

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DOS PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL: EXPECTATIVAS E REALIDADE

Maria Zildênia Lima¹

Denise Josino Soares²

RESUMO

Busca refletir sobre a inclusão da família no cuidado psicossocial, novo modelo proposto na área de saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica, que reinsere a pessoa em sofrimento psíquico no seu meio familiar e social. A pesquisa é bibliográfica onde foi analisado as questões norteadoras a partir das teorias já produzidas. Como resultado ficou evidenciado que a família reconhece seu papel no cuidado, mas que também necessita de suporte para lidar com situações de desgaste físico, emocional, mental e psicológico, devendo encontrar junto aos serviços substitutivos em saúde mental, em especial na atenção básica a partir do matriciamento, o acolhimento de suas necessidades e apoio para sua reestruturação. Considera-se que o processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental e a volta ao meio familiar e social ainda é um desafio tanto para a família quanto para os profissionais de saúde envolvidos na efetivação dos pressupostos da reforma psiquiátrica.

Palavras-chave: Saúde mental. Família. Atenção em Saúde.

ABSTRACT

To reflect on the inclusion of the family in psychosocial care, a new model proposed in the area of mental health from the Psychiatric Reform, which reinserts the person in psychological distress in their family and social environment. The research is bibliographic where we analyze the guiding questions from the theories already produced. As a result it was evident that the family recognizes its role in care, but also needs support to deal with situations of physical, emotional, mental and psychological distress, and should find with the substitute services in mental health, especially in primary care from matriciation, the reception of their needs and support for their restructuring. It is considered that the process of deinstitutionalization of the person with mental disorder and the return to the family and social environment is still a challenge for both the family and the health professionals involved in the implementation of the Psychiatric Reform assumptions .

Keywords: Mental Health. Family. Health Care.

Data de submissão: 19/12/2019

Data de aprovação: 19/12/2019

¹ Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Maracanaú- CE.

² Doutora em Ciência e Tecnologia de Alimentos. Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Pernambuco, campus Afogados da Ingazeira – PE.

1. INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira denuncia um processo de exclusão e propõe uma nova inscrição social do paciente com transtorno mental. Tomando como ponto de partida uma crítica radical à instituição psiquiátrica tradicional, o asilo ou manicômio, instituição-símbolo de um passado de violência, estigma e segregação. Essa reforma propõe novas concepções sociais, construir um novo sentido ao conceito de transtorno, não como erro, mas como uma diferença que deve ser respeitada, que tem seu próprio tempo, suas próprias condições, suas particularidades. Ela trouxe a proposta de extinção do tratamento institucionalizado, propondo a construção de uma rede de serviços em saúde e outras estratégias territoriais e comunitárias no tratamento das pessoas com transtorno psíquico, neste processo incluída a família.

O processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto de horizonte democrático e participativo protagonizado pelos gestores do SUS, os trabalhadores em saúde, e principalmente os usuários e os familiares dos CAPS e de outros serviços substitutivos.

Em nível local, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) têm seu papel estratégico na articulação e no fortalecimento da rede de cuidados em saúde mental, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde. Eles direcionam as políticas e programas de Saúde Mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas.

No entanto ainda há muito estigma em relação à pessoa em sofrimento psíquico e sua reinserção social. Segundo Madeira e Cunha (2016) a própria carência de suportes institucionais não permite que as famílias sejam suficientemente amparadas para o enfrentamento do problema. As principais consequências para essa são a sobrecarga familiar, o estresse emocional e o econômico. A confirmação do diagnóstico da doença mental traz grande impacto no seio familiar, deixando-a fragilizada, comprometendo suas relações internas e externas.

Ackerman apud Spricigo, Tagliari e Oliveira (2010) afirmam que a saúde física e emocional dos membros de uma família influencia em seu funcionamento e que um abalo na saúde de um de seus membros afeta a rotina e até mesmo a saúde dos outros membros.

Ressaltamos que a família em qualquer etapa do processo do adoecimento necessita de apoio ao cuidar de seu familiar com transtorno mental, para isto acreditamos que a mesma necessita ter a compreensão do fenômeno em sua totalidade, além de sua própria condição de saúde satisfatória para a execução do cuidado do ente em sofrimento. Compreendemos que o entendimento da família e sua participação no processo do cuidado são fundamentais para a efetivação das propostas da reforma psiquiátrica e para uma mudança na forma de ver e entender a doença mental.

Faz-se importante analisar como as rotinas familiares e relacionais do indivíduo em sofrimento se desvelam, buscando com a presente pesquisa compreender como o processo de adoecimento/ transtorno mental impactam na saúde e dinâmica da família, Identificar o nível de compreensão das famílias acerca dos transtornos mentais à partir das leituras; compreender qual a visão dos autores sobre a participação familiar no tratamento dos pacientes em acompanhamento e refletir como o processo do adoecimento psíquico atua na saúde do principal responsável/cuidador familiar.

