

Ciências Sociais e Humanas

CONSIDERAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO FAMILIAR DE PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

CONSIDERATIONS REGARDING FAMILY OF PEOPLE WITH MENTAL ILLNESS

Fernanda SeranttolaOss;¹
Jessica de Almeida;²
Letícia Rani Pimenta Almeida;³
Lorena Rodrigues da Silva Martinelli;⁴
Maria Isabel dos Santos Silva;⁵
Dra. Maila Beatriz Goellner.⁶

RESUMO

O exposto estudo de cunho bibliográfico, parte das considerações sobre a relação familiar de pessoas com doença mental. Sabe-se que o primeiro contato que o indivíduo possui é na maioria das vezes com a família, sendo este um ambiente favorável para seu desenvolvimento pessoal e social. O objetivo do trabalho se baseia em abordar a relevância da relação familiar para a qualidade de vida de pessoas com doença mental. Em suma a visão voltada para a família e a sua contribuição no campo da saúde mental se encontra em desenvolvimento. Buscou-se a posterior da realização desse trabalho destacar a necessidade de um acompanhamento psicológico e também demonstrar a importância do apoio da família e para a família pela equipe de saúde. Espera-se também que o mesmo contribua para a sensibilização social em relação à necessidade de políticas que busquem um olhar voltado para tais demandas sociais.

Palavras-Chaves: Doença Mental, Saúde Mental, Relação Familiar.

¹ Psicóloga formada pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Psicóloga formada pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente

³ Psicóloga formada pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente

⁴ Psicóloga formada pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente

⁵ Psicóloga formada pela Faculdade de Educação e Meio Ambiente

⁶ Psicóloga, Doutora pela UNIFESP, Pesquisadora do Grupo GECOPROS do CNPq.
mailabeatriz@gmail.com.

ABSTRACT

The foregoing study of bibliographic nature, part of the consideration of the family relationship of people with mental illness. It is known that the first contact that the individual has is most of the time with the family, which is a favorable environment for their personal and social development. The work proposed is based on addressing the importance of family relationship to the quality of life of people with mental illness. In short a view toward family and its contribution in the field of mental health is in development. subsequent to the completion of this study we sought to highlight the need for psychological counseling and also demonstrate the importance of family support and family by the health team. It is also expected that it will contribute to the social awareness of the need for policies that seek a look back to such social demands.

Words-Keys: Mental Illness, Mental Health, Family Relationship.

1. INTRODUÇÃO

A relação familiar de pessoas com doença mental é permeada de dificuldades e angustias, sentimentos estes que a literatura pouco esboça. Sabe-se que esses indivíduos vêm ganhando espaço na sociedade principalmente na contemporaneidade. Segundo Borba ⁽¹⁾ “a família desde o princípio foi excluída do tratamento dispensado às pessoas com transtorno mental, pois os hospitais psiquiátricos eram construídos longe das metrópoles, o que dificultava o acesso dos familiares a essas instituições”.

De acordo com Fortuna e Batista ⁽²⁾, Phillipe Pinel um precursor na psiquiatria foi quem denominou vários tipos de desvios e alienações mentais, na busca de conhecimento científico e tratamento, surgindo assim os manicômios. No século XX as denominações mudaram, os manicômios são denominados de hospitais, assim como os institucionalizados chamados de asilados passam a ser chamados de internos, vistos no consultório como cliente, paciente, analisando ou em processo de terapia ⁽²⁾.

A evolução da reforma psiquiátrica não foi somente o que se modificou no processo de saúde mental ao longo dos anos, mas também a família começa a ser observada no processo de saúde e doença, sendo ela responsável na melhoria das doenças psíquicas ou em sua piora ⁽³⁾.

Na contemporaneidade a participação da família na área da saúde torna-se crescente e de fundamental importância, sobretudo no campo da saúde mental, onde participam de forma ativa nas decisões na busca de melhorias para os pacientes psiquiátricos ⁽⁴⁾.

O papel da família dentro do tratamento das pessoas com doença mental passou a ser de extrema importância a partir da recente postura na área da saúde, onde valoriza as informações que a família possui, não somente o sintoma que o paciente apresenta, mas com uma fonte colaborativa na melhora do paciente. É trabalho singular da família o desenvolvimento no meio social das pessoas com problemas mentais. A forma como a família vivencia a sua dinâmica funcional influencia no processo colaborativo do desenvolvimento e no apoio que ela irá fornecer, para tanto a família precisa estar preparada ⁽⁵⁾.

Diante do exposto, questiona-se como a família se encontra preparada para acolher as pessoas que possuem doença mental? Como a equipe de saúde enxerga a família nesse processo? Essa relação pode influenciar na evolução da melhora dos indivíduos?

Esse trabalho se justifica pela necessidade de se ter um olhar voltado para a relação familiar de pessoas com transtornos mentais e os sofrimentos advindos da sintomatologia da doença. Dessa forma, os objetivos desse trabalho são: apresentar brevemente o processo evolutivo da doença mental (termos, visão); demonstrar os anseios vivenciados pela família de pessoas com doença mental e descrever a relevância da família como participante no processo da saúde mental.

