseca (2002), no qual esta autora argumenta que a família nuclear – um tipo de arranjo familiar considerado comum na sociedade brasileira – não tem se mantido com as mesmas características de alguns anos atrás. Deste modo, afirma a autora “o modelo nuclear não reina da mesma forma que há trinta anos [...]. Há fissuras no edifício desse ideal, abrindo brechas para pensar a normalidade de elementos diversos: de pais homossexuais, bebês de proveta, famílias recompostas [...] e avós-criadeiras” (FONSECA, 2002, p. 6).

Segundo Kaloustian (2004), independente da diversidade de modelos e arranjos familiares existentes, a família é uma instituição que tem como função promover a socialização de seus componentes e a transmissão de valores éticos, morais e culturais para os mesmos. Para este autor, é na família que o indivíduo vivencia sua primeira experiência de conviver em grupo, moldando sua identidade pessoal. É esse grupo que oferece a seus membros uma quantidade de afeto e de materiais necessários aos seus desenvolvimentos e bem-estar.

Assim, a diversidade de arranjos familiares existente, sua complexidade, suas constantes mutações, somadas a toda uma gama de variáveis internas e externas à família, como por exemplo: a problemática social de desemprego, a violência urbana, a ausência de políticas públicas adequadas às necessidades específicas das famílias e outras mazelas sociais, acabam por afetar, de algum modo, a plena capacidade de funcionamento do grupo familiar. Esse comprometimento pode ser ainda mais agravado devido a fatores outros, como, por exemplo, o transtorno mental grave.

Nestes termos, as variáveis anteriormente mencionadas são potencialmente ricas em criarem barreiras adicionais ao

desenvolvimento normal do grupo familiar. Com isso, os recursos pessoais e financeiros ficam prejudicados, tornando-se muito mais difícil para a família responder às demandas do cotidiano, inclusive aquelas demandas apresentadas pela política pública de saúde mental em fazer das famílias um dos principais pontos da rede de assistência ao portador de transtorno mental.

#### *2.4 Proteção social, família e saúde mental*

Como discutem Boschetti (2009) e Fleury (2006), o sistema de proteção social no Brasil foi substancialmente modificado após a Constituição Federal de 1988. Tal sistema passou a ser organizado com base no modelo de seguridade social, introduzindo a noção de direitos sociais universais – pelo menos no caso da saúde – como um dos elementos estruturantes da cidadania. Se antes o direito social era garantido somente aos beneficiários da previdência, a partir de 1988, o modelo de seguridade social traz a possibilidade de ampliá-los. Nestes termos, a proteção social, através da seguridade social, aparece inscrita no texto da Constituição Federal brasileira como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinado a assegurar direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (MINAS GERAIS, 2002, p. 44). Com isso, o direito à previdência social passa a ser garantido a todos os contribuintes; a Saúde passa a inscrever-se na universalidade do direito; e a assistência social passa a garantir o direito a quem dela necessitar<sup>7</sup>. Desse modo, a definição da proteção social sob a perspectiva da seguridade social

busca romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir

---

<sup>7</sup> Considerando os limites deste texto, não debateremos aqui os problemas enfrentados pela seguridade social brasileira para ser implantada na prática, tal qual foi lograda no texto legal da Constituição de 1988 e das leis orgânicas da saúde da previdência e da assistência social. A esse respeito, sugerimos o texto de Sônia Fleury intitulado “*A Seguridade Social inconclusa*”, e o texto de Ivanete Boschetti “*Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação*”, ambos referenciados na bibliografia deste trabalho.

das necessidades, com fundamentos nos princípios da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais (FLEURY, 2006, p. 03).

A despeito desses avanços legais, sabe-se que os direitos sociais no Brasil encontram barreiras diversas<sup>8</sup> para serem materializados no cotidiano dos cidadãos. Reconhece-se, dessa forma, a importância das redes sociais localizadas em campos de sociabilidade da esfera privada, composta por família, vizinhos, amigos e etc. A esse respeito, Carvalho (2003, p. 17) defende que “no Brasil, as sociabilidades sociofamiliares e as redes de solidariedade por elas engendradas nunca foram descartadas. É que elas foram e são, para as camadas populares, a sua condição de resistência e sobrevivência”

Assim, pensar a questão da proteção social para o sujeito acometido pelo transtorno mental e sua família remete-nos a um entendimento acerca da proteção social que se constrói a partir do desenvolvimento de ações articuladas entre o Estado e a sociedade civil para fazer frente às necessidades desses cidadãos. Isto é, uma forma de protegê-los minimizando o impacto dos riscos associados a eventos como doenças, acidentes, morte, desemprego, envelhecimento, etc. Nesse sentido, Castel (2005) conceitua os sistemas de proteção social a partir da distinção entre sociabilidade primária, localizada na esfera privada (ações realizadas pela família, pela vizinhança e grupo de trabalho) e sociabilidade secundária, situada no âmbito público (ações realizadas pelo Estado).

