

O CUIDADO AOS FAMILIARES DE PORTADORES DE TRANSTORNO MENTAL

Maria Auxiliadora Pereira
Evelyn de Cássia Pereira Costa Santiago *

Introdução

O movimento mundial da Reforma Psiquiátrica ressoou no Brasil, nos últimos tempos, e vários aspectos relacionados à saúde mental sofreram mudanças, tais como: tratamento, visão da sociedade sobre a loucura, vivência do paciente junto à família, manejo com o Portador de Transtorno Mental, dentre outros. Esta modificação ocorreu com o intuito de intervir na cultura e nos preconceitos da sociedade a respeito da temática.

Para tanto, com base na conceituação de Amarante (1995, 1999, 2003), a Reforma Psiquiátrica é considerada um processo histórico de (re)formulação crítica, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria.

Esta reforma não é somente uma reestruturação do modelo assistencial, nem se restringe às transformações sociais e políticas. Abrange aspectos como a reorganização e reestruturação de serviços, que resultam na modernização de práticas terapêuticas e na humanização da assistência. No entanto, reduzir a Reforma a elas é reduzir a amplitude do processo (Amarante, 2003).

Enquanto processo, a Reforma Psiquiátrica é um movimento que aponta para uma inovação constante de seus atores e para a capacidade de criatividade, conforme os recursos locais onde se encontram.

Apresentada como um “Processo Social Complexo” evidencia as diferentes dimensões inter-relacionadas, a dimensão do campo epistemológico, o campo técnico-assistencial, o âmbito jurídico-político e a dimensão sócio-cultural de ver e lidar com a loucura (Amarante, 2003). A identificação dessas dimensões possibilita uma visão ampliada do processo e ajuda na sua compreensão, apesar de se apresentar complexa em sua totalidade.

O processo na dimensão epistemológica ou teórico-conceitual, que tem sustentado as práticas assistenciais ao longo do tempo, tem no contexto da Reforma Psiquiátrica outros

elementos; ou seja, vieram integrar no campo teórico (constituído pelos conceitos de alienação, doença mental, normalidade, anormalidade e cura dentre outros) os conceitos de Saúde Mental, Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

O conceito de Saúde Mental que norteia o processo de Reforma Psiquiátrica é de um estado de bem-estar coletivo, decorrente das condições física, psicológica e social. Segundo Ferreira Filha, Silva e Lazarte (2003, p. 1) esse caráter social de saúde mental é determinado pelo modo como as pessoas vivem, introjetam o mundo objetivo, objetivam a subjetividade e fantasiam a realidade

A proposta de reorientação na assistência em saúde mental traz, no bojo de suas instruções, indicações sinalizando a necessidade de reformulação nas práticas sociais; assim, num sentido prático a partir de um novo olhar sobre o processo saúde-doença e mudanças verificadas no contexto social, é possível vislumbrar a superação e limites dificuldades que são encontrados para assistir as demandas daqueles que necessitam assistência nessa área.

A noção de Desinstitucionalização surge nos Estados Unidos da América (EUA) durante o governo Kennedy, como proposta de racionalização e otimização de recursos do Estado (Kaplan, 1985), cuja ênfase estava na desospitalização, que tem nesse processo outra conotação, qual seja, a de desconstrução de um aparato assistencial para a oferta de outra modalidade de assistência, centrada no espaço do paciente, que vai além da construção de um novo serviço. Como explica Amarante (2003, p. 91) “é acima de tudo um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos”.

Rotelli, Leonards e Mauri (2001) esclarecem que o termo Desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Este termo tem sua origem no movimento de caráter político, de reforma psiquiátrica, na Itália, a partir da década de 1960 liderado por Franco Basaglia, no qual propôs uma avaliação da Psiquiatria visando à desconstrução do manicômio, com isso valorizando o homem e o trabalho em equipe (Rocha, 2008).

Nesse sentido também está a Reabilitação Psicossocial, que é um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes (Pitta, 2001).

Para a Organização Mundial de Saúde, Reabilitação Psicossocial é o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, por meio do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (Who, 1987; De Girolamo, 1989). E para Saraceno (2001, p.16), a Reabilitação Psicossocial “é um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e também de plena contratualidade nos três grandes cenários: *habitat*, rede social e trabalho com valor social”.

Ressalta-se aqui a importância da criatividade e dos compromissos dos atores, pois não existe um programa que atenda a todos, o que significa dizer que a contratualidade acontece de acordo com os interesses dos indivíduos e os recursos próprios de cada cenário.

