

Pimenta, E. de S. & Romagnoli, R. C. A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial

A Relação com as Famílias no Tratamento dos Portadores de Transtorno Mental Realizado no Centro de Atenção Psicossocial

The Relationship with the Families in the Treatment for Mentally Troubled Patients at the Psychosocial Attention Center

Eliane de Souza Pimenta¹

Roberta Carvalho Romagnoli²

Resumo

Este artigo tem como tema a relação da família, no tratamento dos portadores de transtorno mental, com o serviço de saúde mental, a partir de uma perspectiva institucionalista. O objetivo é analisar o campo de forças que se estabelece nessa tríade que dificulta uma efetiva adesão dos familiares ao tratamento dos usuários atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A pesquisa de campo foi realizada no CAPS de Ribeirão das Neves, por meio tanto de entrevistas semi-estruturadas com quatro famílias dos portadores de transtorno mental, usuárias desse serviço, quanto da nossa prática profissional. Analisamos que são diversos os fatores que vão influenciar nas dificuldades que se apresentam na relação entre o portador de transtorno mental, sua família e o serviço de saúde mencionado. A família ainda não se vê como parte importante da assistência ao portador de transtorno mental, e o serviço de saúde, por sua vez, tem dificuldade em levá-la a se ver como tal. Concluímos ser necessária uma reflexão por parte do serviço de saúde sobre o seu papel neste processo, e também sobre o que tem sido oferecido à família para que seja propiciada sua participação ativa na assistência do portador de transtorno mental.

Palavras-chave: família; saúde mental; portador de transtorno mental; Centro de Atenção Psicossocial; cuidado.

Abstract

The theme of this article is the family relation with the mental health care services within the mental health patient's treatment from an institutionalist perspective. It aims to analyze the strength field established by this triad which makes it difficult for the family members to actually adhere to the treatment of users of the Psychological Attention Center (CAPS). The field research has been performed at the CAPS in Ribeirão das Neves, by the means of semi-structured interviews with four mentally troubled patient's families, all of which are users of this service, along with our professional practice. We have found that there are many factors of influence regarding the difficulties presented in the relations amongst the family, the service and the mentally troubled patient. The family members still do not see themselves as an important part of the assistance to the mentally troubled patient and the service has also a hard time attributing this place to the family. We came to the conclusion that the service has to reflect on its role in this process. On the other hand, the service also has to reflect on what has been offered to the family members to make them participate actively in the mentally troubled patient's assistance.

Key words: family; mental health; mentally troubled patient; Psychological Attention Center; care.

¹ Psicóloga, Especialista em Psicologia da Saúde e Mestre em Psicologia pela PUC-Minas. Professora do curso de Psicologia da UNIPAC Bom Despacho, Coordenadora e Supervisora da Clínica Escola. Psicóloga do CAPS de Nova Serrana – MG. Contato: elianepiment@yahoo.com.br

² Psicóloga, Mestre em Psicologia (Psicologia Social) pela UFMG, Doutora em Psicologia Clínica pela PUC/SP, Professora Adjunto III do Departamento de Psicologia da PUC-Minas/ Núcleo Universitário Betim. Contato: robertaroma@uaivip.com.br ou robertaroma@uol.com.br

Pimenta, E. de S. & Romagnoli, R. C. A relação com as famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial

ntes do movimento da Reforma Psiquiátrica, que no Brasil se iniciou no final da década de 1970, o louco vivia à margem da sociedade. Quando ocorria o primeiro surto, o doente era trancado em manicômios por longos anos, às vezes para sempre. Neste momento histórico, o portador de transtorno mental era afastado de qualquer convívio ou sinal de uma vida produtiva, ficava à margem do social, distante da família, esquecido, excluído. Muitas vezes, falecia na instituição asilar.

Nesse contexto, o louco era distanciado da família como uma proposta de “isolamento terapêutico”. Para justificar tal procedimento, defendia-se que a família estaria sob ameaça de alienação e que, por isso, necessitaria ser protegida. O louco era encarado como uma figura perigosa para a estrutura familiar, supondo-se que poderia subverter os membros mais frágeis, tornando-se um modelo exemplar negativo, ao ser imitado. Entretanto, embora a família precisasse ser protegida do seu membro doente, o grupo era também acusado de promover a loucura. Esta contradição se dava devido à idéia de que a alienação provinha da estrutura familiar e dos conflitos que aconteciam a partir desta relação.

Dessa maneira, a relação da família com o portador de transtorno mental era mediada por agentes médicos e por agências estatais, encarregadas da cura, da custódia e da assistência. À família cabia identificar a loucura e encaminhar para o asilo, fornecer informações importantes, às vezes visitar o doente e esperar por sua recuperação pacientemente. “Recuperação” que, na maior parte das vezes, não acontecia, e assim o louco nunca mais voltava para o seio familiar. Morria no asilo ou ficava nas ruas perambulando, rejeitado pela família, perdendo qualquer vínculo social.