Como já mencionado, os transtornos mentais – sobretudo aqueles severos e persistentes – são eventos que colocam o seu portador em situação de vulnerabilidade social, prejudicando suas relações sociais e afetando sua capacidade produtiva e de geração de renda. Assim, o acometimento do transtorno, de um modo geral, acaba por impactar negativamente o funcionamento do grupo familiar, afetando-o em sua dinâmica interna e também nos

---

<sup>8</sup> Cabe destacar que o final dos anos de 1980 e início da década de 1990 configuraram-se em um período de tendências antagônicas entre si. Por um lado, assiste-se a retomada da democracia e a ampliação dos direitos sociais; por outro, temos o avanço do projeto neoliberal preconizando o desmonte e precarização das políticas públicas e o encolhimento das responsabilidades do Estado.

aspectos sociais e econômicos. Nesses termos, configura-se a importância da tríade saúde-assistência social-previdência social integrantes da Seguridade Social, além das ações no âmbito da Proteção Social primária. Isso porque, a articulação dessas duas dimensões é capaz de contribuir para o fortalecimento do grupo familiar, permitindo que este consiga oferecer cuidado de qualidade ao portador de transtorno mental.

Deste modo, a saúde estruturada a partir do princípio da universalidade do atendimento e da integralidade das ações tem importância capital para o portador de transtorno mental e suas famílias. Como vimos no início deste texto, os direitos do portador de transtorno mental vêm se consolidando, sobretudo no âmbito da saúde. Alguns serviços como os Centros de Atenção Psicossocial têm sido de fundamental importância para ajudar as famílias a enfrentarem os momentos tensos da crise dos pacientes. Outra estratégia de atendimento ao acometido por transtorno mental no âmbito da saúde é o Programa de Volta pra Casa, destinado a pacientes vítimas de longas internações hospitalares<sup>9</sup>.

Já a Assistência Social, embora não seja universal como é a saúde, oferece programas e serviços gratuitos – independentes de contribuição à seguridade social – que visam oferecer proteção à família e a pessoas em situação de vulnerabilidade social. Assim, a assistência social visa garantir meios de subsistência às pessoas que não tenham condições de prover o próprio sustento, como é o caso de muitos acometidos por transtornos mentais. Nesse caso, a garantia de um salário mínimo mensal na forma de um Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>10</sup> constitui uma relevante estratégia de transferência direta de renda para a pessoa portadora de transtorno

---

<sup>9</sup> O Programa de Volta para Casa “é um programa de reintegração social de pessoas acometidas de transtornos mentais, egressos de longas internações [...], que tem como parte integrante de suas ações o pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial” (BRASIL, 2003, p. 04).

<sup>10</sup> Previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social em 1993, consiste no repasse direto pelo Governo Federal de um salário mínimo mensal ao idoso (com 65 anos ou mais) ou à pessoa com deficiência que comprove incapacidade para a vida independente e para o trabalho. Embora seja um benefício individual, sua concessão depende da renda familiar, ou seja, um dos critérios para o acesso ao BPC é a renda per capita familiar ser inferior a ¼ do salário mínimo vigente. Vale destacar que o baixo valor da per capita exigido acaba por se configurar em um critério que limita sobremaneira o número de pessoas beneficiadas.

mental cuja família não a possui, ou a possui de forma insuficiente, para garantir o mínimo necessário à sobrevivência.

Já a Previdência Social, com sua cobertura mediante contribuição pretérita, oferece, como se sabe, proteção social ao trabalhador que se aposenta ou que, por algum motivo, como por exemplo, o transtorno mental, fica impossibilitado de trabalhar. Nesses casos, os benefícios previdenciários de auxílio-doença e até mesmo a aposentadoria por invalidez, para os casos de adoecimento mental extremamente grave – têm garantido renda para alguns portadores de transtorno mental.

Cabe destacar ainda, que o apoio social proporcionado pelas redes sociais, enquanto instrumento que mobiliza recursos para além das instituições localizadas no Estado e no mercado, tem importante função no tratamento e apoio aos portadores de transtorno mental e seus grupos familiares. Estes recursos materializados cotidianamente em cuidados gerais para o tratamento e acompanhamento dos acometidos pelos transtornos mentais são extremamente importantes para quem vivência o transtorno mental em seu dia-a-dia.

Ressalta-se, finalmente, que esses mecanismos advindos da rede de atenção primária, não podem ser vistos como substitutivos às ações do Estado e sim como uma estratégia complementar de proteção social.

## **Conclusão**

Na reflexão aqui apresentada mencionamos que a família, independentemente da forma do seu arranjo, tem cada vez mais ocupado um lugar de destaque na política social. Tal situação fica evidenciada também na política pública de saúde mental na qual o grupo familiar é, hoje, parte integrante das ações desenvolvidas nesta área.