A segunda dimensão de complexidade do processo de Reforma Psiquiátrica é a do campo técnico-assistencial, que leva ao questionamento da teoria em que o modelo assistencial é sustentado. Nesse campo, a loucura era entendida como a incapacidade da razão e do juízo, e o modelo assistencial asilar com a tutela e a vigilância, incompatível com a teoria. A Reforma Psiquiátrica apresenta nova concepção de doença mental e propõe uma assistência com enfoque na saúde mental, que potencialize as capacidades das pessoas e respeite os seus limites. Nesse particular, as práticas assistenciais do modelo asilar obviamente não atendem os objetivos da Reforma Psiquiátrica.

No que tange à dimensão jurídico-política, em decorrência da noção de que a loucura estava relacionada à periculosidade, à irracionalidade e à irresponsabilidade, sempre teve peso significativo na assistência à saúde mental; agora, a discussão é no sentido de resgatar a cidadania dos sujeitos, garantindo-se-lhes os direitos humanos e sociais.

É na dimensão sociocultural, que expressa o objetivo maior do processo de Reforma Psiquiátrica (Amarante, 2003), que está o maior desafio para os compromissados com esse processo, porque consiste na criatividade a fim de encontrar meios para a transformação da concepção da loucura na sociedade e, conseqüentemente, sua relação com as pessoas doentes.

A atenção a essas dimensões do processo de Reforma Psiquiátrica muito contribui para a reflexão e compreensão de que os profissionais de saúde não são os únicos atores do processo que, desde o início, se deu de forma isolada. Segundo Barros (1996), esse pensamento de reforma teve início ainda no período pós-guerra, quando a reestruturação dos

países europeus e as redefinições das políticas sociais nos Estados Unidos constituíram-se em fatores importantes para o questionamento das práticas assistenciais aos pacientes psiquiátricos, fazendo com que surgissem vários movimentos contestadores que se refletiram também no Brasil.

Nesses movimentos, o ponto comum era o questionamento da eficácia do tratamento asilar, porém, havia posições contrárias em relação à necessidade de transformação do ambiente institucional, alguns favoráveis e outros não.

Assim, a Reforma psiquiátrica Brasileira, inscreve-se em um contexto internacional de ruptura com a instituição manicomial e seu sistema coercitivo, violento e intolerante; visando a reconstrução dos direitos civis e de cidadania plena da pessoa que apresenta transtornos mentais.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é

um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. (Brasil, 2004, p. 13)

De acordo com Pitta (1994), os CAPS são estruturas terapêuticas responsáveis por cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos severos, egressos de internações psiquiátricas, encaminhados por centros de saúde de pronto atendimento, ambulatórios, de hospitais gerais e da comunidade em geral. Definidos pela Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, como Unidades locais/ regionalizadas, contam com uma população adstrita definida pelo nível local, e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um dos dois turnos por uma equipe multiprofissional (Brasil, 2004).

A equipe de atuação nos CAPS deve ser multiprofissional, constituída de acordo com a sua tipologia, tendo a finalidade de facilitar a interação usuário/família/comunidade através de atividades desenvolvidas no serviço (Kantorski, Machado, Oliveira, 2000). Na realidade, a

equipe multiprofissional dos CAPS deve direcionar suas intervenções no sentido de possibilitar a reabilitação do sujeito, reintegrando-o à sua família e à comunidade.

Este dispositivo de atenção exige dos profissionais que ali atuam uma redefinição de funções, além de propostas para a implementação de novas práticas. Dentre estes profissionais, encontra-se o psicólogo.

A prática da psicologia no Brasil, frequentemente, esteve caracterizada pela predominância do modelo clínico de atuação profissional (Botomé, 1979; CFP, 1988; Mello, 1978). Isso se relacionava, em parte, pelas condições históricas e sociais em que surgiu a profissão, e principalmente, pelas características da formação desses profissionais estar pouco voltada para a discussão dos aspectos sociais como determinantes da condição humana.

No entanto, esta realidade sofreu diversas modificações e uma significativa foi aquela que Spink (1992) expôs em relação a uma política de desospitalização, que previa a extensão dos serviços de saúde mental à rede básica. Isto permitiu um novo modo de inserção dos psicólogos na área da saúde. Entretanto, a falta de um embasamento teórico-prático específico, que orientasse a atuação dos psicólogos nesse outro espaço, produziu uma série de questionamentos acerca do modelo de atuação então utilizado. Na verdade, tais modificações não acompanharam transformações nos currículos dos cursos de graduação (Silva, 1992).

O presente trabalho visa abordar a atenção prestada aos familiares de Portadores de Transtorno Mental no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará.