Entendemos ser de suma importância voltar o olhar para a família como um todo para se pensar estratégias de atenção em saúde e para atingir os objetivos de um tratamento humanizado e qualitativo junto a esse público.

O interesse surgiu a partir dos atendimentos a pacientes com transtorno psíquico, onde foi percebido uma grande transferência de responsabilidade da cura e do cuidado

concentrada nos profissionais que os acompanham, chegando ao ponto de abandonarem os seus entes em hospitais mentais, supostamente ocasionados pela ausência de informação, de condições socioeconômica e de saúde do cuidador/familiar e o preconceito ou estigma que possivelmente permeiam a realidade de uma família que tem um membro adoecido.

O tema se faz relevante tendo em vista que, segundo a OMS mais de 400 milhões de pessoas sofrem com distúrbios mentais ou comportamentais. Os problemas de saúde mental são elencados como cinco das dez principais causas de incapacidade, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). No total, a OMS ainda estima que, a cada ano, as consequências dos transtornos mentais geram uma perda econômica de US\$ 1 trilhão para o mundo.

Será tomado como ponto de partida para a compreensão do fenômeno as seguintes questões: qual o nível de compreensão das famílias sobre os transtornos mentais? Que aspectos da dinâmica familiar podem influenciar no processo terapêutico do paciente? Como o processo do adoecimento psíquico atua na saúde do principal responsável/cuidador familiar?

2. REVISÃO DE LITERATURA

A família é a base de formação do ser humano em todas as fases da vida do sujeito, sendo esta responsável por promover a educação, saúde, proteção e lazer dos filhos, repercutindo dessa maneira no comportamento da sociedade. É no vínculo familiar que são transmitidos os valores morais e sociais que servirão de alicerce no processo de socialização da criança e do adolescente, assim como as tradições e os costumes trazidos através das gerações (SANTANA, 2015).

Conforme Rosa apud Santin e Klafke (2011) a prestação de cuidados às pessoas enfermas traduz uma das obrigações do código de direitos e deveres entre os integrantes da família: prover cuidado é uma das atividades inerentes a tarefas familiares ou domésticas já “naturalizadas” por seus membros. Assim, é importante considerar que, “a relação da família com o portador de transtorno mental é historicamente construída, sendo que nem sempre foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar adoecido mentalmente. Para Spricigo, Tagliari e Oliveira (2010):

Comumente, a família do paciente com transtorno mental carrega um sofrimento, que reflete uma realidade de preconceito e exclusão, trazendo um misto de sentimentos como solidão, impotência e culpa. Muitas vezes sem apoio ou mesmo informação, a família lida com situações de extremo conflito e estresse, e nem sempre se sente preparada para o enfrentamento dos problemas que surgem com o adoecimento de um de seus membros. (Spricigo, Tagliari e Oliveira 2010).

Historicamente a família foi excluída do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental pois estes eram institucionalizados e os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das metrópoles, dificultando o acesso dos familiares aos mesmos.

Outra questão que permeava a relação da família com a pessoa com transtorno mental era a ideia de que ela era quem produzia a doença: para a família, o doente seria aquele que carregava todas as mazelas do núcleo familiar e deveria ser afastado daqueles considerados responsáveis pela sua doença (BORBA et al., 2011). Mielke et al. (2010) afirma que “*a família antigamente era vista pelos trabalhadores de saúde em geral como a culpada pelo transtorno mental, não podendo contribuir efetivamente durante o tratamento, constituindo-se como obstáculo no processo terapêutico, ficando estigmatizada*”.

No texto “Holocausto Brasileiro”, Arbex retrata a realidade vivida pelas pessoas com transtorno mental no contexto de internação no sec. XX, tomando como exemplo o

manicômio Colônia, em Barbacena- MG onde denuncia os horrores sofridos na época.

Ainda em seu texto, a autora compara a situação do Colônia ao que ocorreu na Alemanha nazista e atenta para o fato de que no manicômio não estavam só pessoas com algum tipo de transtorno mental, mas todos aqueles que eram diferentes por alguma característica incomum, o que aponta para à total falta de critério clínico. Os supostos loucos do Colônia eram, na verdade, pessoas que incomodavam a sociedade, pessoas que ninguém queria por perto. Estas representavam cerca de 70% do total de internos submetidos às situações de extrema desumanidade, denunciando um genocídio praticado com a conivência da sociedade e do Estado.

