

FACULDADE LABORO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

MARLYANE DE JESUS LOBATO ALMEIDA
NAJARA FERREIRA
WESLEY RAFAEL DA CRUZ DURANS

A ESQUIZOFRENIA E A IMPORTANCIA DA FAMILIA: aspectos de inclusão social

São Luís
2015

MARLYANE DE JESUS LOBATO ALMEIDA
NAJARA FERREIRA
WESLEY RAFAEL DA CRUZ DURANS

A ESQUIZOFRENIA E A IMPORTANCIA DA FAMILIA: aspectos de inclusão social

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial Faculdade Laboro / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Elinor Alves Gama

São Luís
2015

Almeida, Marlyane de Jesus Lobato; Ferreira, Najara; Durans, Wesley Rafael da Cruz

A esquizofrenia e a importância da família: aspectos de inclusão social / Marlyane de Jesus Lobato Almeida; Najara Ferreira; Wesley Rafael da Cruz Durans -. São Luís, 2015.

Impresso por computador (fotocópia)

22 f.

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Faculdade LABORO / Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção de Título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. -. 2015.

Orientadora: Dra. Mônica Elinor Alves Gama

1. Esquizofrenia. 2. Saúde mental. 3. Inclusão social. 4. Relações sociais.
I. Título.

CDU: 616.89

MARLYANE DE JESUS LOBATO ALMEIDA
NAJARA FERREIRA
WESLEY RAFAEL DA CRUZ DURANS

A ESQUIZOFRENIA E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA: aspectos de inclusão social

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial Faculdade Laboro / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Mônica Elinor Alves Gama (orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

1° Examinador

2° Examinador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	06
2	BREVE APRESENTAÇÃO DO PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA .	10
3	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA E A DOENÇA MENTAL .	11
4	O GRUPO DE FAMILIARES E O CUIDADO COM O PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO	14
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
	REFERÊNCIAS	22

A ESQUIZOFRENIA E A IMPORTANCIA DA FAMILIA: aspectos de inclusão social

Marlyane de Jesus Lobato Almeida
Najara Ferreira
Wesley Rafael da Cruz Durans

RESUMO

No presente artigo propõe-se apresentar de maneira clara e objetiva a temática da esquizofrenia ressaltando a importância da família e seus aspectos de inclusão social. A esquizofrenia causa muito sofrimento ao paciente e as pessoas ao seu redor, onde acabam todos se tornando vítimas da doença e causa de preconceito. A reinserção social, inclusão da família e da comunidade no tratamento são recursos utilizados para a promoção da saúde mental, para que os portadores de transtornos mentais tenham uma melhor qualidade de vida social. Ao abordamos os aspectos que levam a vida de pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, enfatizamos a participação e o comportamento de atividades comunitárias e de lazer e a interação interpessoal com familiares e amigos.

Palavras-chaves: Esquizofrenia. Saúde mental. inclusão social. Relações sociais.

ABSTRACT

In the present article proposes to present a clear and objective way the theme of schizophrenia highlighting the work of the mental health professional in aspects of social inclusion. Schizophrenia causes much suffering to the patient and the people around you, where all end up becoming victims of the disease and because of prejudice. The social reintegration, inclusion of family and community treatment resources are used for the promotion of mental health so that people with mental disorders have a better quality of social life. When we address the aspects that lead the life of patients with schizophrenia, we stress the participation and behavior of community and leisure activities and interpersonal interaction with family and friends.

Keywords: Schizophrenia. Mental health. Social inclusion. Social relations.

1 INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo apresentar a situação dos esquizofrênicos em meio à sociedade tomando como base aspectos culturais e familiares, classificando a psicopatologia esquizofrenia segundo o CID -10, onde “os transtornos esquizofrenia são caracterizados em geral por distorções fundamentais e características de pensamentos e percepções e por afeto inadequado ou embotado, a perturbação envolve as funções mais básicas que dão a pessoa normal um senso de individualismo único e direção de si mesmo”, A classificação é: Paranóide, Hebefrênica e Simples.

Considerando que a esquizofrenia não tem cura e afeta tanto homens quanto mulheres, costuma dar seus primeiros sinais a partir dos 18 anos. É justamente nessa fase que a pessoa está entrando no mercado de trabalho ou começando uma faculdade, onde no caso dos esquizofrênicos passam a sofrer dificuldades. Para o entendimento deste assunto é necessária a definição de fatores históricos, sociais e culturais.

No Brasil, entre as décadas de 1970-80, ao lado das lutas sindicais surgiram novos movimentos que lutavam pelos direitos dos negros das mulheres dos homossexuais e de outros grupos vulneráveis, entre estes grupos, surgiu o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, iniciado da década de 1970. Objetivado pela discussão acerca das características da assistência psiquiátrica oferecida nos manicômios às pessoas com transtornos mentais no Brasil. O manicômio como uma instituição total, revelou-se desde a criação como um espaço de violência e arbitrariedade sobre as pessoas que acolhia. Sua estrutura se apresenta como desumana e ineficiente por seus resultados desastrosos, constituindo-se um lugar de sofrimento e dor, onde os pacientes, sem direito à defesa são submetidos a maus tratos, privação de sua liberdade, de seu direito à cidadania e à participação social. Esta luta foi aderida não somente pelos profissionais da área como também pelos usuários do serviço, tendo como principal conquista a circulação do sujeito no campo social. Foi um movimento que procurou estabelecer a socialização.