Objetivo

Identificar as necessidades de cuidado de familiares de usuários de CAPS frente à atuação da equipe multidisciplinar.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva-exploratória, norteadada pela abordagem etnográfica, a qual permite proceder a investigação dos fenômenos sociais que permeiam o cuidado cotidiano a familiares.

Foram selecionados, como sujeitos, vinte familiares, de ambos os sexos, cujos usuários estavam inseridos na modalidade de tratamento semi-intensivo em um Centro de Atenção Psicossocial.

Na coleta dos dados foram utilizadas como técnicas: a observação participante e a entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram gravadas e realizadas na moradia dos sujeitos.

Resultados e Discussões

As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise seguindo as etapas propostas por Garfinkel (1967). A exploração do material consistiu em operar recortes dos textos, dos quais emergiram as discussões.

As implicações no cuidado aos familiares de Portadores de Transtorno Mental

A proposta de reorientação na assistência em saúde mental traz, em seu bojo, sinalizações quanto à necessidade de reformulação nas práticas sociais; assim, num sentido prático, a partir de um novo olhar sobre o processo saúde-doença e mudanças verificadas no contexto social, é possível vislumbrar a superação e limites dificuldades que são encontrados para assistir as demandas daqueles que necessitam de uma atenção específica.

As mudanças nessa área trouxeram o usuário para o convívio na família, gerando instabilidade na dinâmica familiar, pois passaram a ser considerados elementos-chave na assistência às pessoas portadoras de transtornos mentais. Nota-se, assim, que nem sempre estão preparadas para estar à frente desse desafio, mas é importante inserir-se neste contexto.

Neste estudo evidenciou-se que o foco da assistência aos usuários do CAPS é prioritariamente voltado para o usuário. O trabalho de inclusão da família no cuidado ainda possui limites à medida que este não abrange a totalidade das necessidades sentidas por eles. Entretanto, as possibilidades de avançar nessa perspectiva não deixaram de ser destacadas pelos sujeitos.

As implicações no cuidado aos familiares surgem a partir da percepção dos sujeitos em suas vivências na assistência aos usuários portadores de transtorno mental e constatações ocorridas durante o período de observação no campo de prática.

Na visão dos sujeitos, o trabalho em saúde mental encontra dificuldades para contemplar a família como legítimo cliente no cuidado. Os depoimentos abaixo traduzem um pouco essa realidade:

[...] Eles não conhecem direito as família, só vêem aqueles que vão no CAPS, às vezes não sabem de todos os nossos problemas, e se dizem que sabem, ainda é pouco. (**Mãe de N**).

[...] A família tem que entender a responsabilidade dela; eles fazem uma parte e... tem que ser bem feita, e a família primeiro ser ajudada pra poder ajudar; mas precisa, porque o Almir Gabriel quando foi Secretário e botou os loucos na rua, disse que ia dar um serviço melhor pra atender os doentes, o CAPS é esse serviço? (**Pai do W2**).

[...] A gente vai, tá, e aí não é só dizer que tem a família por perto, é ver como tá cuidando dentro e fora do CAPS, e isso acho que eles ainda não sabem direito... (**Esposo de MI**).

Nos relatos desses sujeitos eles admitem a necessidade da família ser responsável, estar presente na assistência aos usuários, mas que na realidade isso não acontece de forma efetiva por todas as famílias.

Consideram que os profissionais do CAPS precisam conhecer o grupo familiar, pois interagem mais com aqueles familiares que participam do tratamento do usuário frequentando o CAPS. Nesses relatos, percebe-se ainda, que os sujeitos parece tornarem-se sensíveis ao novo paradigma proposto pela reforma psiquiátrica, onde se tem a ruptura com o modelo anterior centrado na figura hospitalocêntrica, na exclusão social, no organicismo, e a mudança para uma abordagem baseada nos princípios de reinserção e reabilitação psicossocial.

Assim, consideram necessários que, princípios preconizados pela reforma, como a criação de novos locais de tratamento, oferta de serviços com melhor qualidade, assim como atenção à família e o atendimento de suas necessidades sejam cumpridos.

Esse pensamento acredita-se que pode ser fruto de uma vivência mais próxima ao serviço bem como reflexo de intervenções da equipe no processo de educação em saúde.

Ao referirem-se sobre o cuidado às famílias os sujeitos consideram o trabalho da psicóloga, assim como dos demais profissionais, com grande sobrecarga devido a responsabilidade que assumem, e essa acreditam que seja uma das questões que dificultam a inclusão da família no cuidado. Alguns relatos destacam essa questão:

[...] Eu penso que eles vivem sobrecarregados, mais no trabalho deles com os pacientes; [...] Elas tem que dar conta de muita coisa...(Tia de A₁).