Franco Basaglia, em 1971, fecha os manicômios, dando início a então reforma psiquiátrica, acabando com a violência dos tratamentos e põe fim no aparelho da instituição psiquiátrica tradicional. Basaglia demonstra que é possível a constituição de uma nova forma de organização da atenção que ofereça e produza cuidados.

No Brasil, o processo de Reforma Psiquiátrica coincide com o movimento de reforma sanitária nos anos 70, que defendia mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, na atenção à saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem sua própria história, situada em um contexto internacional de mudanças pela superação da violência e exclusão asilar:

Fundado, ao final dos anos 70, na crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira é maior do que a sanção de novas leis e normas e maior do que o conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976 foi um importante espaço de discussão das políticas de saúde e local de produção e organização do pensamento crítico em saúde.

No início de 1978, o órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas e pela atenção pública em saúde mental era a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). No entanto, o órgão enfrentou uma crise, a qual gerou um movimento que por sua vez resultou na formação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), e conseqüentemente a um espaço de discussão e formulação de propostas para a assistência psiquiátrica.

A Reforma Psiquiátrica se caracteriza como um processo social complexo, na medida em que se desenvolve em locais diversos, com atores sociais e conjunturas específicas e diferenciadas. Nesse processo, também está presente a noção de movimento, com a renovação de atores, conceitos e princípios.

Em junho de 1987, realiza-se, em Brasília, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como um dos temas a proposta de reorganização da assistência à saúde mental.

Neste período, surge o primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) no hospital psiquiátrico a Casa de Saúde Anchieta, local caracterizado historicamente de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente capaz de substituir o hospital psiquiátrico (BRASIL, 2005).

No ano de 1989, começou a tramitar no Congresso Nacional de um Projeto de Lei

do deputado Paulo Delgado, o qual propunha a regulamentação dos direitos dos indivíduos com transtornos mentais e o fim progressivo dos manicômios no país. Porém a promulgação da Lei nº 10.216, só viria a ocorrer em 2001, a qual trouxe em seus dispositivos a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

A partir de então o Brasil entrou para o grupo de países com uma legislação moderna e coerente com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas, a OPAS. A Lei citada traz um direcionamento para a assistência psiquiátrica e estabelece os direitos das pessoas com transtornos mentais e regulamenta as internações involuntárias, colocando-as sob a supervisão do Ministério Público.

No final da década de 1980, surgiram as opções assistenciais não hospitalocêntricas: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), materializando a Reforma Psiquiátrica do Brasil, abrangendo os serviços de atendimento psiquiátrico, psicológico, social, terapia ocupacional, dentre outros.

O centro de atenção psicossocial (CAPS) constitui um serviço aberto do sistema único de saúde (SUS). Trata-se de um local de referência no tratamento para as pessoas que estão em sofrimento mental.

Dentre os principais sofrimentos mentais atendidos no CAPS estão às neuroses, psicoses, e demais transtornos que justificam a permanência do paciente em um dispositivo de atenção diário e personalizado, com o objetivo de reinserir o indivíduo na sociedade. Os CAPS se diferenciam enquanto uma modalidade de assistência pública em saúde mental individual e coletiva, na perspectiva de manter a inclusão da pessoa em sofrimento psíquico, inexistente no modelo hospitalar de atendimento em saúde mental anterior, visando a questão da cidadania e dignidade daqueles ditos “insanos”.

Onocko-Campos e Furtado (2006) ressaltam que os CAPS se configuram como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, com o papel de articulador de uma rede de saúde, aproximando questões relativas à saúde coletiva e a saúde mental, tornando-se um campo de saberes e práticas interdisciplinares. Ainda apontam que há a necessidade que estes serviços se constituam alinhados aos princípios do SUS, promovendo uma clínica ampliada, centrada no sujeito, buscando garantir o acesso, o que acaba por caracterizar os CAPS como serviços de saúde complexos (LEAL e ANTONI, 2013).

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento.

Entre as várias possibilidades de atenção dentro dos CAPS, a estratégia da formação de grupos para atividades com os pacientes e familiares é um importante instrumento de cuidado que abrange um maior número de pessoas, geram conhecimentos, possibilidades e trocas de experiências que dão valor as relações humanas e possibilitam um processo de tratamento e cura construído de forma coletiva.

3. MÉTODO DA PESQUISA

A pesquisa bibliográfica foi realizada através do material selecionado como fonte de pesquisa e servirá como fundamentação teórica produzidas, analisando-as e avaliando a contribuição das mesmas para compreensão ou explicação do problema, objeto da investigação.