Existe a ideia de que o louco precisa adaptar-se à vida fora dos hospitais, mas esse movimento é necessário também por parte da sociedade que vai

receber. Não se pode esperar que o louco se enquadre ao neurótico, mas a convivência é possível. (FERREIRA. 2007 p.23)

A luta pela Reforma Psiquiátrica se liga a estratégias de difusão e ampliação das inovações institucionais constituídas no campo da saúde mental. No interior desse movimento visualizam-se as associações, usuários e familiares bem como os movimentos sociais que tem como bandeira a luta antimanicomial. Esses espaços constituem-se uma identidade coletiva orientada para uma ação política dirigida à conquista de uma maior visibilidade social dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Com o avanço da tecnologia e sua influência sobre todas as áreas inclusive no avanço da saúde mental, o paciente com algum tipo de transtorno psicológico recebe tratamentos que o incentivem a procurar sua inserção na sociedade. Marcada por preconceitos e desigualdades sociais ao passo que os esquizofrênicos são classificados como inferiores em relação aos que não apresentam distúrbios mentais.

O principal teor de inclusão social dos esquizofrênicos são os aspectos familiares (relação família – paciente), pois a esquizofrenia é entendida como causada por eventos externos em relação ao indivíduo doente, onde a doença é percebida como um problema de toda a família e não apenas do enfermo. O paciente esquizofrênico sofre com sua condição e sua família também não há como isto ser evitado. Esta é vista como desestruturada fria, indiferente ou mesmo hostil ao paciente ao paciente. Da mesma forma que o paciente esquizofrênico sofre duas vezes, pela doença e pelo preconceito, e incompreensão social. A família é o principal elemento no cuidado dos pacientes esquizofrênicos, pois estes ficam cada vez mais com seus familiares.

Independente de seus desejos, os familiares tem que traduzir o mundo para o seu familiar esquizofrênico, e às vezes funcionam como psicoterapeutas consolando ajudando, aconselhando e guiando o seu parente doente. (SEEMAN, 1988 p-32).

Outro fator que influencia na inclusão dos esquizofrênicos na sociedade, são os aspectos culturais. Pesquisas feitas Chaves (2001) hipotetizam as diferenças em relação ao risco (incidência) que está relacionado com o vinculo entre a cultura da sociedade e a versão particular do esquizofrênico enquanto a evolução está

relacionada aos aspectos de organização social e os obstáculos que uma cultura coloca nos modos como o indivíduo com esquizofrenia retornam aos seus papéis normais. “Como a cultura não é algo estático, nem uma mera variável, o que precisa ser caracterizado é o tipo de experiência que a cultura fornece para aqueles indivíduos mais propensos em admitir esquizofrenia”. (CHAVES, 2001 p.222).

A hipótese de que os sintomas da esquizofrenia podem ser expressos diferentemente em cada cultura, vem sendo estudada por psiquiatras transculturais. Esta hipótese levanta a questão do relativismo cultural, que é representado através das seguintes ideias: mesmo que o quadro clínico aparente ser ligeiramente diverso a forma da esquizofrenia é universal, desde que se leve em consideração linguagem e cultura apresenta uma influência importante na programação do cérebro: a esquizofrenia é exclusivamente concebida enquanto produto de atributos sociais, já que a cultura é caracterizada pela forma de sentir, pensar e agir. Assim através da cultura tentam explicar a razão dos sintomas dos esquizofrênicos.

Os pacientes psiquiátricos, hospitalizados por longos períodos, têm estratégias de sobrevivência na comunidade, mas algumas destas demonstram uma “auto - exclusão” como exemplo, a tendência ao isolamento social, indiferença ao trabalho rede social limitada. Apesar de a ideia parecer uma auto – exclusão, ela na verdade pode ser vista como uma estratégia bastante sensata a partir do instante em que tais pessoas permanecem vinculadas ao grupo de ex psiquiátricos na busca de identificar-se com os demais em relação aos valores, recursos e experiências em comum. Através destas tentativas de inclusão quando o enfermo demonstra algum sintoma de recaída em relação a suas estratégias, um dos fatores que podem vir a ser apresentados pelo paciente é alguma deficiência no trabalho, onde as pessoas de seu convívio logo o afastam. Como os primeiros sintomas aparecem entre a adolescência e o início da fase adulta, cada vez mais cedo, essas pessoas estão fora do mercado de trabalho. A inserção do paciente esquizofrênico no mercado de trabalho é um dever de toda a sociedade, pois eles podem ser produtivos.