2. METODOLOGIA

Este estudo foi uma pesquisa bibliográfica seguindo os preceitos metodológicos referidos por Gil ⁽⁶⁾. De acordo com Gil ⁽⁶⁾, uma pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já publicado e possui a vantagem de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente.

Essa pesquisa foi realizada no ano de 2015. Foram utilizados para a construção desse trabalho artigos indexados e publicados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na plataforma da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura

Latino-Americana e Caribe (LILACS), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic) e acervo referente ao tema na Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, em Ariquemes-RO. Para seleção dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores: Doença Mental, Saúde Mental, Relação Familiar.

A pesquisa bibliográfica teve como critério de inclusão publicações que compreenderam o período de 1961 a 2014. E como critério de exclusão trabalhos que não se encaixaram na temática.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Breve caracterização histórica da doença mental

A doença mental envolve perturbações de ordem psiquiátrica. Cobb e Mittler⁽⁷⁾ apontam que o emprego do termo doença mental é utilizado com o intuito de englobar várias inquietações que interferem no sistema dos indivíduos como um todo, não sendo vista como um tipo de deficiência, mas como falhas na compreensão da realidade que é alterada.

No fim da Idade Média e na Renascença, a loucura é uma expressividade do indivíduo envolta em mistério, muitas vezes associada a forças mágicas, na qual o dito louco se apresenta como o revelador das contradições e hipocrisias sociais⁽⁸⁾.

Na Grécia Antiga e para alguns filósofos que viveram nessa época, a loucura era caracterizada como algo divino, dessa forma, ter transtorno mental era visto como uma dádiva de Deus. Nessa senda, o delírio era destacado como o caminho para o acesso aos fatos da divindade, o que não implica dizer que os indivíduos que apresentavam delírios fossem considerados normais, mas sim condutores de uma *desrazão*⁽⁹⁾.

Segundo Foucault⁽¹⁰⁾, foi na Era Clássica que a loucura passou a ser vista como um risco para a sociedade, tendo sido delineada como um fator de desorganização familiar, social e de ameaça para o Estado.

Sendo assim, nos primórdios, o adoecimento mental era qualificado como uma disfuncionalidade do sistema nervoso do indivíduo, no qual estes eram identificados como loucos. Pontuando que foi a partir do século XVIII, que esses indivíduos passaram a ser apontados como seres doentes⁽¹¹⁾.

Desse modo, como implicação relacionada mais diretamente com a segregação do denominado de louco, ocorreu principalmente o desenvolvimento da alienação através do isolamento dos excluídos em ambiente estranho e não familiar ⁽⁸⁾.

Assim, foi com a Declaração dos Direitos do Homem, promulgada pela Assembleia Nacional Constituinte da França revolucionária em 26 de agosto de 1789, que se encerrou a fase do internamento, diante da prerrogativa de que ninguém seria detido a não ser nos casos da lei. É de suma relevância destacar, que a emergência da loucura como doença mental se fomentou gradativa e intensamente através de macromomentos históricos, no transcurso do Classicismo para a Modernidade⁽⁸⁾.

Apesar da abrangente divulgação de materiais nessa área e da visão da loucura como uma doença, o tratamento direcionado às pessoas era inadequado. Com isso, os pacientes eram segregados do âmbito social decorrente da crença que o contato social, até mesmo com a família, poderia desencadear a piora dos indivíduos; o que iria prejudicar tanto ele como a sua família. É a partir do século XIX o termo doença passa a ser designado de doença mental ⁽¹¹⁾.

No que concerne ao sistema hospitalocêntrico, este tinha como objetivo a retirada das pessoas consideradas como doentes mentais do seu convívio social, tratando-as e inserindo-as através de tratamentos doloridos, como eletrochoques, convulsoterapia entre outras formas de procedimentos, que ocasionavam intensos sofrimentos nos pacientes. Em complemento, esses sujeitos viviam encarcerados, amarrados, expostos a lugares insalubres, tornando-se vítimas dos mais variados abusos⁽³⁾. De acordo com Santin e Klafke⁽³⁾, para a medicina o processo de loucura era visto como algo que fugia dos padrões da normalidade.

Retornando com Foucault ⁽¹²⁾, conforme ele, as pessoas com doenças mentais eram transportadas em grande número por mercadores e marinheiros para longe das cidades de origem. O intuito era que as cidades fossem “limpas” de suas presenças. Assim, a sociedade buscava livrar-se de parte da população que não condizia com os padrões de normalidade.

Na senda do período antecedente à Revolução Francesa, que ocorreu em 1789 e finalizou a Idade Moderna, já era observado a individualização da loucura, no intuito da liberação dos internados referentes à imoralidade, a conflito familiar e à libertinagem leve.

Porém, os ditos loucos eram explicitamente mantidos enclausurados e, não raro, acorrentados ⁽⁸⁾.