[...] Os profissionais sempre cuidaram do paciente, mas pouco se importam com a gente, e dando uma atenção melhor pra família, vão ter que dedicar muito mais, ter mais tempo. O médico atende e vai embora e os outros ficam (Esposa de S).

Em relação a esses pontos destacados nas falas acima, em relação à sobrecarga encontrou-se apoio em Marazina (1991), ao afirmar que o trabalhador de saúde mental atende uma demanda de alta complexidade, e não trata somente das categorias psicopatológicas. Ele tem que se haver com questões sociais como a fome, a pobreza, a desestruturação familiar, desemprego, falta de redes sociais de apoio para as pessoas, além das psicoses causadas pelo esmagamento do sujeito pela sociedade atual.

Apesar de a maioria dos sujeitos considerarem que a assistência oferecida pelos profissionais no CAPS, é boa e humanizada, dois sujeitos consideraram que no trabalho realizado precisa haver mais criatividade e que para isso os profissionais precisam estar mais preparados.

[...] Eu acho que falta mais criatividade no trabalho do CAPS, é preciso mais conhecimento, eles podiam aproximar o pessoal da Casa Família da área, juntarem as famílias e trazer a realidade delas, isso ia valorizar o que a gente tem feito, pra ajudar eles também, porque é um problema difícil, só sabe melhor quando a gente passa. (Irmã de MM).

[...] O trabalho ainda é muito limitado, parece para as pessoas que tem menos estudo, vejo que eles tem que estudar mais pra dar mais criatividade lá, melhorar o que eles oferecem de “terapias” aos clientes. O meu marido ‘disse pra Técnica dele, que não

iria nos dias de T.O. em que tivesse que ficar sentado fazendo joguinho, porque é só bijouteria, costura, mais coisa pra mulher, e quando tem material. **(Esposa de C₁)**.

Os sujeitos destacaram a criatividade como uma ferramenta para facilitar-lhes a implementação das atividades, assim como indicam a parceria com a Estratégia Saúde da Família para apoiá-los no trabalho junto às famílias dos usuários.

Acrescenta-se que a formação de profissionais de enfermagem em Saúde Mental foi marcada por Currículos arcaicos, centrados no modelo hospitalocêntrico, com carga horária excessiva, distribuída entre teoria e prática em ciclo básico e profissional, formação que favorecia a utilização indiscriminada da tecnologia, prática profissional impessoal e descontextualizada.

Percebe-se que é grande a necessidade de se desenvolver processos de capacitação/ educação permanente de trabalhadores em saúde mental, já que é entendido como central para a melhoria da performance e da atenção prestada nos serviços de saúde.

A educação permanente pode ser compreendida como sendo um procedimento educativo contínuo de revitalização e superação pessoal e profissional, de modo individual e coletivo, com o objetivo de qualificação, reafirmação ou redefinição de valores construindo relações integradoras entre os sujeitos envolvidos por uma praxe crítica e criadora. (Feuerwerker, 2001)

Ressalte-se que no sentido de investir na preparação desses profissionais é preciso que os programas de educação continuada visem articular conhecimentos profissional especializado com toda a rede de saberes envolvidos no Sistema de Saúde.

Nesta perspectiva, sabe-se que uma Política de Especialização e Capacitação Permanente para profissionais com perfil para trabalhar em Saúde Mental e a contratação imediata desses profissionais é recomendação do documento final eixo II nº 384, da IV Conferência de Saúde Mental realizada em 2010 (IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, 2010).

Foi destacado no depoimento dos sujeitos o pouco envolvimento da família no tratamento dos usuários no CAPS, no que acreditam ser uma das dificuldades no trabalho com as famílias. Sabe-se que quando o familiar é acometido de um transtorno mental, a família

fica abalada, ocorre desequilíbrio nas relações familiares, sobrecargas, principalmente para o familiar que fica à frente do cuidado ao usuário. Isso é evidenciado nas seguintes falas:

[...] O apoio que a gente espera do CAPS, enquanto familiar é que eles cheguem mais perto, nos visitem, não só cobrem, tem que fazer isso, aquilo, tem que tocar as famílias para dividir os encargos. Eu tenho falado para os meus filhos não vou durar para sempre, e eles tem que se preparar para ajudar o irmão. (**Mãe de J.**)

[...] Eu vejo que é assim...uma luta todo dia, todo dia, pesa pra gente, mas a gente vai levando, e se o resto da família ficar de fora, se o CAPS não ajudar, não tem saída... se esquece até da gente. (**Avó de C.**)

Trabalhar com a família não é tarefa fácil, pois exige que o profissional tenha uma análise acurada do contexto socioeconômico e cultural em que ela esteja inserida, analisando suas representações perante a sociedade, conhecendo a sua realidade de forma a desvendar o entendimento em família para que o conhecimento se funda à prática, de forma a superar limites e possibilidades para a concretização de propostas (Waidman & Elsen, 2004).