A psicologia e a medicina há muitos anos tentam explicar e entender a esquizofrenia, na tentativa de responder à sociedade suas dúvidas. Segundo alguns pensadores da área da psicologia, o problema da doença mental parece estar no olhar na maneira de encarar a realidade: visão de si mesmo, do outro, da sociedade e das coisas ao seu redor. Este olhar do esquizofrênico possui como principal aspecto a percepção da realidade alterada. Em outras palavras, a realidade seria

diferente para o esquizofrênico. Isto envolve enxergar em sua vida coisas ora assustadoras, ora prazerosas, mas que aos olhos demais não existem. E também envolve não conseguir perceber o que todas as demais pessoas enxergam do mesmo que elas compreendem os fatos como certo ou errado, justo ou injusto bom ou ruim e assim por diante.

Desta maneira a pessoa que sofre de esquizofrenia sente-se excluída também por não conseguir compartilhar da mesma visão da sociedade, e, por outro lado ao sentir-se mal compreendida em sua visão particular. Viver em um mundo exclusivo onde ninguém mais enxerga o que se pode “ver” em seus delírios é em si propiciador de sofrimento. Pois o ser humano precisa se sentir parte de um grupo compreendido, amado e aceito. Também precisa se sentir semelhante aos outros em algum aspecto para adquirir uma identidade social considerando que o ambiente social deve ser bem estruturado.

Apesar de todas as características da doença, o tratamento traz bons resultados. Por isso, o esquizofrênico pode seguir uma vida semelhante a qualquer outro indivíduo como: estudar, trabalhar, namorar, casar ter uma vida em sociedade. A adesão ao tratamento não é uma tarefa fácil, pois inclui, além de medicações de alto custo comparecimento às sessões de psicoterapia e cumprimento de uma agenda de tarefas propostas que deverão ser mantidas ao longo de sua vida. Pacientes que não aderem ao tratamento são mais vulneráveis aos riscos que a doença oferece, onde esta vulnerabilidade poderá ocasionar a morte e a sua principal causa é o suicídio, sendo mais frequentes em homens por se sentirem mais sozinhos e sem esperanças.

O atual grande desafio dos profissionais da saúde é a conscientização da sociedade de que diferentes olhares podem também ser somados de modo muito rico. E cada profissional possui um papel importante nesta proposta de inclusão social da doença mental. Aos demais cidadãos ficam a tarefa de entender que o sofrimento psicológico é algo que existe em todos nós e se manifesta de diferentes maneiras e intensidades. Isto nos permite compreender que a pessoa com esquizofrenia precisará de ajuda e cuidado, apoio e tratamento adequado. Excluí-la da sociedade é destruir seus últimos recursos de sobrevivência emocional. Aceitá-la, respeitá-la e compreendê-la como um ser em sofrimento constante que deverá ser tratado pelo profissional da saúde, talvez seja o primeiro dos muitos passos para um caminho mais acolhedor e terapêutico. O olhar esquizofrênico da vida é diferente,

mas sim pode enriquecer olhares já cansados da nossa civilização ao se depararem com uma realidade carente de compreensão, afeto e de solidariedade como se este fosse um caminho para não ser louco e sim civilizado.

2 BREVE APRESENTAÇÃO DO PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

O sistema manicomial constituiu-se com base num modelo hospitalocêntrico que visava a tratar os chamados "doentes mentais". Esse modelo foi produzido pelo discurso médico que adotava como prática de tratamento dos pacientes o eletrochoque, a convulsoterapia, entre outros. Segundo Foucault (1999), o discurso médico designava a loucura como anormalidade e desrazão. Assim, foram criados hospitais psiquiátricos para conter e tratar os sujeitos acometidos pela doença mental, o que era visto como uma forma de proteção à sociedade, uma vez que os "loucos" eram percebidos como ameaça.

A loucura como anormalidade e o aparato manicomial como objeto da razão permaneceram por quase dois séculos. No século XX manifestações de críticos passaram a questionar o tratamento destinado aos doentes mentais e o sistema manicomial. As maiores críticas aconteceram diante do poder médico e de suas práticas de exclusão do sujeito. Vasconcelos (2002, p. 49-50) diz que era necessário "uma revisão dos paradigmas, que reduziram e aprisionaram a loucura como objeto de um saber exclusivamente médico e a superação das formas assistenciais segregadoras, dentro do sistema público de saúde, que desrespeitam a cidadania do louco". Dessa forma, surgiram movimentos a favor da reforma psiquiátrica, que queriam novas formas de tratamento à doença mental, inserindo os doentes na sociedade. A partir desses movimentos, novos discursos e novas práticas passaram a sustentar a relação da loucura com a sociedade.

Segundo Vasconcelos (2002), a reforma psiquiátrica busca transformar o paradigma de saber da saúde mental e a assistência prestada nessa área. Como os hospitais psiquiátricos produziram efeitos antiterapêuticos, foram adotadas novas estratégias, como serviços comunitários que atendem às demandas psicológicas e sociais do usuário em crise. Para esse autor o objetivo da reforma é renovar os cuidados prestados em saúde mental.

A sociedade está sendo convidada a refletir e a reconstruir os (pré) conceitos diante da doença mental. Nesse contexto, existem grandes modificações

como a participação dos familiares no tratamento, quando discutem, trocam informações com a equipe e com outros familiares e participam/organizam encontros para discutir temas de saúde mental.