Considerada mãe de toda pesquisa (GERHARDT e SILVEIRA, 2009), está fundamentada em fontes literárias, ou seja, os dados necessários ao trabalho são obtidos a partir de fontes escritas anteriormente, sendo estas impressas em editoras, comercializadas em livrarias e classificadas em bibliotecas.

Na pesquisa bibliográfica existem várias possibilidades de apreensão de um texto, as quais para serem compreendidas se faz necessário que o leitor entre em contato com os diferentes processos de significação que acontecem nos diversos discursos, esse tipo de pesquisa utiliza categorias teóricas antes trabalhadas por outros pesquisadores e devidamente registrados.

Segundo Oliveira (2011), a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de fornecer ao investigador um instrumental analítico que pode vir a ser fonte para qualquer outro tipo de pesquisa, mas rica a ponto de esgotar-se em si mesma.

Quando o pesquisador se propõe a fazer uma pesquisa bibliográfica, tem a convicção que deverá, com base nessa pesquisa, explicar ou apresentar um resultado para uma situação objeto do estudo e este será sua contribuição para a ciência ou área em que atua (GARCIA, 2015).

Para Lacerda, Ensslin e Ensslin (2012), o conceito análise bibliométrica tem como base a avaliação quantitativa de determinados parâmetros de um conjunto definido de artigos, denominado portfólio bibliográfico.

Pizzani et al. (2012) esclarece:

Como a pesquisa bibliográfica é um trabalho investigativo minucioso em busca do conhecimento e base fundamental para o todo de uma pesquisa, a elaboração de nossa proposta de trabalho justifica-se, primeiramente, por elevar ao grau máximo de importância esse momento pré-redacional; como também justifica-se pela intenção de torná-la um objeto facilitador do trabalho daqueles que possivelmente tenham dificuldades na localização, identificação e manejo do grande número de bases de dados existentes por parte dos usuários.

No estudo proposto foi analisado como o transtorno mental influencia a dinâmica e rotinas familiares, principalmente a saúde e a realidade do responsável pelo cuidado sendo este o problema direcionador do presente estudo. As técnicas utilizadas para obtenção dos resultados partiram da análise das teorias já produzidas, observando os aspectos convergentes e divergentes entre os autores, caso haja, explorando ao máximo as potencialidades desses bancos de dados existentes e disponíveis e as tecnologias de informação para o tratamento dos dados obtidos.

Foi feita à princípio a catalogação dos documentos científicos e a formação do banco de dados inicial, onde serão buscados artigos que tenham relevância com a pesquisa. Em seguida, os artigos selecionados. Os dados foram ordenados segundo critérios que gerem uma base de acordo com as palavras-chaves da pesquisa, levando em consideração principalmente as produções mais recentes acerca das variáveis a analisar, a fim de atingir os objetivos propostos. Após as leituras dos artigos selecionados. Foi verificada a necessidade de novas pesquisas, a fim de melhorar o enquadramento teórico.

Os dados bibliográficos obtidos e relevantes foram registrados em fichas documentais ou em arquivos. Em seguida, será organizado a redação por ordem dos dados obtidos, a partir da preparação de um pré-sumário. Para a coleta dessas fontes, empregamos a técnica de fichamento por categoria pesquisada, prosseguindo com seu ajustamento ao texto e resultado da pesquisa em tela.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de desinstitucionalização proposto pela Reforma Psiquiátrica se caracteriza por gerar novos contextos de vida para as pessoas com transtorno mental, bem como para seus familiares, principalmente no que concerne às suas atribuições/funções e tarefas. Isso é explicado pelas novas demandas que são colocadas, de forma implícita, para a família, pelo redirecionamento do modelo assistencial, pautado no cuidado comunitário, que inverte a complexidade da clássica hierarquização do sistema de saúde.

Conforme Duarte et al. (2007), relata que cuidar na comunidade geralmente exige: a) a mediação da família, que passa a conviver com o preconceito; um manejo complexo, sobretudo nos momentos de crise psiquiátrica, haja vista que nenhuma família está preparada para cuidar de uma pessoa com transtorno mental em seu meio.

A família é considerada um sujeito cuidador, estimulador da adesão ao tratamento, mas também precisa de cuidados e atenção, principalmente, por quase sempre ser a que se sobrecarrega ou é sobrecarregado do cuidado.

A Política de Saúde Mental é um processo complexo pois envolve diversos setores e demanda muita responsabilidade à família e isso a torna, muitas vezes, a parte mais fragilizada. No entanto, o Estado não oferta amparo suficiente para que a mesma se resguarde. Portanto, a responsabilização na família é crescente, necessitando de mais amparo que possa desempenhar o papel a ela oferecido.