Em relação a pouca frequência no CAPS ou indisponibilidade dos familiares em participar da assistência aos usuários, eles relatam que:

[...] É importante estar junto acompanhar o paciente, mas a família tem que ser tocada, se sentir motivada para participar. Para mim no começo era um peso ir pro CAPS com ele... (**Mãe de W₁**).

[...] Eu bem que gostaria mas trabalho e não posso faltar sempre, se não vou acabar sendo dispensada (**Irmã de MH**)

[...] A gente tem muita coisa pra resolver às vezes até do próprio paciente, isso não impede que eles entendam, mas tem que comunicar (**Esposa de S.**)

Atualmente, as famílias estão estruturadas de maneira diferente, apresentam menor número de integrantes quer pelo número de filhos quer pela saída dos mesmos para construir as suas. Em algumas famílias resta apenas o casal, já idoso, morando com o usuário, às vezes

com a saúde comprometida; ou ainda em situações que outros membros trabalham, dificultando a assistência ao usuário, como se observa nas falas:

[...] Somos nós dois, eu e minha velha e ele. Tem o outro que mora no terreno dos fundos, tá aposentado, mas pouco ou nada contribui...(**Pai de W₂**).

[...] Já sou idosa, participo pouco no CAPS, mais na consulta da médica. O filho que mora aqui, se vai na consulta é brigando, a outra trabalha. (**Mãe de N**).

Como se observa nessas falas a participação da família é um ponto considerado pelos sujeitos como limitador para a inclusão do grupo familiar no cuidado. Moreno; Alencastre (2003) consideram que existe a necessidade de incentivos dentro de uma política maior em saúde mental que possibilite o acolhimento não só das demandas do paciente pela família, bem como um suporte com medidas compatíveis com a desinstitucionalização.

Considerações Finais

Em relação à inclusão da família na assistência em saúde mental, estes atores nem sempre contam com suficiente apoio que os legitime como foco de cuidado pelos profissionais e em especial pela Psicologia.

A exigência da presença da família na assistência à pessoa portadora de transtorno mental está posta e é fato nos serviços de saúde, pelo menos com a participação de alguns de seus membros. Entretanto, no cenário do CAPS observou-se que a família é ainda considerada mais como apoio, ficando muitas vezes à margem, na dependência da conveniência do momento em que é considerada “importante” no cuidado ao usuário.

Além disso, o profissional, principalmente o Psicólogo, que se propõe a trabalhar em saúde mental deve identificar as necessidades de cuidado no plano individual e social que enfrentam os familiares de pessoas portadoras de transtorno mental possibilitando à família minimizar os efeitos negativos com os quais se depara cotidianamente.

Referências

Amarante, P. (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP.

_____. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In M. I. Fernandes (Org.). *Fim do século: ainda manicômios?* São Paulo: IPUSP.

_____. (Coord.). (2003). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU Editora; A Clínica e a Reforma Psiquiátrica.

Ferreira Filha, M O, Silva, A. T. C. M., & Lazarti, R. (2003). *Saúde mental e pobreza no Brasil: desafios atuais* [on line]. Disponível: www.consciência.net. Saúde mental (acesso em 17/4/2009).

Garfinkel, H. (1967). *Studies in etnometodology*. New Jersey: Enlglewood Cliffis-Prentice Hall.

Kantorski, L. P., Machado, A. T., & Oliveira, C. A. (2000). Centro de Atenção Psicossocial- reinventando o cuidado em saúde mental. *Texto e Contexto Enferm*, 9, 233-243.

Kaplan, G. (1985). *Princípios da psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.

Pitta, A M. (1994). Os centros de atenção psicossocial/espços de reabilitação? *J. Bras. Psiq.*, 43(12), 647-54.

Rotelli, F. (1990). Desinstitucionalização, uma outra via. In F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec.

Rocha, R M. (2005). O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto & Contexto Enferm.*, 14(3), 350-357.

Who, Mental Health- (1987) *Organização Mundial de Saúde*.