A nova lógica de atenção à saúde mental requer compreender o sujeito como um todo, como um ser que sofre, que enfrenta momentos desestabilizadores, como separação, luto, perda de emprego, carência afetiva, entre outros problemas cotidianos que podem levá-lo a procurar ajuda. Dessa forma, este modelo deve prestar uma atenção à saúde voltada à integração social do sujeito, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. Assim, família e comunidade servem como suporte fundamental para que o sujeito crie vínculos, produzindo novos modos de viver em sociedade revertendo o modelo manicomial.

Tendo em vista a organização e o funcionamento dos serviços de saúde propostos pelo SUS, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) constituem uma política de reorientação da atenção à saúde mental em nível nacional, estando diretamente interligada com os governos municipais e estaduais.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), o CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário que faz parte da rede que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como usuários pessoas que sofrem de psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e persistência da doença justificam sua permanência num centro que possibilite cuidado intensivo, interação com os demais pacientes e promoção da vida integrativa na sociedade.

O processo de Reforma Psiquiátrica tem avanços e limitações, enfrentando obstáculos diante da desconstrução do modelo manicomial. As principais mudanças geradas pela implantação dos novos serviços de atenção à saúde mental estão relacionadas com a cidadania dos usuários, a valorização da inserção dos familiares no tratamento e o processo de desmistificação da loucura junto à comunidade.

3 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA E A DOENÇA MENTAL

Para falar sobre o cuidado em saúde mental no âmbito familiar é imprescindível que se faça uma apresentação da família moderna. Segundo Beltrame e Bottoli (2010), a família moderna constitui-se através do progresso da vida privada, ou seja, a família assume um espaço maior em detrimento da

sociedade. Assim, é importante considerar que, "a relação da família com o portador de transtorno mental é historicamente construída" (ROSA 2003, p. 28), sendo que nem sempre foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar que adoece mentalmente.

Nas sociedades pré-capitalistas, o cuidado com o louco era remetido à família; na sua inexistência, o louco tornava-se uma questão pública, de justiça ou de deliberação do rei (CASTEL, 1978 apud ROSA, 2003). Já no século XX, com as transformações e os avanços de saberes como a psicanálise e o movimento de higiene mental, a família é vista de modo negativo, sendo culpabilizada pelo surgimento de um portador de transtorno mental (ROSA, 2003).

Com a culpabilização da família, em relação ao adoecimento psíquico, ocorre que o saber psiquiátrico, cada vez mais, procura afastar o paciente do ambiente familiar. Assim, ganham força as instituições psiquiátricas e a cultura do isolamento social do portador de sofrimento psíquico. Melman (2008) aponta outra justificativa para o procedimento de isolamento, considerando também necessário proteger a família da loucura e prevenir uma possível contaminação dos demais membros.

De uma forma ou outra, a família entra para o rol das intervenções dos especialistas. Esse movimento se intensifica no século XX, principalmente com influência das teorias freudianas, que destacam a importância das relações familiares sobre o psiquismo dos sujeitos (ROSA, 2003).

Ao penetrar no universo familiar, identificam na determinação da doença ou das disfunções a maneira como os pais conduzem a educação dos seus filhos. A ação psiquiátrica tendia a culpabilizar os pais pelas inadequações do comportamento da criança, orientando sua interpretação de conduta para a má educação ou para a doença (ROSA, 2003, p. 59).

Conforme a mesma autora, nos anos de 1950, a intervenção na família passa a ocorrer pela observação sistemática, pela pesquisa e pela intervenção direta em seu meio, onde ganham destaque as investigações sobre o papel da mãe. Alguns autores também começam a dar importância para a função da patologia dentro do grupo familiar. O portador de transtorno mental passa a ser o paciente identificado, ou seja, o porta-voz das enfermidades de toda a família.

Cada vez mais, o portador de transtorno mental é visibilizado em seu papel positivo, como um agente catalizador que adoece para proteger o grupo

familiar, mantendo sua homeostase, ou é invalidado, rotulado e alçado a 'bode expiatório' com a mesma finalidade, impedindo que se processem mudanças nos padrões de relacionamento do grupo (ROSA, 2003, p. 61).

Os estudos sobre família ganham grande visibilidade na década de 1950, através do surgimento das terapias familiares, especialmente as de abordagem sistêmica que têm seus conceitos oriundos principalmente da teoria geral dos sistemas e da cibernética. De modo geral, o enfoque das terapias familiares recai sobre as mudanças nos padrões relacionais e de comunicação dentro do sistema familiar. Esses conceitos foram incorporados ao trabalho dos profissionais brasileiros, mas é a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica que se passa a dar maior atenção à relação da família com o portador de sofrimento psíquico.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil foi bastante influenciada pelo modelo da psiquiatria democrática italiana de Franco Basaglia que preconizava o fim dos manicômios e a sua substituição por novos serviços de saúde mental que não reproduzissem a antiga ideologia psiquiátrica de controle e segregação (MELMAN, 2008, p. 58).