Deste modo, os resultados serão abordados dentro de três eixos: Dinâmica e contexto familiar do paciente com doença mental; Visão da família acerca da doença mental; a atuação da rede no atendimento ao cuidador familiar.

4.1 Dinâmica e contexto familiar do paciente com doença mental:

Segundo Borba et al. (2011), a família é um grupo social organizado, no qual os vínculos são potencializados, sendo espaço de socialização e de proteção aos seus membros, é ponto de ligação entre o sujeito e o campo social.

No tocante à saúde mental, essa concepção é fundamental, pois em face da reorganização da assistência nessa área, a família passou a ser considerada como importante fator de ressocialização e reinserção social da pessoa com transtorno mental, que por vezes ficou afastada do seu convívio familiar e social devido aos longos períodos de internação em instituições hospitalares.

De acordo com Souza (2008), a família deve adaptar-se com vistas a manter um equilíbrio que propicie uma melhor qualidade de vida tanto para o doente quanto para os familiares. A falta de adaptação pode contribuir negativamente para a evolução da doença e aquelas famílias que experimentam dificuldades de adaptação para incorporar o gerenciamento da doença no seu cotidiano, permanece como um foco desagradável na vida familiar.

As famílias que possuem entre seus membros um sujeito acometido por um sofrimento mental chegam a alguns casos ter uma vida social restrita, muitas vezes pelo preconceito existente na sociedade e também porque precisam mudar determinados hábitos acerca do relacionamento familiar, pois o doente mental precisa ser cuidado e acompanhado por alguém ininterruptamente.

Zanus apud Madeira e Cunha (2016) acrescenta a existência de encargos subjetivos, assim discriminados: o desenvolvimento de sintomas de ansiedade, efeitos psicossomáticos, sentimentos de culpa, de vergonha, de desorientação quanto às informações sobre os distúrbios mentais e isolamento social.

Um aspecto importante a considerar diz respeito à estrutura familiar que recebe esse ente em sofrimento psíquico: segundo Waidman e Brischiliari (2011) o cuidado ao portador de transtorno mental geralmente fica por conta da mulher. Esta pode acumular outros encargos, como os cuidados com as atividades domésticas e com os outros membros do grupo familiar.

Presas à função de cuidadora, elas não se permitem sequer adoecer, pois se encontram na posição de responsáveis pelos cuidados. Essa centralidade historicamente conferida à mulher enquanto responsável pelos cuidados da família traz-lhe consequências, por exemplo, no tocante a assumir tarefas mais pesadas e exigentes por mais tempo e com alto custo em termos de saúde e qualidade de vida, restrição de acesso a emprego, ao desenvolvimento profissional,

de relações sociais e de disponibilidade do próprio tempo, além de impactos econômicos na renda familiar, haja vista que, em muitos casos, as mulheres também são as provedoras do lar.

4.2 Visão da família acerca da doença mental:

Conforme o autor Góes apud Almeida et al. (2011) quando ocorre a confirmação de que o familiar tem distúrbio mental tal situação é traumática, gerando grande inquietação e angústia nos pais e família tornando-se um “choque ao inesperado.”

A família, segundo os autores citados, ao se deparar com a doença mental apresenta três formas de abordagens: o encobrimento, o ocultamento da doença do meio social e a normalização, dando continuidade a suas rotinas, encobrendo a realidade e a dissociação, afastando-se do convívio da sociedade a fim de evitar futuros aborrecimentos.

É possível retratar que o acompanhamento dos familiares e o entendimento dos mesmos acerca do tratamento desta doença em diversas fases são de extrema importância, pois se trata de uma doença de sinais e sintomas diferentes das quais estão acostumados.

Borba et al. (2011) desenvolveu uma pesquisa qualitativa-exploratória no período de setembro a novembro de 2008, em uma Associação de pessoas com transtorno mental e familiares no município de Curitiba - PR. Participaram do estudo 6 famílias, totalizando 12 participantes. Para garantir a participação da família, foram incluídos membros familiares acompanhados ou não da pessoa com transtorno mental, ambos maiores de 18 anos que frequentam a Associação e que consentiram em participar da pesquisa.

Para os participantes do referido estudo, o papel da família em relação à pessoa com transtorno mental é estar presente, ter atitudes de zelo, proteção, afeto e compreensão. Também é o de instrumentalizar-se, buscar conhecer a si mesmo, o transtorno mental, os sintomas e as possíveis limitações que ele impõe ao familiar que adoeceu.

No mesmo estudo, segundo os autores, há uma tendência em considerar a família como unidade efetiva de cuidados, em esperar que ela assuma o papel de cuidadora, atendendo às necessidades da pessoa em sofrimento e prover meios adequados de seu crescimento e desenvolvimento. Porém, os participantes referem que antes da família conseguir exercer esse papel, ela precisa encontrar estratégias para enfrentar as situações inesperadas e muitas vezes, precisa primeiro se autoconhecer, trabalhar com os seus anseios, medos, para posteriormente cuidar do outro.