A Reforma Psiquiátrica teve como uma de suas propostas trazer a loucura para o seio familiar. Desta forma, vemos que ocorre uma grande transformação. Se antes o louco era afastado da família por ser uma “ameaça”, ele agora é inserido nesse grupo, a partir do qual pode receber subsídios para a vida em sociedade. Com esta mudança, surgem as dificuldades enfrentadas pelos familiares diante deste novo encargo: lidar com a loucura de forma tão próxima e ainda ser parte imprescindível da reinserção social do portador de transtorno mental.

Moreno e Alencastre (2003) ressaltam, na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, que as dificuldades enfrentadas pela família do portador de transtorno mental não obtiveram destaque. Em 1992, na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, os familiares tiveram sua representatividade assegurada e uma das

recomendações foi: “[...] evitar culpabilizar o usuário e família, e promover o atendimento integrado da mesma inserida no contexto comunitário e social” (Conferência de Saúde Mental, 1994, p. 26). Já na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2001, procura-se afirmar a importância da família como aliada na nova forma de atenção a ser dada ao portador de transtorno mental, e nela busca-se o suporte dos serviços de saúde através do cuidado domiciliar e do enfrentamento das crises.

Em nossos dias, devido às propostas de mudança da Reforma Psiquiátrica, está em funcionamento uma rede ampla e diferenciada de serviços substitutivos do modelo psiquiátrico tradicional. De maneira geral, eles se caracterizam pela utilização intensiva de um conjunto amplo e complexo de tecnologias terapêuticas e práticas psicossociais dirigidas para manter o portador de transtorno mental na comunidade. Todavia, cabe pontuar que é uma vivência repleta de obstáculos, dificuldades, incertezas e sofrimentos.

Neste contexto, esse estudo privilegia a relação entre o portador de transtorno mental, sua família e o serviço de saúde mental, enfatizando os aspectos instituídos e instituintes dessa relação, desvendando o que dificulta o necessário e real apoio no tratamento do usuário, por parte do familiar, e o que pode propiciá-lo. A realização da pesquisa de campo se deu através de aplicação de entrevistas semi-estruturadas, com quatro famílias de portadores de transtorno mental do CAPS II de Ribeirão das Neves, em janeiro de 2007. As famílias selecionadas para serem entrevistadas foram aquelas cujo portador de transtorno mental encontrava-se em tratamento e estabilizado. A escolha dos informantes se deu mediante discussão com a equipe de saúde do Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) de Ribeirão das Neves. Procurou-se incluir o membro da família mais próximo do usuário e a pessoa de referência do serviço de saúde, ou seja, aquela pessoa com quem os profissionais do NAPS estabeleciam contato. As entrevistas foram realizadas nas residências dos entrevistados. O portador de transtorno mental não foi excluído do processo: ele foi convidado a participar da entrevista, caso tivesse interesse, sem obrigação de responder ao questionário. Sua contribuição, nos casos em que ocorreu, veio como complementação dos dados colhidos.

A ida a campo permitiu o conhecimento da realidade dos grupos familiares pesquisados e da sua real articulação com o serviço de saúde mental. Além disso, utilizamos a análise da implicação da pesquisadora, que como parte integrante da equipe constituiu por si um atravessamento para a pesquisa,

pois de certa maneira atualiza várias instituições também presentes nessa pesquisa: o lugar de trabalhadora de saúde, da psicologia, da academia, dentre outras. Nesse contexto, optamos por não entrevistar familiares de pacientes que estavam sob nossos cuidados profissionais, dado que nesses casos já existiria um vínculo previamente estabelecido com os entrevistados, e isso poderia influenciar nas respostas fornecidas. Ainda assim, acreditamos que ocorreu as respostas dos familiares sofrerem alguma influência, uma vez que a entrevistadora fazia parte da equipe do serviço de saúde. Os entrevistados talvez acreditassem que não deveriam avaliar negativamente o serviço prestado, já que prevejam da assistência.

Essa pesquisa tem ainda como marco teórico a Análise Institucional de Lourau (1975). A partir das idéias do citado autor podemos afirmar que a instituição se constitui na dialética instituinte *versus* instituído, compondo processos cotidianos que se fazem entre pessoas, ações, conhecimentos e práticas social e historicamente produzidas. O campo do instituinte corresponde às forças produtivas que tendem tanto a transformar as instituições quanto a fundá-las, quando ainda não existem. O instituinte é dinâmico, considerado como grandes momentos históricos, revolucionários, de transformações institucionais, fundamentando a contestação, a capacidade de inovação. Por outro lado, o instituído seria o produto do que já foi um dia instituinte, sendo resultado do processo de fundação de uma instituição, correspondendo ao que é estático, ao que está estabilizado. Ou seja, esse pólo sustenta a ordem estabelecida, os valores, os modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão. Nessa perspectiva, as resistências à mudança são resistências do instituído ao instituinte, amparado nas formas sociais instituídas que operam em prol da reprodução. A partir desta visão evidenciamos quais atravessamentos existem na família, portador de transtorno mental e o serviço de saúde mental, e que efeitos esses atravessamentos têm no grupo participante da pesquisa e no tratamento do portador de transtorno mental.