A Reforma Psiquiátrica revolucionou a prática de abordagem da loucura. Ela humanizou, alterou a clínica e o processo de trabalho direcionado ao cuidado do identificado como louco, reinscrevendo o sofrimento e dando-lhe justa significação: uma contingência na experiência humana⁽¹³⁾. Logo, a reforma psiquiátrica que ocorreu aproximadamente no ano de 1970 em contraposto ao modelo asilar, teve como intuito a retirada das pessoas das instituições manicomiais, visando a melhoria no atendimento e a diminuição de mortes que ocorriam nas instituições ⁽¹⁵⁾.

Ao romper com a tutela do saber técnico especializado, a luta antimanicomial implantou na agenda das cidades o debate sobre o lugar social da loucura, colocando-a no âmbito da democracia e não mais uma questão restrita a especialistas e a profissionais. Pois como pauta política, compete aos cidadãos a sua condução e seu futuro. Ratificando que a institucionalização da loucura anuncia um dos mais completos e sólidos processos de desumanização, pois relaciona dois modos distintos e complementares de violência: a segregação dos corpos que se articula e duplica o processo de exclusão e de anulação da subjetividade ⁽¹³⁾.

No ano de 1961, alguns teóricos descaracterizaram a loucura como um tipo de doença, pois para eles, ela era o reflexo do desequilíbrio nas relações sociais e familiares no qual o indivíduo estava inserido. Referente ao Brasil, no que diz respeito ao tratamento de indivíduos com transtorno mental, este é tradicionalmente realizado sobre a visão da medicina com suas ações lineares, afastando o desenvolvimento de ações nos sistemas que as pessoas com doença mental estão envolvidas com a família e comunidade ⁽¹⁴⁾. Vale destacar que no âmbito nacional o trabalho na área da psiquiatria não é algo novo, tendo o Hospital Dom Pedro II como o pioneiro na assistência de pessoas com transtornos mentais ⁽¹⁵⁾.

A criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que ocorreu no ano de 1978, foi outro grande feito para a crescente Reforma Psiquiátrica, culminando diversos acontecimentos neste sentido. O objetivo do MTSM era a de prestar ampla assistência às pessoas com transtornos mentais, através de denúncias aos maus tratos que ocorriam nos manicômios. O ano de 1987 foi um marco para o progresso da saúde

mental no Brasil, com a realização do segundo Congresso Nacional do MTSM em Bauru no Estado de São Paulo e a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro. Foi nesse momento que surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo. E o primeiro trabalho fomentado pelo CAPS sucedeu em 1989, um ano após sua criação, no Hospital Psiquiátrico de Santos a Casa de Saúde Anchieta em São Paulo. Sendo relevante para mostrar a necessidade da criação de algo que suprisse os hospitais psiquiátricos, ambientes estes que no qual se utilizavam de violência, por vezes levando o paciente a óbito⁽¹⁶⁾.

De acordo com Andreoli et al. ⁽¹⁷⁾o CAPS possui várias modalidades em seu atendimento, são elas: “(1) hospitalidade integral, na qual o usuário permanece internado; (2) hospitalidade diurna; (3) hospitalidade noturna; (4) atendimentos individuais, realizados exclusivamente com o usuário e família na forma de entrevistas, aconselhamento ou intervenções terapêuticas de diversas naturezas; (5) atendimentos grupais, realizados pelos profissionais da unidade na forma de assembleias, grupos operativos, grupos terapêuticos e outras atividades das quais pode participar a família; (6) ambulatório médico-psiquiátrico de acompanhamento clínico; (7) abordagens extra-institucionais realizadas com ou para o usuário e família, tais como visitas domiciliares, passeios, acompanhamento e interconsultas; (8) reabilitação psicossocial para os usuários que integram alguma ação de caráter específico de reabilitação, tais como os projetos da SeRP ou centro de convivência e (9) outros, tais como triagem e medicação assistida. Esta última consiste na administração ou fornecimento de medicação garantindo a continuidade do tratamento”.

O CAPS surge como parte fundamental do processo de desinstitucionalização, assim como as residências terapêuticas e os centros de convivência, cujo objetivo era retirar os indivíduos das instituições que permaneciam por tempo integral e inseri-los na sociedade. No trabalho de inserção com a família o agente comunitário de saúde tem papel importante nesse sentido, pois é ele que possui contato direto com a família e com suas necessidades em relação ao processo de saúde ⁽¹⁸⁾.

Como foi exposto acima existem diversos sistemas que buscam dar suporte aos usuários e as famílias substituindo os hospitais psiquiátricos, visando a não internação absoluta hospitalar. Jorge et al. ⁽¹⁹⁾ apresentam que o CAPS, assim como diversos outros trabalhos que visam auxiliar as famílias e seus usufrutuários, buscam evitar ao máximo a

institucionalização dos pacientes, somente quando for extremamente necessário, já que a convivência familiar é vista como primordial para o processo de socialização.