Os autores atentam que as dificuldades enfrentadas pelas famílias na relação com a realidade do transtorno mental são caracterizadas por um descompasso temporal (paciente-família-sociedade), sentimentos de culpa (a família não entende onde errou, como não percebeu antes os sintomas), de perda, pela dificuldade de comunicação e interação e pelos conflitos familiares. A não constatação de melhora nos sintomas, os fracassos sociais e o comportamento dito anormal do membro com transtorno mental contribuem para o surgimento de tensões no núcleo familiar, isso altera sua rotina diária.

O transtorno mental é vivenciado de forma desigual pelos integrantes da família, cada um elabora esse processo de forma diferente. Ele representa para a família, de modo geral, o colapso dos esforços, o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação (MELMAN apud BORBA et al, 2011, P.13)

4.3 A atuação da rede no atendimento ao cuidador familiar:

Sabe-se que o adoecimento de um membro desestrutura e enfraquece a unidade familiar: o fato do doente, antes internado e hospitais psiquiátrico, afastados de suas famílias e da comunidade, ocasionava um enfraquecimento e até ruptura dos laços afetivos existentes

entre as partes, fazendo com que à volta ao lar, a partir da mudança de paradigma, seja permeada por conflitos.

Conejo e Colvero (2005) realizaram em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), equipamento financiado pela Secretaria Municipal de Saúde, pertencente a um Distrito Sanitário da Região Oeste da cidade de São Paulo, cuja área de abrangência inclui seis bairros, com 270 mil habitantes. No estudo as autoras constataram que a maior parte das atividades voltadas para as famílias são planejadas sem que as necessidades e demandas dos sujeitos envolvidos sejam conhecidas, tratando-os de forma homogeneizada.

Para a maioria dos sujeitos do estudo, o cuidado é entendido como intervenções sobre sinais e sintomas para obtenção da cura ou melhora do prognóstico da doença. Para as autoras do trabalho, a verdadeira ação terapêutica amplia o cuidado dos aspectos biológicos englobando aspectos sociais e psicológicos.

As autoras constataram também que os trabalhadores sempre prestam algum tipo de atendimento aos familiares, mas não reconhecem esse ato como uma ação efetiva de cuidar, apresentam uma visão de cuidado como uma ação a ser desenvolvida com uma ação orientada por uma concepção do processo saúde-doença pautada no modelo médico, centrado na intervenção sobre os sinais e sintomas, com vistas à estabilização do quadro. Além disso, as atividades dos trabalhadores estão organizadas pela lógica da divisão do trabalho de acordo com a especialização e formação do trabalhador, sempre respeitando uma hierarquia cuja medicina está à frente das outras categorias envolvidas.

Segundo Colvero et al. (2002), qualificar o diagnóstico psiquiátrico do quadro apresentado pelo familiar exige a mobilização de um jogo significativo entre o conhecimento institucional (político, administrativo, profissional) e o conhecimento dos grupos sociais (família, comunidade) sobre o processo saúde-doença mental. Este jogo ocorre por meio da comunicação, como veículo que irá convertendo o doente mental nesse outro diferente, formando assim uma representação que terá o duplo papel “de tornar o estranho familiar e o invisível em perceptível”.

Em seu estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial da cidade de São Paulo constatou que os familiares dos atendidos não explicam nem compreendem plenamente a doença mental de seu ente. Seus depoimentos são marcados pela pluralidade de sentido, de significados que demonstram a diversidade de maneiras de compreenderem e explicarem o binômio saúde-doença mental.

O fato de os trabalhadores não reconhecerem essas intervenções junto ao cuidador como uma ação de cuidado faz com que os familiares sejam vistos simplesmente como informantes sobre a situação do paciente, recebendo orientações que devem ser seguidas à risca. Consequentemente, as suas demandas por atenção muitas vezes acabam sendo ignoradas, o que pode acarretar na dificuldade ou insucesso do tratamento do ente adoecido.

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).

Por outro lado, os serviços extra-hospitalares têm como uma de suas funções oferecer atendimento às famílias para esclarecer acerca da sintomatologia da doença e torná-las aliadas e colaboradoras no tratamento, mantendo o portador desinstitucionalizado para que assim possa ser compreendido em sua singularidade.

A Estratégia Saúde da família- ESF, a partir da nova concepção de saúde mental, deve busca romper com o modelo biomédico orientado para a cura de doenças e para o hospital. A atenção deve centrar-se na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que deve possibilitar às equipes uma compreensão ampla do processo saúde-doença e da necessidade de ações que devem ultrapassar a prática curativa.