O Transtorno Mental na Família: Crise e Necessidade de Cuidado

O movimento de luta antimanicomial, em sua proposta de reestruturação da assistência em saúde mental, foi bem sucedido em várias frentes. De

fato, a reforma psiquiátrica brasileira teve muitos méritos, sustentando o redirecionamento do modelo assistencial para serviços de bases comunitárias, criando serviços substitutivos que possibilitaram a desospitalização. Entretanto, percebemos, a partir da pesquisa com os familiares, o entendimento da desospitalização como sinônimo de omissão. Essa omissão sugere a articulação da dificuldade de engajamento da família com a noção de que o cuidado em relação ao portador de transtorno mental seja “dever do Estado”. Ou seja, as famílias entendem que a luta antimanicomial, ao invés de resultar na reinserção social da loucura, é, de fato, uma ausência de cuidado por parte do Estado. Nesse contexto, sobrevivem na lógica do assistencialismo, aguardando que venha de fora a ajuda para suas necessidades. Sendo assim, não correm em busca de melhorias, não lutam, não se organizam.

Romagnoli (2006) ressalta que, muitas vezes, os familiares assumem o lugar de “ignorantes”, destituídos de qualquer saber sobre si mesmos e sobre o doente, o que os impede de se reconhecerem como sujeitos autônomos. Dessa maneira, ocupam um lugar de alienação que não possibilita a realização de novas experiências, e que dificulta que assumam o papel de um grupo ativo no processo de construção da vida. Nessa passividade, os familiares passam a organizar suas vidas em torno da doença mental.

O que constatamos, em nossa prática profissional, é que no momento das crises a família geralmente vem com a demanda de internação. Tsu (1993) comenta que a custódia ou o tratamento são requeridos em função da apresentação, por parte do paciente, de condutas que o familiar considera intoleráveis ou anormais. Vale dizer, o acompanhante valida a demanda de internação e se justifica nas várias queixas que possui contra o paciente.

Embora essa postura seja usual, busca-se atribuir à família a responsabilidade pelo seu membro doente. Mas, ao mesmo tempo, é preciso atentar para o fato de que, a partir do momento em que se consegue fazer da família uma parceira no tratamento, é preciso estar atento às forças instituídas. No caso, a tendência do grupo passivo, como vimos anteriormente, é se manter à mercê dos especialistas, repetindo práticas já fixadas e que não deram certo. No nosso entender, é latente a necessidade de que aconteçam processos que levem a força instituinte a aflorar no seio familiar, permitindo que os familiares do doente saiam do lugar da queixa, que deixem de se sentir vítimas, ou que carregam um fardo. Talvez essa força possa ser

Pimenta, E. de S. & Romagnoli, R. C. A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial

usada para promover um novo sentido para a vida, mais prazerosa do que a relação já instituída e que a doença possa permitir. O desafio que cabe aos profissionais da saúde mental é construir dispositivos que apontem nessa direção.

Segundo Melman (2001), nossa sociedade atribui grande importância à família, lugar obrigatório dos afetos, dos sentimentos e do amor. A família é indispensável para o funcionamento social, responsabilizando-se quase integralmente pela educação, desenvolvimento e formação das crianças, pela felicidade e bem-estar das pessoas. Nesse sentido, em nosso universo de estudo, se a família é tão relevante, ela também se torna responsável por tudo o que possa suceder a seus membros, inclusive pela participação ativa na inserção do portador de transtorno mental na sociedade.

Cabe salientar que o vínculo genealógico, sanguíneo persiste, por definição, enquanto viverem as pessoas ligadas por essa relação. Por muitas vezes, esta relação é conflituosa e mantém-se por meio de grande instabilidade emocional. De certo modo, nomear um relacionamento parental traz consigo uma atribuição de estabilidade e força; e baseada nesses pressupostos, a sociedade refere-se à família como um “porto seguro”. Entretanto, é preciso salientar que a família consanguínea nem sempre ocupa esse lugar no cotidiano. Além de valorizá-la em excesso, as pessoas também apresentam uma forte tendência a idealizá-la, esperando encontrar no seio familiar tudo aquilo de que necessitam, todo o apoio e afeto inesgotável. Esse processo de idealização conduz à ilusão de se pensar que a única solução para que se possa sustentar um paciente e inseri-lo na comunidade passa, necessariamente, pela família (Melman, 2001).