3.2 Anseios vivenciados pela família de pessoas com doença mental

Com o passar dos anos houve uma grande modificação na compreensão de família, esta sendo vista como um conceito mais abrangente. A partir do momento em que os indivíduos decidem se unir para constituir uma família, um novo sistema já está sendo gerado possibilitando ao casal novas vivências, relacionamentos, responsabilidades entre outros aspectos. É importante salientar que um indivíduo na relação seja ela qual for não corresponde totalmente a necessidade do outro, por isso precisam estar sempre se ajustando para o equilíbrio das obrigações de ambas as partes. A comunicação é um processo importante neste contexto, pois possibilita ao casal e a toda a família ao dar e o receber de informações, seja ela de forma verbalizada ou não ⁽²⁰⁾.

Outro aspecto importante a mencionar é que até o ano de 1980 a família possuía pequena participação no convívio com seus familiares com transtorno mental. As informações sobre os cuidados aos quais os pacientes eram submetidos eram controladas pelas instituições psiquiátricas, assim como as visitas familiares que eram restritas. A família só tinha acesso as informações que eram relatadas pela instituição, as correspondências encaminhadas aos institucionalizados muitas vezes não eram entregues, pois acreditava-se que esse tipo de contato seria um aspecto negativo no processo terapêutico⁽²¹⁾.

Dessa forma, conforme pontua Melman⁽²²⁾, a família demonstra necessidade de conhecimento sobre a doença, bem como de seus sintomas e efeitos, devendo ser compreendida nesse contexto a fim de que não se separe a doença do contexto familiar para que esta possa enfrentar a doença com mais segurança e menos sofrimento para que possa investir na recuperação/melhora do integrante doente.

Melman⁽²²⁾ ainda assegura que a doença significa mais do que um conjunto de sintomas, possui outras representações de ordem simbólica, moral, social ou psicológica para o doente e a família.

Baptista ⁽²³⁾ traz que as dificuldades enfrentadas pela família são diversas, possivelmente um dos fatores relacionados ao sofrimento esteja conexo ao

desconhecimento dos sintomas que a doença apresenta e a evolução do quadro. Conforme o autor ⁽²³⁾ sendo a família “[...] a base para uma estrutura emocional para o paciente portador de transtorno mental, tanto para a prevenção de uma crise, quanto para a sua manutenção e recuperação”.

Em um estudo realizado por Romagnoli⁽²⁴⁾ na categoria denominada “dinâmica de funcionamento familiar” mostrou que as famílias entrevistadas estruturavam seu cotidiano em torno da doença mental e que essas mudanças afetavam as relações entre os membros da família e podiam alterar, inclusive, a convivência com a família extensa, que se afastava diante da instabilidade da doença mental. Diante do relato de uma das famílias, foi dito que precisaram alterar a ocupação dos cômodos da casa e deixar um quarto somente para o membro doente, disponibilizando um espaço inexistente. Essa modificação tanto na convivência familiar quanto na ocupação da casa, de acordo com a autora, se fez necessária pela sintomatologia apresentada, que mudou hábitos de sono, alimentação e humores.

Outro aspecto relevante é que a família fica sobrecarregada de responsabilidades em lidar com uma pessoa doente, essa mudança no cotidiano envolve todos os aspectos, seja o meio social como também no financeiro, gastos advindos das necessidades que vem a surgir. Compreender a importância da participação da família no contexto de saúde e doença torna-se um meio eficaz no trabalho elaborado pela equipe de saúde ⁽²⁵⁾.

Segundo Souza e Scatena⁽²⁶⁾ a sobrecarga é caracterizada pelos encargos econômicos, emocionais e físicos que a família é submetida, também a convivência com o doente mental “representa em peso material, subjetivo, organizativo e social” ⁽²⁶⁾.

Em relação a convivência familiar e as sobrecargas a que são submetidas as famílias de pessoas com doença mental, Pereira e Júnior ⁽²⁷⁾ falam de três tipos, que são: *financeira, física e emocional*. Além dessas sobrecargas, o lazer também é comprometido. Também traz consigo o desenvolvimento de angústias e sentimentos como: *culpa, vergonha e isolamento social* ⁽²⁷⁾.

Os autores supracitados referem sobre o desenvolvimento de angústias e sentimentos de culpa, vergonha e isolamento social. Nesse sentido, Pereira e Júnior ⁽²⁷⁾ ressaltam que “[...] os familiares dos pacientes pedem escuta, acolhimento e ajuda para amenizar sua experiência com a pessoa acometida de transtorno mental”.

Com relação à sobrecarga financeira infere-se que os gastos são altos muitas vezes com medicamentos e consultas médicas. Em relação à sobrecarga física, infere-se que o(s) cuidado(s) ao qual (is) os familiares têm que apresentar junto ao(s) indivíduo(s) com deficiência mental, tendo muitas vezes que realizar atividade(s) que estes não são capazes de realizarem sozinhos, como tomar banho, se alimentar entre outros. E em relação à sobrecarga emocional pode-se hipotetizar que esta é mais complexa, pois envolve todas as sobrecargas por elas apresentadas, a família tem de lidar com as crises e todos os sintomas que a doença traz consigo, esta que requer muito de seu tempo e dedicação, o que faz com que a família tenha um desgaste emocional elevado.