Com as diversas mudanças de paradigmas na saúde mental, muda também a relação da família com o portador de transtorno mental, pois com a desinstitucionalização desses portadores de transtorno mental, a família começa a ser considerada no cuidado. Mais do que nunca, a família passa a ser objeto de estudo, surgindo diferentes visões sobre ela, conforme sua relação com o portador de transtorno mental. Dentre essas visões destacam-se: a família vista como mais um recurso, como uma estratégia de intervenção (SANT'ANA; FONTOURA, 1996 apud ROSA, 2003); a família como um lugar de possível convivência do portador de transtorno mental, mas não o único e nem obrigatório (MIRANDA, 1999 apud ROSA, 2003); a família como sofredora, necessitando de assistência e suporte social (MOTTA, 1997 apud ROSA, 2003); a família como um sujeito de ação política e coletiva, construtor de cidadania e avaliador dos serviços de saúde (SANT'ANA; FONTOURA, 1996; PEREIRA, 1997 apud ROSA, 2003) e a família como provedora de cuidado, mas sempre com o auxílio dos serviços de saúde nos momentos de crise e não continuamente (VASCONCELOS, 1992 apud ROSA, 2003).

A relação e a implicação da família no provimento de cuidados com o portador de sofrimento psíquico passou por diferentes etapas, variando de acordo com a realidade sociocultural e econômica no decorrer do tempo e do espaço.

4 O GRUPO DE FAMILIARES E O CUIDADO COM O PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

O Grupo de Familiares do CAPS é composto, principalmente, por mães ou irmãs de usuários portadores de sofrimento psíquico. O grupo tem por objetivo oferecer um suporte aos familiares, tanto no sentido de ser um espaço para tirar dúvidas sobre o tratamento e o manejo com o usuário, como um momento para que o familiar cuidador possa desabafar, falar das suas angústias e do seu cansaço, mas também falar de si mesmo enquanto pessoa, não somente enquanto cuidador.

Para Pontes (2009), nos grupos de familiares ou nos atendimentos de família, é comum que as discussões girem em torno dos sintomas, e é importante que o profissional que coordena o grupo fique atento às possibilidades e ao conjunto de recursos que a família apresenta e como cada um se apropria deles ou como fica paralizado diante do momento vivido.

Esse é um grupo aberto, ou seja, não existe um número definido de participantes e nem um controle de frequência. Embora o número de presentes varie a cada encontro, pode-se dizer que participam, com certa assiduidade, familiares de 12 usuários. Os encontros acontecem semanalmente, nas quartas-feiras pela manhã, sendo coordenados por uma psicóloga e pela autora deste trabalho, estagiária de psicologia.

Chama atenção neste grupo que alguns participantes são familiares de usuários que não estão vinculados a nenhuma atividade cotidiana no CAPS, somente às consultas médicas e à aplicação de medicação, sendo usuários que têm dificuldade de aderir às outras propostas de tratamento. Dessa forma, pode-se dizer que o vínculo mais significativo que se tem com esses usuários é através dos familiares que comparecem ao grupo. Assim, fica clara a importância de envolver a família no tratamento.

Outra característica marcante no grupo é o fato de a maioria dos cuidadores serem mulheres. Esse fato é comumente encontrado na literatura sobre o cuidado de portadores de sofrimento psíquico no ambiente doméstico. Conforme Rosa, há uma feminização do encargo de assistir ao portador de transtorno mental (ROSA, 2003, p. 240), deixando claro que o provimento de cuidado para familiares é uma questão de gênero historicamente produzida e mantida pela sociedade que vê na mulher uma cuidadora por excelência, tanto para familiares adoecidos ou não.

Se de um lado temos a mulher/mãe cuidadora, de outro temos o filho portador de transtorno mental. Para Rosa (2003), o impacto que a doença mental provoca na família está diretamente relacionado à posição que o portador de sofrimento psíquico ocupa na estrutura familiar. Quando o filho é o portador de transtorno mental, a família é afetada em uma dimensão diferente e bem menor do que quando o pai ou a mãe adoecem. Isso ocorre pela suposta relação de dependência que o filho tem com os pais, podendo até exercer uma função positiva de unir o casal, ou, ao contrário, e agravar as tensões entre o casal (ROSA, 2003).

O adoecimento mental de um filho abala, frequentemente 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 (MELMAN, 2008, p. 32).

No caso de Grupo de Familiares, a maioria das mulheres que o frequentam são mães e já estão aposentadas, ou sempre foram donas de casa, havendo somente o caso de uma mãe, uma irmã e um irmão que trabalham fora de casa e conseguem flexibilizar seu horário de trabalho para participar do grupo. Mas essa realidade nem sempre é a mais comum. Muitas vezes, surge a necessidade de um familiar, especialmente a mãe, ter que abandonar o seu trabalho externo para se dedicar ao familiar que adoeceu.