Geralmente, os serviços de saúde também efetuam essa idealização, e trabalham com a concepção de que é na família que o portador de transtorno mental estará bem. Parte-se da idéia de que a família, por sua condição, já garantiria o cuidado e o bom relacionamento. E, nesse processo, não se leva em consideração a singularidade de cada grupo e a especificidade de cada família ao relacionar com a doença mental. Essa singularidade é influenciada ainda pelos valores e representações acerca da loucura presentes em um determinado momento histórico, de acordo com Melman (2001). Cada indivíduo, família ou comunidade apresenta formas de se posicionar que são reflexos de contextos culturais, religiosos, ideológicos, econômicos, dentre outros. Esses fatores, sem dúvida, irão influenciar na dinâmica de

funcionamento de cada família. O transtorno mental surge no seio do grupo familiar como um evento imprevisto, que exerce impacto e produz efeitos desestruturantes em sua organização. Esse impacto se configura como algo ameaçador, e os desdobramentos variam, como vimos, de um grupo familiar a outro, em virtude de sua localização na estrutura social e de sua singularidade, de sua biografia particular. Não raro os familiares apresentam um comportamento de negação diante dos sintomas do portador de transtorno mental, diante daquilo que aparece como estranho para a família. Por outro lado, existe também uma tendência à acomodação, numa tentativa de aguardar a crise passar, na esperança de que o distúrbio se resolva por si mesmo e sem necessidade de tratamento. Admitir a possibilidade de que alguém da família esteja perturbado pode originar em muita ansiedade, tanto pela incapacidade de resolver o problema no âmbito familiar quanto pelo temor de que o estigma da doença mental recaia sobre toda a família (Tsu, 1993).

Gonçalves e Sena (2001) afirmam que vários estudos têm chamado a atenção para a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o doente mental, principalmente por ocasião da alta hospitalar, desencadeando atitudes de incompreensão familiar e até mesmo de rejeição, causadoras de reinternações sucessivas vivenciadas com muita dor e fracasso, ou até mesmo de internações permanentes. A partir dessas contestações, as referidas autoras defendem que a família necessita de ajuda de profissionais de saúde mental. Observamos essa mesma realidade de sofrimento e essa mesma necessidade nas famílias que entrevistamos.

Para Melman (2001) a vivência de catástrofe desestrutura as formas habituais de lidar com situações do cotidiano, e muitos familiares não estão preparados para enfrentar os problemas, não sabem como agir, vivenciando dúvidas e conflitos. Nessa mesma vertente, Rosa (2003) afirma que “[...] o transtorno mental provoca deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas, ao ser um fenômeno não integrado no código de referência no grupo” (p. 243). A família é levada a mudar rotinas, costumes, valores com os quais até então estava acostumada a lidar, devido ao rompimento, à outra direção que a realidade, que o transtorno convoca.

Decerto, o transtorno mental é um fator desestruturador da família, uma vez que os cuidados dispensados ao membro doente devem ser redobrados e os conflitos e a desorganização do

Pimenta, E. de S. & Romagnoli, R. C. A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial

ambiente aumentam. O espaço familiar passa a ser atingido por desavenças, tensões e brigas. Conseqüentemente, passa a ser necessária uma nova forma de organização familiar para lidar com esses fatores. Uma das formas de possibilitar ajuda a essas famílias é através do estabelecimento de condições básicas para seu tratamento. Examinando a importância das políticas públicas para garantir tais direitos, Moreno e Alencastre (2003), afirmam que se a família não puder contar com uma rede de serviços que a auxilie no atendimento ao paciente, a tendência é que as internações sucessivas se tornem mais freqüentes. Nesse sentido, os serviços precisam elaborar programas visando a atender as necessidades do grupo. É preciso ofertar ao núcleo familiar a possibilidade do cuidado em um período em que a família enfrenta essa crise, além de assegurar um acompanhamento posterior.

As vivências descritas acima mostram que o peso do sofrer psíquico de quem vive e sente a doença mental também se estende sobre a família. Para Pereira (2003) a família, com raras exceções, recebe pouca atenção do sistema de saúde e não é chamada efetivamente a participar, uma vez que a prática psiquiátrica asilar adota ou tutela o doente, tirando-o do convívio social e familiar. Ao mesmo tempo, evidencia-se a importância do papel da família no processo de ressocialização e reabilitação do doente mental. Nesta perspectiva, à medida que cresce a proposta de uma assistência mais abrangente, aumenta a necessidade de eficiência do serviço de saúde no cumprimento de seu papel. Isso significa que o interesse e a solicitação podem ocorrer concomitantemente ao aumento da eficácia e competência do sistema.

No transtorno mental os costumes, a higiene, o sono, a alimentação, o afeto, a consciência, a atenção, a inteligência, o senso de percepção, as relações, dentre outros, podem sofrer drásticas alterações. Isso acarreta uma defasagem para o sujeito, inclusive orgânica. Romagnoli (2006) confirma que a piora orgânica, presente nos portadores de transtorno mental, vai incidir numa constante necessidade de zelo com a higiene pessoal do doente, com a alimentação, com a ajuda para se vestir, com as saídas de casa, o que leva à necessidade de que o doente seja sempre assistido ao efetuar essas atividades corriqueiras. A autora afirma ainda que, como esses quadros tendem a se agravar, há sempre uma perspectiva de mais necessidade de cuidado e atenção.