Outros autores como Borba, Schwart e Kantorki⁽²⁸⁾ articulam a respeito das sobrecargas sentidas na família, sendo elas: a sobrecarga do cuidado, onde demonstra-se que a família acaba, muitas vezes, se configurando como um sistema funcional de zelo, preocupação e presença. No entanto, o cuidar “torna-se tarefa por vezes difícil, seja pela falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família, seja pela demanda do familiar doente”⁽²⁸⁾. Também a sobrecarga física e emocional ⁽²⁸⁾.

Quanto à sobrecarga física e emocional, as autoras afirmam que as pessoas que convivem com a realidade da doença mental ficam de forma física e emocionalmente esgotadas devido “a privação do sono ou pelo fato de não suportarem mais as implicações que essa convivência gera” ⁽²⁸⁾. De acordo com as autoras, muitos familiares de doentes mentais desenvolvem sintomas como irritabilidade, nervosismo, ansiedade, insônia, somatizações como gastrite, hipertensão arterial, problemas de coluna entre outros.

Não se trata somente de questões internas, mas também do meio social ao qual a família se encontra, que possui dificuldade em entender a doença, tendo a família que enfrentar diversas situações, encontrando na dificuldade de aceitação das diferenças da sociedade um dos principais problemas de se lidar ⁽²⁹⁾.

A influência do sofrimento mental no ambiente familiar acarreta mudanças nos hábitos, costumes e rotinas dessa família ⁽²⁸⁾.

A pesquisa de Borba, Schwart e Kantorski⁽²⁸⁾ teve como objetivos conhecer a sobrecarga da família que convive com o sofrimento psíquico de um ente com doença mental. Segundo as autoras, a análise dos resultados apontou três aspectos: sobrecarga financeira; sobrecarga no cuidado; sobrecarga física e emocional.

Quanto à sobrecarga financeira, as autoras afirmam que “[...] presença da sobrecarga financeira no contexto diário das famílias esta ganha proporções maiores, pois além da preocupação em suprir as necessidades da casa e do tratamento, os demais integrantes da família sofrem privações em decorrência do orçamento rígido e controlado”⁽²⁸⁾.

Outro aspecto relevante que emergiu na pesquisa de Souza e Scatena⁽²⁶⁾ foi o sentido da família do doente mental como motivadora e sofredora de preconceitos. Em relação ao aspecto motivador de preconceito, os autores relatam a atitude da família em esconder o doente, possuir um sentimento de vergonha ou usar palavras depreciativas ao se referirem ao doente. E quanto ao aspecto da família ser sofredora de preconceito, os autores apontam que este é vivenciado entre os vizinhos e a comunidade em geral.

Os autores Colvero, Ide e Rolim⁽³⁰⁾ relatam que os familiares que procuram o auxílio e suporte nos serviços de saúde mental e de seus profissionais, apresentam demandas de ordens variadas como dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída devido aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita.

Nos depoimentos os autores perceberam que depois da primeira crise diagnosticada os familiares puderam nomear a doença mental de seu filho ou irmão como um “comportamento diferente”, que era percebível desde a infância e ou adolescência, um período que foi sendo atenuado, aguentado na tentativa de relativizar sua gravidade⁽³⁰⁾.

No que diz respeito ao “comportamento diferente” os discursos apontam que: “[...] faz coisas diferentes que as pessoas normais não costumam fazer, por exemplo não se comportam de acordo com as normas sociais e familiares; não são responsáveis; não avisam onde vão; faltam ao trabalho ou não querem trabalhar; não cuidam de suas coisas e de si mesmo; muitas vezes envolvem – se com atividades ilícitas; expressam ideias que estão fora da realidade; isolam-se e não interagem adequadamente com as pessoas que os cercam”⁽³⁰⁾.

Os mesmos autores acima citados relatam que no decorrer dos depoimentos os familiares expressam os sentimentos mobilizados nessa convivência que para eles é um alguém que desconhecem, contudo, a atribuição de diferentes explicações ao comportamento apresentado pelo familiar doente mental pode demonstrar que eles estão procurando respostas para o que de fato tem seu filho ou irmão, sendo que para uns é criancice, meio de vida, falta de responsabilidade, preguiça e para outros é problema da mente, do espírito. “Nessa convivência, o tempo da doença é identificado pelos aspectos negativos impostos pelos comportamentos que despertam o estranhamento e o desconforto”⁽³⁰⁾.

Os autores supracitados⁽³⁰⁾ relatam em sua pesquisa que os depoentes destacam que a convivência com o familiar doente mental é caracterizada por um sentimento de insegurança e desconforto perante a imprevisibilidade de suas ações, pois convivem com a expectativa de que a possa acontecer algo inesperado a qualquer momento.

Os familiares em “suas falas apresentam julgamentos, pré-juízos, receios, dúvidas e fragilidades, face ao que é implicitamente suposto ser um diferente incurável, um fenômeno incontrolável e imprevisível”.⁽³⁰⁾ Contudo, torna-se para estes familiares uma experiência que lhes escapa, despertando os sentidos pelos sentimentos mobilizados na convivência diária. Onde seus depoimentos são assinalados pela multidão de sentidos e significados que atestam a variedade de formas de compreenderem e explicarem o binômio saúde-doença mental⁽³⁰⁾.