Nesse contexto, conforme procuramos argumentar neste trabalho, um sistema de proteção social que se fundamenta no desenvolvimento de ações articuladas entre o Estado e a sociedade

civil para fazer frente às necessidades dos cidadãos se revela como elemento fundamental não só para fortalecer o grupo familiar em situação de vulnerabilidade, mas também para auxiliá-lo na resposta, com qualidade, às demandas impostas pela política pública de saúde mental. Naturalmente, outras ações da parte do Estado são necessárias para que a família possa contribuir de forma positiva à sua participação na política de reinserção social do sujeito portador de transtorno mental. No entanto, a materialização do sistema de proteção social na perspectiva que tratamos nesta reflexão constitui um passo inicial relevante.

## **Referências Bibliográficas**

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (coord.). (1995). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

\_\_\_\_\_. Paulo Duarte de Carvalho. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In. CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABPESS. 2009.

BRASIL, Ministério da saúde. **Manual do programa De Volta Para Casa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental**: 1990-2004. 4. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental**: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC / Cortez, 2003.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica sobre o salário. 5 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade**, São Paulo: Paz e Terra, 1999.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, Editora Fio Cruz (Coleção Loucura e Civilização), 1999.

DUARTE, Ronaldo Alves. **[Re]tratando a família: reflexos e reflexões sobre família e saúde mental**. 2008, 186 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais) – Fundação Educacional de Divinópolis – Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, 2008.

FLEURY, Sônia. **A seguridade social inconclusa**, 2006. Disponível em <http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/Seguridade.pdf> Acessado em 11/08/2013 às 18:55hs.

COELHO, Virginia Paes. **O trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 71, p. 63-79, Set. 2002.

FONSCECA, Cláudia. **Mãe é uma só?** Reflexão em torno de alguns casos brasileiros. Revista Psicologia USP, Vol. 13, n. 2, São Paulo, 2002. Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

FONTES, Breno Augusto Souto Maior. **Redes sociais e saúde:** sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais. N. 26. 2007. p. 87-102.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 7. ed. Tradução de José Teixeira Coelho Neto. São Paulo, Perspectiva, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro 1975.

KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 6 ed. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: UNICEF, 2004.

KEHL, Maria Rita. Em defesa da família tentacular. In: GROENINGA, Giselle Câmara; PEREIRA, Rodrigo da Cunha (coord.). **Direito de Família e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 163-176.

MINAS GERAIS, Conselho Regional de Serviço Social – 6ª região. **Coletânea de leis**. Belo Horizonte: CRESS, 2002.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Linha Guia de Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2007.

NEDER, Gizlene. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (org.). **Família brasileira, a base de tudo**. 6 ed. São Paulo: Cortez: Brasília, DF: UNICEF, 2004. p. 26-46.

PEREIRA, Rodrigo da Cunha. **Direito de família**: uma abordagem psicanalítica. 2 ed. Rev. Atual. Amp. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário; TUNDIS, Silvério Almeida; (orgs). **Cidadania e Loucura**: políticas da saúde mental no Brasil. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p.15-74.

RICCI, Maria Beatriz Rios. **O trabalho do assistente social em instituição com famílias de portadores de excepcionalidades** – Uma proposta, 154 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - PUC – SP, 1989.

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

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2003. 199 p. Título original: *La famille em désordre*.

THOMPSON, Edward Palmer. **Costumes em comum**: Estudo sobre a cultura popular tradicional. São Paulo: Cia da Letras, 1998.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Breve periodização do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente. In:\_\_\_\_\_. **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 19-34.

Recebido em 28/08/2013 e  
aceito em 05/04/2014.

---

**Resumo:** *Este artigo apresenta uma reflexão que se fundamenta em nossa experiência profissional como assistente social de um Centro de Atenção Psicossocial, na qual atuamos prioritariamente com famílias e em um diálogo com autores que discutem seguridade social e política de saúde mental no Brasil nos dias atuais. Assim, fundamentados em uma revisão bibliográfica atualizada, defendemos o argumento de que os direitos sociais preconizados pelo atual sistema de seguridade social brasileiro aparecem como elementos fundamentais não só para fortalecer o grupo familiar em situação de vulnerabilidade, mas também para auxiliá-lo na resposta, com qualidade, às demandas impostas pela política de saúde mental.*

**Palavras-chave:** *Família, Política Pública de Saúde Mental, Portador de Transtorno Mental, Proteção Social.*

---

**Title:** The importance of social protection for the family of patients with mental disorder in the context of the Brazilian public policy on mental health

**Abstract:** This article presents a reflection that is based on our professional experience as a social worker of a Psychosocial Care Center, in which we work mainly with families, and in dialogue with authors who discuss social and mental health policy security in Brazil today. Thus, based on an updated literature review, we defend the argument that social rights advocated by the current Brazilian social security system appear as key not only to strengthen the family unit in a vulnerable situation, but also to help this family take a qualified answer to the demands imposed by the mental health policy in Brazil.

**Keywords:** Family, Public Mental Health Policy, Bringer of Mental Disorder, Social Protection.

---