Observamos em nossa pesquisa que existe ainda outro fator que perturba as famílias: a busca de uma explicação para a emergência do transtorno mental. O que percebemos é que os familiares

sempre tentam encontrar alguma resposta para o seu aparecimento, se consomem em dúvidas e tentativas de explicação do porquê da enfermidade no membro da família. Outros familiares, diante do transtorno mental, se sentem paralisados, fechados em um universo tenso, reduzido, espesso. Muitas vezes, sem informações satisfatórias, sentem-se perdidos e isolados. Sem saber o que fazer, iniciam um processo de sofrimento e culpabilização, tentando achar respostas em algum fato do passado: o que foi feito ou por causa de quem o sujeito veio a adoecer. Na presença de um surto psicótico, parece inevitável que os parentes mais próximos, responsáveis mais diretos pela formação da pessoa doente, sintam-se, de alguma forma, culpados pelo aparecimento do transtorno mental. Sobretudo pelo que foi proporcionado ou que se deixou de proporcionar ao portador de transtorno mental, devido à educação dada e/ou dificuldades financeiras enfrentadas pelos familiares em momentos anteriores ao seu surgimento.

São tantas as tentativas de explicação que até mesmo uma formação familiar que foge ao padrão da família nuclear, convencional, algumas vezes é usada pelos entrevistados para explicar o aparecimento do transtorno mental. A família tem passado por profundas transformações em relação a sua constituição. A família patriarcal, ao longo do tempo, vem perdendo força e dando lugar à família nuclear. Esta, por sua vez, é composta pelos cônjuges unidos em matrimônio e pelos filhos decorrentes desta união. Romagnoli (2007) diz que, a partir da década de 60, aparecem novos arranjos de famílias, que escapam ao modelo da família nuclear – são as denominadas *famílias alternativas*. No entanto, a sociedade ainda vê de maneira preconceituosa essas novas formações familiares, o que acaba influenciando os valores do grupo e dimensionando o sentimento de culpa que esta carrega. Isso fica evidente quando a formação familiar não-convencional é usada para explicar o aparecimento do transtorno mental.

Na tentativa de amenizar o sentimento de culpa pelo membro que portador transtorno mental, muitos familiares encontram ainda uma explicação na religiosidade. De acordo com Pereira (2003), ao mesmo tempo em que a explicação sobrenatural diminui o sentimento de culpa, de vergonha, ela aumenta a condescendência, cria contraposição com outros membros da família, suscitando a retrospectiva da educação dada ao portador de transtorno mental. Isso traz a idéia das implicações do contexto vivido.

Diante dessas situações, alguns familiares mostram uma tendência para a superproteção e o

hiperenvolvimento, intensificando exageradamente os conflitos e dificultando os acordos; pois, com a presença do transtorno mental, a família, principalmente o cuidador do membro portador de transtorno mental, coloca o doente no lugar de incapaz. Acreditando que o paciente não tem condições de ser responsável pelos seus atos, escolhas e atitudes, as famílias adotam uma postura infantilizada de cuidados.

Por fim, percebemos que para os familiares o surto psicótico representa, de certa forma, o colapso dos esforços, o atestado de incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação. A doença mental continua sendo, com frequência, motivo de muita vergonha para os familiares, por mais que a concepção da loucura tenha sofrido mudanças.

As histórias dos nossos entrevistados apresentam diferenças, mas também muitos pontos em comum. A maioria das pessoas não sabe como agir quando precisa lidar com comportamentos estranhos e bizarros. Os familiares ficam perdidos, paralisados quando um dos membros do grupo alucina, perde a razão. Não sabem se confrontam, se brigam ou se colocam limites, se devem se calar ou fingir aceitar a “realidade” do outro, tão estranha à vida habitual. Surgem dúvidas, inseguranças, dentre outros sentimentos. Muitas vezes, a questão que se coloca para os profissionais da saúde é: como ajudar os familiares na interação e na gestão da vida cotidiana dos parentes adoecidos?

A Família e o Serviço de Saúde Mental no Jogo do Instituído *Versus* Instituinte

Segundo Melman (2001), nos últimos anos o conceito de sobrecarga familiar foi desenvolvido para definir os encargos econômicos, físicos e emocionais a que os familiares estão submetidos. Ou seja, para definir quanto a convivência com um paciente representa um peso material, subjetivo, organizacional e social. Todos aqueles que trabalham com os doentes e convivem com o universo de pacientes psicóticos, com história de doença de longa evolução, conhecem alguns dos elementos característicos da vida de muitas dessas pessoas: isolamento, distanciamento das relações afetivas, exclusão social, dificuldade em mobilizar o próprio desejo.

Acredita-se que as conseqüências da reforma psiquiátrica, sem desmerecer seus méritos, se refletem, de forma direta, na família do portador de transtorno mental, principalmente sobre as pessoas responsáveis pelo seu cuidado. Essa sobrecarga se

agrava com a impossibilidade de mudanças comportamentais no portador de transtorno mental.