“O aparecimento de um transtorno mental na família é causador de ansiedade e tensão, que passa por uma reestruturação, na tentativa de busca de alternativas”⁽²³⁾. Batista⁽²³⁾ descreve que a família enfrenta dificuldade em algumas situações, possivelmente por falta de conhecimento fundamental sobre a doença vivenciada pelo seu familiar, assim na maioria das vezes não entende a manifestação e o progresso do quadro clínico da patologia.

Este mesmo autor⁽²³⁾ relata que o adoecimento mental de um membro da família de forma geral representa um forte abalo aos familiares, onde a vivência da catástrofe desestrutura as maneiras habituais de lidar com situações do cotidiano, sendo que muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabendo como agir, vivenciando dúvidas e conflitos.

Batista ⁽²³⁾ ainda descreve sobre as implicações que esse novo convívio pode trazer: “A convivência prolongada desencadeia implicações, como a mudança das práxis normais, diminuição da renda familiar, consequências da doença na esfera emocional da família, o acerto nos relacionamentos e papéis internos e uma provável alteração na posição social da família, que provem do estigma que cerca o transtorno mental” ⁽²³⁾.

Segundo Baptista ⁽²³⁾, a busca pela explicação para o surgimento do transtorno mental perturba o imaginário das famílias, ou seja, percebe-se que os familiares sempre tentam encontrar resposta para o aparecimento do transtorno mental. Entre as dúvidas a família tenta buscar respostas que possam trazer explicações sobre o aparecimento do transtorno no familiar.

O sofrimento causado pela doença mental reflete não somente no indivíduo, mas também afeta toda a sua estrutura familiar. A família ainda é vista pela saúde como uma pequena contribuinte para a melhora na qualidade de vida dessas pessoas, acredita-se que a saúde observará a importância da família nesse processo de forma abrangente a partir do momento em que os sistemas foram se aprimorando e definindo de forma clara a relevância da mesma para o desenvolvimento social e melhora dos indivíduos. A saúde tem trabalhado nesse sentido, com políticas que buscam a inserção social e não somente tendo como foco a doença ⁽³¹⁾.

a. A família observada como fundamental participante no processo da saúde mental

Com a reformulação da assistência psiquiátrica após a Reforma Sanitária a família assume um importante papel na ressocialização e cuidado daqueles que sofrem de doença mental ⁽²⁸⁾.

Na contemporaneidade a família vem sendo observada como grande participante no campo da saúde, fundamental integrante no campo das políticas públicas sociais. Cabe a saúde o auxílio junto a família sobre a maneira de se trabalhar com seus familiares que possuem algum tipo de doença mental ⁽³²⁾.

O modelo biomédico possui foco na doença que o paciente apresenta, mas as famílias que convivem com a doença mental em algumas vezes focalizam o significado daquela doença, e quanto esta pode afetar a família como um todo, que é onde surgem as necessidades ⁽¹⁹⁾.

Borba ⁽¹¹⁾ enfatiza a importância da família principalmente no campo da saúde mental, a mesma é observada como de extrema importância para a inclusão das pessoas com transtornos mentais na sociedade, sendo a participante imprescindível no modelo de assistência psicossocial.

Em relação à participação da família na saúde mental de seus integrantes Borba ⁽¹¹⁾ afirma que “a família [...] deve ser considerada como artífice social vital para a efetividade da assistência psiquiátrica e percebida como um grupo com grande capacidade de acolhimento e readaptação de seus participantes” ⁽¹¹⁾.

Sobre o interesse da família de forma colaborativa Fortuna e Batista ⁽²⁾ apontam que ao longo do processo histórico a família sofreu com problemas para adaptar-se às necessidades das pessoas com transtornos mentais, as relações familiares foram avançando em conformidade com o avanço dos estudos na área da saúde mental, principalmente no que diz respeito à exclusão e preconceito da sociedade. Em contraposto ao que foi afirmado, a família também foi vista como fonte fundamental de amparo na busca de mudanças em relação à discriminação ⁽²⁾.

É preciso compreender cada família em sua singularidade e prover o suporte necessário, a fim de inseri-la como parceira no cuidado com o doente mental. Nas palavras de Souza e Scatena ⁽²⁶⁾ “necessitamos, pois, refletir sobre o cuidado às famílias que convivem com o doente mental, não como um evento definido em si mesmo, mas dentro de um modelo que propicie a pluralidade de diálogos e, assim, de construções – saberes e ações – entre profissionais e entre estes e as famílias” ⁽²⁶⁾.

Os autores ⁽²⁶⁾ mostram que a família precisa estar presente no cuidado do doente mental e como um lugar privilegiado para seu tratamento. Além disso, os autores referem à família como o foco do cuidado em saúde e apontam para a sobrecarga por ela sofrida, reforçando a ideia de que quem cuida precisa ser cuidado.