A ESF, focando suas ações sobre uma população definida através da territorialização, e tendo uma equipe de saúde responsável por cada área, possibilita conhecer a realidade de cada família e seus recursos, bem como os da comunidade, e identificar, com bastante clareza, suas demandas de cuidado. É no âmbito do território, da família e da comunidade que as ações se voltam para os sujeitos e suas famílias de maneira tal que os instrumentalize para o viver cotidiano com a pessoa portadora de transtorno mental (SPRICIGO, TAGLIARI e OLIVEIRA, 2010 p.29)

O matriciamento - entendido como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, a partir da integração da saúde mental à atenção primária, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica- deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, assim como um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população.

Espera-se que o apoio matricial englobe não só as equipes, mas inclua a gestão, o paciente, a família e a comunidade na busca de adesão e construção de um projeto terapêutico efetivo, que leve em consideração todos os determinantes que influenciem no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico, assim como na saúde e dinâmica de vida dos familiares diretamente envolvidos no cuidado.

As ações de saúde mental na saúde da família devem se fundamentar nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica, conforme expressa Correia et al (2011):

O princípio da Reforma Psiquiátrica é a desinstitucionalização e pressupõe a manutenção do doente mental em seu território, ou seja, no seu cotidiano, evitando a internação e, se esta for necessária, que seja de curta duração e preferencialmente em emergência psiquiátrica, possibilitando assim a preservação dos seus vínculos com seus familiares e suas redes sociais (Correia et al, 2011, p.5)

É fundamental garantir à pessoa com transtorno mental o direito de ir e vir, de ser ouvido, de opinar, de ser tratado com dignidade e respeito. Ele deve ser respeitado em seu desejo de participar da vida em família, o que se reflete em estímulos que o motivam a se expressar, efetivando-se, assim, sua inclusão no contexto familiar e comunitário.

A crise pela qual as práticas de saúde contemporâneas passam é contraditória ao seu expressivo desenvolvimento técnico-científico. Essas práticas encontram sérias limitações para responder, efetivamente, às complexas necessidades de saúde de grupos e indivíduos (AYRES apud KEBBE et al. 2014). Os equipamentos de saúde mental, após a Reforma Psiquiátrica, têm que disponibilizar atenção integral aos usuários e familiares. O que incorre na disponibilização de uma clínica ampliada que abarque a integralidade das necessidades sociais e de saúde dos usuários e familiares desses equipamentos, envolvendo suporte clínico-terapêutico e reabilitação psicossocial.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma psiquiátrica assim como as exigências que essas mudanças impõem às famílias e aos profissionais de saúde nas diferentes modalidades de atenção ainda se apresenta como um desafio. A família, ao se deparar com um ente com doença mental tende ainda a negar

ou ocultar o fato e, dependendo do estágio da doença, pode vir a causar desequilíbrio nas relações familiares, pois cada membro desta terá uma visão e uma forma diferente de lidar com o membro adoecido.

Embora ainda prevaleça o estigma social sobre a pessoa com transtorno mental a família reconhece que ela demanda cuidado diferenciado e atenção, ainda que a mesma não saiba como enfrentar a maioria das demandas, podendo causar adoecimento também no grupo familiar.

A clássica visão sobre a família na qual recai a responsabilização sobre o adoecimento dos seus membros ainda se mostra como um dos fatores que dificultam a parceria para o cuidado. Deste modo percebemos que serviços assumem a atenção ao usuário sem demonstrar possibilidade de cuidar também das famílias.

O grande desafio nos parece ser a compreensão da indissociabilidade entre indivíduo e família, estando aí compreendidos aspectos de adoecimento e de cuidado. O matriciamento surge como forma de aproximar as equipes de saúde a atenção primária dos usuários e seus familiares, no sentido de tornar possível esse cuidado extensivo ao cuidador. Afim de trabalhar não só as questões de como esta pessoa pode ajudar o seu familiar, mas o que deve fazer ou não fazer para que ele mesma melhore.

É necessária a construção de um espaço de cuidado para as famílias a partir de um efetivo e cotidiano investimento na qualidade das relações entre pacientes, familiares e os profissionais. Esse processo deve acontecer no dia a dia das práticas de saúde, tanto nos espaços especializados como os espaços alternativos comunitários.

A reforma preconiza o não-afastamento do usuário do seu meio, então precisamos ter aproximação também com os estudos já existentes e estimular novas produções acerca desse processo, na perspectiva de contribuir para a efetivação dos vários espaços do cuidado, ampliando-o ao cuidador e possibilitando melhores resultados no processo do tratamento do adoecido e de sua família.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A reforma psiquiátrica brasileira e a política de saúde mental. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/vpc/reforma.html>> Acesso em: 28 de set 2018.