A questão do trabalho também é abordada pelos familiares do grupo em relação à impossibilidade ou à dificuldade do portador de sofrimento psíquico em ter um emprego, havendo somente dois usuários exercendo atividade remunerada. Essa é uma realidade encontrada com bastante frequência, sendo poucas as pessoas acometidas por algum transtorno mental grave (em especial a esquizofrenia, que é a realidade vivida pela maioria dos familiares do grupo) que estão empregados. Isso parece se tornar ainda mais delicado quando o sujeito adoeceu já na idade adulta, pois, dessa forma, a família já estava acostumada em ter aquele indivíduo como alguém produtivo e que ajudava com as despesas e as tarefas domésticas e, de repente, se vê obrigada a arcar com o seu sustento. Para Rosa (2003), a ociosidade constante do portador de transtorno mental compromete sua autonomia e a liberdade do cuidador.

Diferentemente do que aparece no Grupo de Familiares, em que o fato de não trabalhar é visto como uma perda, um lamento, nos achados de Petry (2005) surpreende o fato de não ter sido detectada a obrigatoriedade de trabalhar ao

indivíduo portador de sofrimento psíquico. Se aceita que é doente, inútil e incapaz, comportamento justificado pela imagem de inutilidade que o senso comum confere ao doente mental (PETRY, 2005, p. 79).

É extremamente presente na fala dos familiares no grupo a infantilização do portador de sofrimento psíquico. Essa infantilização, além de dificultar a autonomia do paciente, o tira do lugar de um sujeito que tem sua história, sua individualidade, suas vontades e desejos. Rosa (2003) aponta que a infantilização também pode trazer alguns ganhos secundários para os portadores de transtorno mental, pois ele é deslocado de suas atividades e responsabilidades habituais (ROSA, 2003, p. 254). Por outro lado, a mesma autora coloca que a família também pode ter seus ganhos secundários, pois pode fazer do portador de transtorno mental o bode expiatório para todos os problemas da família.

Quando o portador de sofrimento psíquico recebe algum tipo de benefício, a família fica um pouco mais aliviada pelo lado financeiro; porém, podem surgir problemas em torno da administração do dinheiro. No caso do grupo de familiares, as queixas mais frequentes são sobre o uso que está sendo feito do dinheiro, pois já aconteceu e ainda acontece de alguns usuários darem uma parte significativa do seu dinheiro às igrejas ou a pessoas de má-fé. Também há um grande medo de que eles possam estar comprando bebidas alcoólicas ou drogas.

O tema da religião é recorrente no grupo. Diversos usuários passaram a frequentar igrejas de orientação religiosa diferente e divergente da dos seus familiares, e isso aparece como uma grande preocupação no grupo. Para Velho (1999) citado por Silva e Moreno (2004), é comum, em situações de crise, as pessoas procurarem outras práticas religiosas. Essa temática já foi muito discutida no grupo, tendo quase todos os familiares relatado alguma experiência negativa da influência religiosa sobre os usuários. A questão religiosa é bastante delicada de ser abordada exigindo um esforço contínuo dos trabalhadores de saúde em não fazer um julgamento preconceituoso, como se houvessem religiões certas e outras erradas. Porém, é trabalho do profissional de saúde intervir quando há algum dano ao tratamento. Procuramos trabalhar no grupo que a religião pode ser um importante apoio social, uma ajuda para o enfrentamento das adversidades, da dor e do sofrimento, mas não a única solução para problema do sofrimento psíquico (SILVA; MORENO, 2004).

Uma queixa que os familiares costumam levar para o grupo é em relação à agressividade que muitas vezes se faz presente com a doença mental. Conforme Rosa (2003), a agressividade é um dos aspectos mais destacados pelos familiares como típicos da loucura. Quase todas as pessoas do grupo já relataram algum episódio de agressividade, principalmente em situações de surto, quando a relação da família com o enfermo psíquico tende então a ser mais dramática, pois os sintomas são mais intensos e ameaçadores à segurança do grupo (ROSA, 2003, p. 262). Essa é uma situação que deixa os familiares bastante apreensivos, mas é importante destacar que as agressões foram mais comuns no início do desenvolvimento da doença, quando a família ainda não sabia ao certo o que estava acontecendo e o tratamento não estava adequado.

O medo de sofrer uma agressão ou, mais comumente, a necessidade de estar sempre vigilante para que o portador de sofrimento psíquico não coloque sua vida em risco e faça o tratamento medicamentoso corretamente, entre outros cuidados necessários, acaba gerando uma sobrecarga na família. Todo o núcleo familiar precisa se reorganizar para conviver com a doença. Frequentemente ouvimos no grupo relatos dos familiares que tiveram que alterar drasticamente sua rotina para cuidar daquele que adoeceu. Para algumas famílias esse momento é mais dramático, pois alguns portadores de sofrimento psíquico se negam a ser cuidados e a assumir o tratamento. Assim, o cuidador precisa dispor de mais tempo para o seu familiar e acaba comprometendo as demais atividades do seu cotidiano.

Estudos acerca de sobrecarga familiar apontaram para a importância de os profissionais levarem isso em consideração: a existência de um ente portador de transtorno mental representa para a família (PEREIRA, 2002). Segundo Melman (2008), 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 em peso material, subjetivo, organizativo e social.