A família é o primeiro contato que o indivíduo possui com a esfera social, dentre outros vários aspectos ela é apontada como indispensável na vida do indivíduo. Para diversos autores como Carvalho e Almeida ⁽³³⁾, estes apontam que para o indivíduo se desenvolver ele necessita do apoio familiar, a família fornece a assistência necessária para a sobrevivência, seja ela na sua função básica, como alimentação, moradia entre outras, mas também quando transmite os valores sociais de que os indivíduos necessitam para um

relacionamento social saudável. Mesmo com vários fenômenos mundiais acontecendo como exemplo a redução do tamanho das famílias em decorrência dos avanços da modernidade, os autores acima citados ⁽³³⁾ colocam que a importância da família para o desenvolvimento do indivíduo ainda é vista como importante no mundo todo.

Para Rodrigues e Palma ⁽³⁴⁾ o ambiente familiar é responsável pelo desenvolvimento do indivíduo com transtorno mental, onde estes criam laços afetivos, desenvolvem seus valores e suas culturas. Visto que a família é responsável por buscar apoio na equipe de saúde, trabalhar com estas é um componente essencial ⁽³⁴⁾.

4. CONSIDERAÇÕES

Demonstrou-se que a família de pessoas que possuem transtornos mentais apresenta diversos anseios de acordo com as situações vivenciadas, e foi expresso a importância da família dentro do processo de saúde mental.

Não se pode negar que o processo histórico da saúde mental causou grande influência na sociedade, inclusive ao que se refere a crescente reforma psiquiátrica, com quebras de paradigmas e desinstitucionalizações, assim também a família estava inserida como participante neste processo que foi se modificando ao longo do tempo.

O relacionamento das pessoas com deficiência e seus familiares são permeados de dificuldades, principalmente se analisados desde os primórdios dessa relação, com a chegada de alguém que é visto como diferente ao longo da construção histórica na sociedade. Esse aspecto faz com que cada um da família tenha uma reação, seja de não aceitação ou de aceitação dessas pessoas que estão tentando se inserir no contexto familiar.

A família com indivíduos que tem deficiência mental lida com mudanças em sua estrutura psíquica de desequilíbrio emocional, portanto, o apoio a família é fundamental para a qualidade dos relacionamentos do sistema. O acompanhamento psicológico pode ser uma ferramenta de grande contribuição para amenizar o sofrimento e as ansiedades causadas nos pais, que não sabem o que esperar de uma situação nova a ser vivenciada.

Avaliar a qualidade da interação das famílias implica na adoção de múltiplos fatores, visando à saúde mental familiar. A união da família e sua organização contribuem de forma

significativa no bom funcionamento familiar e social como um todo, quando todos participam e se organizam para buscar uma dinâmica melhor de suas relações.

Sabe-se que o primeiro contato que o indivíduo possui é na maioria das vezes com a família, sendo este um ambiente favorável para seu desenvolvimento pessoal e social. Diante da realidade vivenciada pelas famílias de pessoas com doença mental e as transformações a que são submetidas, evidencia-se a importância em garantir a essas famílias a melhoria na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 - Borba, L. O.; Paes, MR.; Guimarães, AN.; Labronici, LM.; Maftum, MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Rev. EscEnferm USP. São Paulo, v.2, n. 45, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2015.
- 2 - Fortuna, GV; Batista, MS. A história da saúde mental: uma breve reflexão teórica. Barbacena, 2012. Disponível em: <<http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-8b94cfbb190f9559619ce29ace57381b.pdf>>. Acesso em: 07 agosto 2015.
- 3 - Santin, G.; Klafke, TE. A família e o cuidado em saúde mental. Rev. Escola de Enfermagem da USP. Santa Cruz do Sul. n.34, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n34/n34a09.pdf>>. Acesso em: 14 junho 2015.
- 4 - Moreno, V; Alencastre, MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Rev. Escola Enfermagem da USP. São Paulo, v.2, n. 37, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06>>. Acesso em: 10 setembro 2015.
- 5 - Góis, TB.; Santos, SCA.; Santos, EO. O Serviço Social como mediador na ressocialização de portadores de necessidades especiais. Mediador na ressocialização de portadores de necessidades especiais. Rev. Vozes dos Vales da UFVJM. [s.v] n. 2. 2012. Disponível em: <http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/OSERVI%C3%87OSOCIALCOMOMEDIADORNARESSOCIALIZA%C3%87%C3%83ODEPORTADORESDE-NECESSIDADES-ESPECIAIS_tatiana.pdf>. Acesso em: 20 setembro 2015.
- 6 - Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 2010.
- 7 - Cobb, HV.; Mittler, P. Diferenças significativas entre deficiência e doença mental. Rev. SNR. v. 31, n. 54, p. 12. 2005. Disponível em: <<http://www.cursosavante.com.br/cursos/curso526/conteudo7352.pdf>>. Acesso em: 05 julho 2015.
- 8 - Silveira, FA; Simanke, RT. A psicologia em História da loucura de Michel Foucault. Fractal: Revista da psicologia, Niterói: Universidade Federal Fluminense, v. 21, n. 1, p. 23-42, jan./abr. 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922009000100003>. Acesso em: 20 novembro 2015.