ALMEIDA, A. C. M. C. H. de; FELIPES, L.; DAL POZZO, V. C. O impacto causado pela doença mental na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 6, Porto, dez. 2011.

ALMEIDA, H. **A enfermeira no contexto da educação sexual dos adolescentes e o olhar da família.** Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/14404/2/capa.pdf>> Acesso em: 25.abr.2019.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro** / Daniela Arbex. 1. ed. São Paulo: GeraçãoEditorial, 2013.

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

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, 2005

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

BORBA, L. de O.; PAES, M. R.; GUIMARÃES, A. N.; LABRONICI, L. M.; MAFTUM, M. A. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev Esc. Enferm USP** 2011.

CAMPOS, A. C. M. et al. O impacto causado pela doença mental na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 6 Porto dez. 2011.

CHIAVERINI, D. H. et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Organizadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COLVERO, L. de A.; IDE, C. A. C.; ROLIM, M. A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc. Enferm, USP** 2004.

CONEJO, S. H.; COLVERO, L. de A. O cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. **Rev. Min. Enf.** 2005 <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/462>> Acesso em: 24 nov. 2019.

CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. de A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP.** vol. 45, no. 6. São Paulo. Dezembro, 2011.

DUARTE, M. de L. C.; SOUZA, J. de K.; PINHO, L. P.; BARBOSA, L. Diferentes abordagens à família em saúde mental presentes na produção científica da área. **REME – Rev. Min. Enf.**; 11(1): 66-72, jan/mar, 2007.

FREITAS, B. L. **A Evolução Da Saúde Mental No Brasil:** Reinserção Social disponível em: <https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/a_evolucao_da...>. Acesso em: 25 out. 2019.

GARCIA, E. **Pesquisa Bibliográfica Versus Revisão Bibliográfica** - Uma Discussão Necessária. *Línguas & Letras*, v. 17, n. 35, maio 2016. ISSN 1981-4755. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/linguaseletras/article/view/13193>>. Acesso em: 12 fev. 2020.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T.; **Método De Pesquisa**, Universidade Aberta do Brasil UFRGS. 2009.

Jornal Estadão disponível em: <<https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-maior-taxa-de-transtorno-de-ansiedade-domundo-diz-oms,70001677247>>. Acesso em: 28 set 2018.

KEBBE, L. M.; RÔSE, L. B. R.; FIORATI, R. C.; CARRETTA, R. Y. D. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde debate** 38 (102) set.2014 <

<https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n102/494-505/>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MADEIRA, T.; CUNHA, D. **As dificuldades e desafios da família envolvida com portador de transtorno mental** Itajaí- SC, 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2016/02/Maria-Teresinha-Madeira.pdf>> acessado em 28 set. 2018.

MIELKE, F. B.; KOHLRAUSCH, E.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010 out/dez;12(4):761-5.

OLIVEIRA, M. F. de. **Metodologia Científica: Um Manual Para A Realização De Pesquisas Em Administração** / Maxwell Ferreira de Oliveira. -- Catalão: UFG, 2011.

OLIVEIRA, C. V. M. de.; SANTANA, R. **A Família Na Atualidade: Novo Conceito De Família, Novas Formações E O Papel Do IBDFAM** (Instituto Brasileiro de Direito de Família). Universidade Tiradentes – Unit Aracaju 2015.

PRODANOV, C. C. **Metodologia do trabalho científico** [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PIZZANI, L.; BELLO, R. C. da; HAYASHI, S. F.; INNOCENTINI, M. C. P. **A Arte da pesquisa biográfica na busca do conhecimento** <www.sbu.unicamp.br/seer/ojás/index.php> Acesso em: 15 out. 2019.

Reforma Psiquiátrica < <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da>> Acesso em: 22 out .2019.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica** in -TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário (org.). Cidadania e loucura – Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. **A família e o cuidado em saúde mental.** *Barbaroi* [online]. 2011, n.34, pp. 146-160.

SPRICIGO, J. S.; TAGLIARI, L. V.; OLIVEIRA, W. F. de. **Saúde mental e dependência química.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2010.

TREINTAA, F. T.; FILHO, J. R. F.; SANT'ANNAC, A. P.; RABELOD, L. M. **Metodologia de pesquisa bibliográfica com a utilização de método multicritério de apoio à decisão** <http://www.scielo.br/pdf/prod/2013nahead/aop_prod0312.pdf> Acesso em: 07 nov. 2019.