Nesse contexto, com base na Análise Institucional de Lourau (1975), analisamos que persiste a presença do instituído, que tenta calar a todo custo o novo que irrompe e que, nesse momento, é visto só em seu lado negativo ou perturbador. Essa postura tenta driblar o instituinte que convoca outra forma de ser da família, no momento da eclosão da doença mental, e que abala o que já está estabelecido. A relação vai sendo moldada como se não fosse possível ampliar o horizonte das possibilidades diante do transtorno mental. As incertezas e dúvidas iniciais vão sendo substituídas pela certeza da incurabilidade, o que vai enrijecendo as relações da família com o portador de transtorno mental, além dos conflitos que vão aparecendo com a desestabilização do quadro, com a presença de comportamentos que geram intolerância no âmbito familiar.

Sabemos que a família é o lugar onde acontecem as relações mais próximas e, em conseqüência disso, ela é geradora de conflitos. Os desentendimentos e dificuldades, no ambiente familiar, vão aparecer também como conseqüência do transtorno mental. Além desses conflitos já inerentes às relações, na análise dos dados coletados também averiguamos que a presença do portador de transtorno mental no lar mostrou-se coercitiva para todos os familiares, evidenciando uma grande tensão, devida ao constante estado de alerta a que ficam submetidos os familiares.

Por todos os motivos expostos, fica cada vez mais clara a importância de a família ser incluída na assistência do tratamento do portador de transtorno mental. É necessário que ela seja parceira do serviço de saúde mental, uma vez que ela está presente na maior parte da vida do usuário; mas ela também precisa de assistência, para que lhe seja possível suportar as atribuições causadas em seu cotidiano pelo transtorno mental de seu familiar. Furegato, Santos, Nieves e Silva (2002) afirmam que, por um lado, percebe-se a família como o melhor ambiente para acolher e manejar o comportamento do doente, mas por outro, vêm-se o despreparo e a sobrecarga agindo negativamente sobre o cotidiano e as relações intrafamiliares.

A relação entre a família, o usuário e o CAPS é permeada por um jogo de forças dialético entre o instituído e o instituinte. Em alguns momentos, as forças instituintes têm mais vigor, e emerge o novo, aquilo que potencializa a relação, o tratamento, a vida cotidiana. Outras vezes, as forças instituídas ganham mais energia, levando a uma relação mais endurecida, sem produção, voltada para a

manutenção do estabelecido, neste caso para culpabilizações e, conseqüentemente, influenciando de maneira negativa o tratamento do portador de transtorno mental. A partir disso vemos que é preciso analisar como se dá o encontro entre família e serviço de saúde. Que pactos acontecem nesta relação? Quais deles vêm proporcionando mais saúde e qualidade de vida para os portadores de transtorno mental e em que condições têm acontecido? Quais deles facultam mudanças nos serviços e nos modos de funcionamento familiar? Que dispositivos investem na cristalização destas relações: o olhar individualizante, a família, o portador, o serviço, o tratamento?

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

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

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

A desospitalização configura uma nova realidade, na qual um número cada vez maior de pessoas passou a ser assistido em serviços extra-hospitalares. Esse fenômeno introduz novos elementos no campo de negociação entre famílias e os serviços de saúde mental, obrigando as partes envolvidas a rediscutirem as bases de uma nova relação (Melman, 2001). Conforme Lima Júnior e Veloso (2007), essa nova forma de cuidar estimula uma significativa queda nas internações psiquiátricas, e intensifica a exigência do comportamento da família, o que modifica, de forma significativa, sua participação nesse processo.

Sendo assim, verificamos, a partir das entrevistas realizadas, que, se com a reforma psiquiátrica não é mais aceitável estigmatizar, excluir e recluir os loucos, também não se pode reduzir a reforma psiquiátrica à devolução destes às famílias, sem nenhum tipo de intervenção ou acolhimento desses grupos, como se a família fosse, indistintamente, capaz de resolver a problemática da vida cotidiana acrescida das dificuldades geradas pela convivência, pela manutenção e pelo cuidado com o doente mental, conforme alertam Gonçalves e Sena (2001). É necessário que o sistema de saúde e todos os dispositivos que abarcam a assistência ao portador de transtorno mental estejam preparados para receber e dar suporte à família.

Por outro lado, percebemos que a família delega ao serviço de saúde mental a tarefa de resolver todos os problemas do paciente e, conseqüentemente, os da família. Ainda prevalece a idéia de que a instituição de saúde mental é a única responsável pelo tratamento e a ela caberia decidir e resolver o que é melhor. Esta é a idéia que ainda prevalece entre os familiares, apesar de não ser isso o que a Reforma Psiquiátrica propõe. Para esse movimento, a idéia é que a família seja co-responsável pelo tratamento, atuando como parceira do serviço de saúde mental.