- 9 - Silveira, LC.; Braga, VAB. Acerca do Conceito de Loucura e Seus Reflexos na Assistência de Saúde Mental. Rev Latino-am Enfermagem. Ceará, v.4, n. 13, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>>. Acesso em: 05 junho 2015.
- 10 - Foucault, M. A História da Loucura na Idade Clássica (1961). 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.
- 11 - Borba, LO. Vivência familiar de tratamento da pessoa com transtorno Mental em face da reforma psiquiátrica. Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/bitstream/handle/1884/24485/LETICIApdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 01 outubro 2015.
- 12 - Foucault, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Editora Perspectiva S. A., 1978.
- 13 - Trajano, ARC.; Silva, R. Humanização e reforma psiquiátrica: a radicalidade ética em defesa da vida. Polis e Psique. V.2. 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/Fernanda/Downloads/40318-162542-1-PB.pdf>>. Acesso em: 02 outubro 2015.
- 14 - Silva, SF.; Diniz, JÁ.; Santos, BSP. Política pública em saúde mental: da inclusão familiar do Portador de transtorno mental ao provimento de cuidados. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Artigos%20REVISADOS/POL%C3%CA%20P%C3%9ABLICA%20EM%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%20D20I83%20FAMILIAR%20DO%20PORTADOR%20DE%20TRANSTORNO%20MENAL20AO%20PROVIMENTO%20DE%20CUIDADOS.pdf>>. Acesso em: 27 outubro 2015.
- 15 - Viana, CS.; Almeida, ACS. Estigmas e preconceitos acerca da pessoa com transtorno mental. In. Seminário integrado. São Paulo, v.20, n. 104. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/vieFile/2882/2660>>. Acesso em: 02 outubro 2015.
- 16 - BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 15 julho 2015.
- 17 - Andreoli, SB. et al. Utilização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 836-844, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 abril 2015.
- 18 - Feuerwerker, LCM.; Merhy, EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev. Panam Salud Publica. Rio de Janeiro, v.3, n. 24, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v24n3/a04v24n3.pdf>>. Acesso em: 22 abril 2015.
- 19 - Jorge, MSB.; Freitas, CHA.; Luz, PM.; Cavaleiro, LMM.; Costa, RF. Enfermagem na atenção sistemática de saúde à família de pessoas com transtorno mental: estudo bibliográfico. Rev. Rene. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 129-136. 2008. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/533/pdf>>. Acesso em: 25 agosto 2015.

20 - Rosset, S. M. O casal nosso de cada dia. Minas Gerais: Artesã Editora Ltda. 2014.

21 - Moreno, V.; Alencastre, MB. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. Rev. Escola Enfermagem da USP. São Paulo, v.2, n. 37, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n2/06>>. Acesso em: 10 set. 2015.

22 – Melman, J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo (SP): Escrituras; 2002.

23 - Baptista, AP. A integração do portador de transtorno mental na família. 2011. 86f. Monografia (Licenciatura). Universidade Jean Piaget de Cabo Verde. Santiago. Disponível em: <<http://bdigital.unipiaget.cv:8080/jspui/bitstream/10964/284/1/Ana%20Baptista.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2015.

24 - Romagnoli, RC. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 305-314, mai./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a08.pdf>>. Acesso em 28 novembro 2015.

25 – Spadini, LS.; Souza, MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Revista Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v.1, n. 40, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>>. Acesso em: 22 junho 2015.

26 – Souza, RC.; Scatena, MCM. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. Rev Latino-am Enfermagem. v. 13, n.2, p.173-9, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a07.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2015.

27 - Pereira, MAO.; Junior, AP. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. RevEscEnferm USP. São Paulo, v.4, n.37, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/11.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

28 - Borba, LO.; Schwartz,E.; Kantorski, LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000400009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 abril 2015.

29 - Moura, L.; Valério, N. A família da criança deficiente. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo, v. 3, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/PosGraduacao/Docs/Cernos/Volume_11/SouzaSilva_e_Torres_v_11_n_1_2011.pdf>. Acesso em: 22 abril 2015.

30 – Colvero, LA.; Ide, CAC.; Rolim, MA. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. RevEscEnferm USP. São Paulo, p. 197-205, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>>. Acesso em: 05 agosto 2015.

31 - Pereira, MAO. Representação da doença mental pela família do paciente. Interface - Comunic, Saúde, Educ. São Paulo, v7, n12, p.71-82, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a05.pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2015.

32 - Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção básica programa de saúde da família. Brasília, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em: 29 julho 2015.

33 – Carvalho, IMM.; Almeida, PH. Família e proteção social. SÃO PAULO EM PERSPECTIVA. v.17, n. 2, p.109-122, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v17n2/a12v17n2.pdf>>. Acesso em: 05 agosto 2015.

34 - Rodrigues, A.; Palma, DL. A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo centro de atenção psicossocial em uma cidade do meio-oeste catarinense. Santa Catarina, p. 20. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wpcontent/uploads/2015/01/ArtigoAlineRodrigues1pdf>>. Acesso em: 05 novembro 2015.