É bastante comum a equipe do CAPS chamar os familiares para uma conversa sobre o paciente. Infelizmente, algumas vezes, os familiares não comparecem e a responsabilidade pelo cuidado continua sobrecarregando somente um ou dois familiares mais próximos:

O conhecimento desse quadro de sobrecarga por parte dos profissionais de saúde sugere que as intervenções terapêuticas levem em consideração essa

realidade. Ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos pacientes alivia o peso dos encargos, facilita o processo de estabelecimento de uma cooperação, diminui os fatores estressantes ativadores de situações de crise, estimula a criação de possibilidades participativas, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas (MELMAN, 2008, p. 80).

Alguns dos familiares que participam do grupo já estão em uma idade um pouco avançada, o que tem sido motivo de preocupação, pois chega a hora de pensar em quem irá assumir o cuidado. Mello (1997) em seus estudos de sobrecarga familiar aponta que a presença do familiar doente obriga os cuidadores a refazerem os seus planos de vida e a redefinir integralmente os seus objetivos. À medida que a idade avança, as preocupações com o destino do paciente tornam-se inevitáveis. Com o passar dos anos e com a conscientização da proximidade da morte, os pais acabam aprisionados por uma grande angústia que é fruto das incertezas que cercam o futuro do filho.

Chama bastante atenção neste grupo a quantidade de familiares que faz uso de medicamentos psiquiátricos, em especial, antidepressivos e benzodiazepínicos. Para Rosa (2003), o cuidador também segue a tendência de medicalizar e individualizar o sofrimento. Como nos últimos anos o uso de medicamentos dessa linha tem aumentado significativamente, fica difícil estabelecer uma relação direta entre a sobrecarga causada pelo cuidado com o portador de sofrimento psíquico e uso de medicação psiquiátrica por parte dos seus familiares, mas é importante fazer o registro pela frequência com que isso aparece no grupo, confirmado pela fala de alguns familiares.

Para amenizar a sobrecarga familiar e alcançar o cuidado em saúde mental como preconizado pela Reforma Psiquiátrica, é necessário que se construa uma rede de cuidados, não deixando o indivíduo somente como responsabilidade da família ou dos serviços de saúde, mas integrando todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada. Para Pereira (2002), é a interação das pessoas na sociedade, a criação de laços de amizade, culturais, de comunidade, de trabalho ou de estudo, que se constituem como importantes bases de apoio ao indivíduo e à família em momentos de crise.

Sluski (1997), citado por Melman (2008), usa o termo Rede Social de Sustentação para definir a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como importantes ou diferenciadas da massa anônima da sociedade. A rede social

coloca o indivíduo e sua família em um determinado território social e favorece que os serviços de saúde mental ampliem seu território de intervenção.

O que se ouve com bastante frequência é a sensação de solidão por parte dos familiares em relação ao provimento de cuidado com o seu ente que adoeceu. Alguns relatam que não podem contar com a sua família ampliada ou com vizinhos, sendo o CAPS o único suporte fora da família nuclear. Por outro lado, também existem relatos de que as relações sociais que o portador de sofrimento psíquico estabelece com as pessoas da comunidade em que vive se constitui como um grande aliado para o seu cuidado, pois essas pessoas, de certa forma, o protegem e procuram os familiares no caso de perceberem alguma situação de risco.

Segundo Petry (2005), desde a desinstitucionalização dos doentes mentais crônicos tem-se percebido a necessidade de que haja uma rede de serviços que possa dar suporte ao indivíduo e à sua família para amenizar as dificuldades encontradas no dia a dia, devendo a intervenção no ambiente familiar fazer parte da rotina dos serviços de saúde mental. No CAPS em estudo algumas iniciativas são tomadas para aproximar a família do serviço e vice-versa, como as visitas domiciliares, e para inserir os usuários em seu meio social, como a participação em eventos do município, na organização de passeios e em confraternizações dentro e fora do serviço.

Falar de rede de atenção no SUS ainda é bastante complicado. A equipe do CAPS tem procurado, através de um trabalho de matriciamento com algumas Estratégias de Saúde da Família (ESFs), realizar o cuidado em saúde mental mais próximo do território em que o usuário reside, para que o sujeito possa receber atenção sem sair da sua comunidade, facilitando também a aproximação e o comprometimento da família e da equipe da ESF no seu tratamento. Este trabalho vem encontrando algumas dificuldades, principalmente quando há a necessidade de se mobilizar a rede intersetorial do município.

Mas, como lembra Melman, quando pensamos em rede, não devemos esquecer que os vínculos interpessoais que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde também passam a fazer parte dessa trama (2008, p. 87). As relações que se estabelecem dentro do CAPS, tanto entre usuários como entre os familiares, representam uma grande possibilidade de suporte afetivo para todas as

pessoas envolvidas. No grupo, procuramos sempre apontar a importância das relações afetivas na qualidade de vida dos indivíduos.