Pimenta, E. de S. & Romagnoli, R. C. A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial

Além de esperar que o serviço de saúde mental preencha essa lacuna, e muitas vezes suprir aquilo que falta em suas vidas, os familiares não apresentam críticas quanto a tudo mais que poderia ser feito. Não sentem que é possível fazer algo mais, insistindo em não avaliar a assistência prestada e em manter uma postura passiva. Tantos levam uma vida tão dura, com tamanha privação, que quando encontram uma instituição que lhes proporciona o mínimo de assistência ou amparo, isso já lhes parece suficiente.

Em nossas entrevistas pudemos constatar que os familiares não conseguem perceber a possibilidade de outra postura frente à assistência dos serviços de saúde, mantendo-se, geralmente, no lugar de incapazes, por não possuírem títulos e saber. Além disso, apresentam certa passividade, forma com que geralmente as camadas baixas se inserem no cenário social, nesse processo. É preciso que as forças instituintes, nesse jogo da Reforma Psiquiátrica, ganhem maior vigor e não deixem que imperem as forças instituídas. É preciso ir muito além do que atualmente os serviços têm ofertado à família. Esta oferta tem que se sobrepor às forças instituintes e a todo tempo inventar e reinventar práticas que incluam a família, enquanto assistidas e também enquanto parceiras no tratamento do portador de transtorno mental, oferecendo apoio e algum tipo de ajuda.

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

São diversas as formas como os membros das famílias podem participar do processo terapêutico do portador de transtorno mental. Porém, grande parte da adesão decorre do papel desempenhado pelas instituições no sentido de sensibilizar os componentes da rede sociofamiliar a participar de forma mais ativa no tratamento do paciente, fortalecendo o vínculo com a instituição, o que nem sempre é observado. Gonçalves e Sena (2001) salientam que, na prática, a equipe, como um todo, dificilmente está disponível e/ou disposta a trabalhar a dimensão subjetiva e objetiva do cuidado com o doente mental. Os autores observam também que é comum profissionais da saúde

mental exigirem que a família aceite a doença sem oferecer-lhe suporte e orientações.

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

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

Na pesquisa realizada por Melman (2001), foi possível observar o relato de familiares que disseram da presença, com certa frequência, de comentários culpabilizantes por parte de alguns técnicos, que responsabilizam, direta ou indiretamente, a família pelo adoecimento do paciente. Tais observações acabam reforçando a resistência das pessoas quanto a sua participação no tratamento. Além disso, trazem nas entrelinhas algum tipo de punição, como se a família não pudesse sair desse processo sem o devido castigo. E, ao contrário do que acontece, com o processo da Reforma Psiquiátrica espera-se que a família deixe de ser culpabilizada pela doença do seu familiar e passe a atuar como coadjuvante em seu tratamento e reabilitação. Embora a associação com o grupo apareça nos discursos e nas propostas desse movimento, é preciso que haja ações concretas que viabilizem essa aliança. A proposta da Reforma Psiquiátrica não pode ser apenas uma utopia.

A partir dos relatos, percebemos que, muitas vezes, os profissionais julgam os comportamentos da família, em vez de tentar entendê-los e efetivar laços, criam barreiras que acabam afastando essas pessoas. De uma forma geral, constatamos que sempre vai existir algum membro da família que assume o lugar do responsável pelo usuário, e é essa a pessoa que muitas vezes é julgada. Esse julgamento evidencia a primazia do instituído, pois, ao fazê-lo, os profissionais levam em consideração

um modelo abstrato de família, ou do modo de se relacionar desse grupo ideal. É inegável a importância da família em todo esse processo, mas em geral um único familiar assume os principais cuidados e tem mais ligação com o portador de transtorno mental. Observamos que é esse cuidador quem acaba por ter uma relação mais próxima com o serviço de saúde.

Essa relação, muitas vezes, não permite um olhar crítico do familiar diante da assistência fornecida. Assim, os familiares passam a ocupar um lugar passivo no tratamento do portador de transtorno mental. Entretanto, o serviço de saúde pode também ser responsabilizado por essa passividade, uma vez que coloca em segundo plano a assistência da família, resumindo-a a uma fonte de informações sobre a história pregressa do portador de transtorno mental. Com isso, a família tem apenas participação em reuniões, em algumas visitas espontâneas, com predominância de uma orientação diretiva e/ou aconselhamento. Dessa forma, o sofrimento da família não é acolhido, em sua intensidade e integralidade, pelo serviço de saúde, tampouco ela é instruída sobre como lidar com a sintomatologia do transtorno mental (Rosa, 2003). E aqui, mais uma vez, vemos que o discurso de trazer a família para ser parceira do serviço fica, quase sempre, no campo da demagogia, e o que acontece, de fato, é a repetição do instituído, a predominância do que já está estabelecido.

Contudo, como o instituído existe concomitantemente com o instituinte, percebemos que esse embate de forças se dá num momento de singularidade, acontece na especificidade de cada serviço. Sendo assim, a proposta de o CAPS substituir o hospital psiquiátrico, esta forma mais humanizada de lidar com o transtorno mental também tem alcançado seus objetivos. Os relatos dos familiares sobre o tratamento dispensado ao portador de transtorno mental, no CAPS, revelam que esta instituição é a que melhor atende as expectativas dos usuários e familiares, se a compararmos ao hospital psiquiátrico. Ressaltamos, no entanto, que os relatos dos informantes dizem respeito apenas à instituição que serviu de contexto para esta pesquisa, e que não refletem, necessariamente, a situação de outros CAPS, em outras regiões do estado e do país.

Considerações Finais

Embora a Reforma Psiquiátrica tenha tido repercussões positivas com os familiares e a comunidade em geral, a partir da pesquisa realizada, ainda fica clara a necessidade de

melhorar a relação do serviço de saúde mental com a família. Romagnoli (2004) acredita que “[...] os serviços de saúde mental têm potencial para estabelecer uma parceria com as famílias, para ajudar a construir outro arranjo coletivo, outra relação com a doença mental” (p.79), sendo possível gerar um campo de afetamento que opere a criação de novos modos de subjetivação, e que, portanto, possibilite que forças instituintes estejam mais atuantes. É possível que isso aconteça a partir da associação do conhecimento teórico-técnico do profissional ao conhecimento da família sobre si mesma. Porém, cabe ressaltar que o conhecimento teórico-técnico não cabe a todos os profissionais que trabalham em um CAPS. Os profissionais, tais como auxiliares de enfermagem, profissionais de apoios, pessoal administrativo, porteiro, dentre outros, na maioria das vezes vão primeiramente para a prática. Alguns deles nunca haviam ouvido falar de Reforma Psiquiátrica, mas precisam conhecê-la para aprender a lidar com o portador de transtorno mental, e reconhecer todo o processo que envolve o tratamento e os familiares.

Para cuidar, são necessários suporte e alívio de tensões e de angústia. Possibilitar para o familiar um espaço em que ele possa se sentir apoiado, onde, diferentemente do papel que desempenha em casa, ele tenha espaço para dizer daquilo que é insuportável, que não dá conta de resolver e que o incomoda, pois espera-se que essa pessoa resista a todo tipo de sofrimento, demanda e angústias que pairam sobre sua vida. Frente à estrutura do seu cotidiano, não lhe resta tempo para lidar com essas questões.

Diante dos dados analisados, observamos que é fundamental que a referência técnica crie vínculos, conheça a casa, a família, para poder cuidar. É importante a atenção voltada para o portador de transtorno mental, mas também é relevante que a família esteja inserida no processo. Para que seja parceira do serviço, ela precisa de ser cuidada, necessita de alguém para escutá-la, acolhê-la e orientá-la. A partir do momento em que isso é proporcionado aos familiares, todos passam a sentir que estão envolvidos na assistência, e fica mais fácil para a família ser parceira da equipe. Nesse sentido, esperamos que esse estudo favoreça a construção de trabalhos com famílias, que dêem passagem às forças instituintes, a novas formas de tratar e trabalhar com o grupo, a outras conexões com a loucura.

Referências

Pimenta, E. de S. & Romagnoli, R. C. A relação das famílias no tratamento dos portadores de transtorno mental realizado no Centro de Atenção Psicossocial

- Conferência de Saúde Mental (1994). *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde/Divisão de Saúde Mental.
- Furegato, A. R., Santos O. S., Nievas A. F. & Silva E. C. (2002) O fardo e as estratégias da família na convivência com o portador de doença mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 11(3), 51-56.
- Gonçalves, A. M. & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana*, 9(2), 48-55.
- Lima J. R., J. & Veloso, T. M. G. (2007). Convivendo com a loucura: as representações sociais de familiares de usuários de instituição psiquiátrica. *Vivência*, n. 32, 163-172.
- Lourau, R. (1975). *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes.
- Medeiros, M. M. de. (2007). Informação e representações sociais: um estudo com familiares de portadores de sofrimento mental. *Encontros Bibu*, n. 24, 72-91.
- Melman, J. (2001). *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo: Escrituras.
- Moreno, V. & Alencastre, M. B. (2003). A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 37, 43-50.
- Moura, S. M. S. R. & Araújo, M. F. (2005). Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru. *Psicologia em Estudo*, 10(1). Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 1 jul. 2007.
- Pereira, M. A. O. P. (2003). Representação da doença mental pela família do paciente *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 71-82.
- Romagnoli, R. C. (2007). O pensamento institucionalista e a transformação da família. In: C. Ceverny (Org.). *Família, movimento e transformação* (pp. 97-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Romagnoli, R. C. (2006). Famílias na rede de Saúde Mental: um breve estudo. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 305-314.
- Romagnoli, R. C. (2004). Trabalhando com famílias na rede de saúde mental: dificuldades e desafios. *Pulsional*, 17(180), 71-80.
- Rosa, L. C. S. (2003). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.
- Saraceno, B. (1999). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Te Corá.
- TSU, T. (1993). *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: Vetor.

Categoria de contribuição: Relato de Pesquisa
 Recebido: 12/03/2008
 Aceito: 31/07/2008