A proposta de reinserção social do doente mental e a sua aproximação com a família não é uma tarefa fácil. Ao mesmo tempo em que as famílias anseiam por ter todos os seus membros próximos, elas também refletem o medo e o preconceito existente em nossa sociedade, o que, muitas vezes, pode deixá-las resistentes a acolher o ente que adoeceu:

A construção de um tratamento pautado também pela conquista da cidadania e a confirmação de um outro modo de cuidar não poderia calar a necessidade de um espaço de escuta, para que nele pudesse aparecer o sofrimento muitas vezes inerente à convivência com alguém que representa na família algo estranho (SOUZA; BAGNOLA, 2007, p. 268).

Dessa forma, um grupo de familiares pode funcionar como um espaço de acolhimento das experiências de vida dos seus participantes. O estímulo às trocas de experiências tem se revelado uma importante ferramenta para ampliar a capacidade de lidar com os problemas, assim como tem permitido que um familiar possa se abrir para o discurso do seu companheiro (MELMAN, 2008).

Percebe-se neste Grupo de Familiares que os seus participantes o reconhecem enquanto um espaço terapêutico, de ajuda nos momentos difíceis, de troca de experiências e de fortalecimento, enfim, um espaço que cuida daqueles que cuidam.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica, a temática do cuidado e as questões familiares nos colocam inúmeros desafios. Se o cuidado em saúde mental a partir da reforma psiquiátrica é partilhado entre família e serviços de saúde, as teorias sobre a relação adoecimento psíquico e modos de funcionamento familiar precisam ser revisitados. A clássica visão sobre a família enfatizando a sua responsabilização sobre o adoecimento dos seus membros não oferece aos serviços possibilidade de aliança para o cuidado e não desperta o desejo de realizar intervenções no modo de funcionamento familiar por estabelecer uma aliança com o usuário e uma coalisão com o restante dos membros. Assim, serviços pouco familiarizados com os parâmetros da reforma, assumem que já cuidam do usuário e que não têm

possibilidade de cuidar também das famílias, referindo o grande número de pessoas que estão nos serviços, a dificuldade de envolver os familiares em grupos, a sobrecarga do trabalho, entre outros.

O grande desafio nos parece ser a compreensão da indissociabilidade entre indivíduo e família, estando aí compreendidos aspectos de adoecimento e de cuidado. O trabalho com as famílias requer o estabelecimento de relações de cuidado com o cuidador e não apenas a relação com o familiar no papel de familiar, isto é, uma relação que se volta para ouvir como esta pessoa se sente e como está sendo para ela cuidar e conviver numa família, onde há a presença de muito sofrimento psíquico, e não apenas trabalhar questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, o que deve fazer ou não fazer para que ele melhore.

Se nos aproximamos apenas dos estudos que estabelecem nexos entre o adoecimento e os modos de viver em família, podemos, talvez, com alguma facilidade, adotar medidas de afastamento do usuário da sua família, medidas tão naturalizadas no período dominado pelo pensamento manicomial. Se a reforma preconiza o não-afastamento do usuário do seu meio, então precisamos ter aproximação também com os estudos que apontam para as muitas possibilidades de convívio e de cuidado, mesmo quando há a presença de doença mental na família.

Assim, outra questão coloca-se: de quem é o cuidado? Do serviço ou da família? O serviço cuida do usuário e da família? O cuidado é partilhado entre o serviço e a família? Feuerwerker e Merhy (2008) dizem que os modos de cuidar da família e do serviço respondem a lógicas diferentes de cuidado e que, portanto, entre essas duas instâncias se estabelece uma competição pelo cuidado. Uma das expressões da competição é a desqualificação ou o não reconhecimento do cuidado realizado pelo outro.

Acreditamos que o tema do cuidado em saúde mental nos serviços substitutivos ao modelo manicomial, portanto, os serviços que se pautam pela reforma psiquiátrica, ainda é emergente, especialmente no que se refere ao segmento família. Nesse sentido, escrevermos este artigo é uma tentativa de socializar o tema do cuidado e do trabalho com famílias nos novos serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, Greyce Rocha; BOTTOLI, Cristiane. **Retratos do envolvimento paterno na atualidade**. Barbarói. Santa Cruz do Sul, n.32, p.205-226, jan./jul., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FEUERWERKER, Laura; MERHY, Emerson Elias. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.3, n.24, p.180-188, 2008

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 6. ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

MELLO, José Hélio. Esquizofrenia e sobrecarga do cuidador. Introdução de tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

PEREIRA, Ivana Carla Garcia. Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, p.217-262, 2002.

PETRY, Analídia Rodolpho. **Esquizofrenia e Representação Social: estudo de casos em Santa Cruz do Sul**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.

PONTES, Marcos Naime. Famílias e psicoses. In: OSÓRIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elizabeth do. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, p.343-349, 2009.

ROSA, Lúcia. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SILVA, Lúcia; MORENO, Vânia. **A Religião e a Experiência do Sofrimento Psíquico: Escutando a Família**. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.3, n.2, p.161-168, mai./ago. 2004.

SOUZA, Sueli Francisco Moreira; BAGNOLA, Emelice Pereira Prado. O sujeito na sua família. In: MERHY, Emerson Elias; AMARAL Heloisa (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, p.267-275, 2007.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed São Paulo: Cortez, 2002.