

A experiência da agudização dos sintomas psicóticos: percepção de familiares*

The experience with acute psychotic symptoms: perception of family

TARCIANA RAQUEL MORASKI**
LEILA MARIZA HILDEBRANDT***

RESUMO

Objetivo: Esta investigação teve como objetivo compreender as vivências dos familiares na agudização de psicopatologias de caráter psicótico de um membro do grupo familiar.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória do tipo estudo de caso. Os sujeitos do estudo foram familiares de pessoas acometidas por transtornos psicóticos, internados na Unidade Hospitalar e/ou residentes na Moradia Terapêutica do Instituto Cyro Martins de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada e registros de informações em diário de campo. A análise dos dados obtidos seguiu a proposta metodológica de Minayo (2001). Na realização deste estudo, foram respeitados os preceitos éticos preconizados pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNIJUÍ.

Resultados e conclusões: A partir da análise dos dados, identificaram-se as repercussões no âmbito familiar em decorrência dos sintomas psicóticos agudos de um dos integrantes do grupo familiar, pelo fato

ABSTRACT

Objective: This investigation had as objective understand the relatives' experiences in the acute state of psychotic character in a member of the family group.

Métodos: It is a research of qualitative nature, descriptive and exploratory of the type case study. The subject of the study were family of people attacked by psychotic upset, interned in the Unit Hospitalar resident e/ou in the Therapeutic Home of the Instituto Cyro Martins of Porto Alegre, State of Rio Grande do Sul. The collection of data was accomplished through semi-structured interview and registrations of information in field diary. The analysis of the obtained data followed the methodological proposal of Minayo (2001). In the accomplishment of this study, the ethical precepts were respected extolled by the Resolution 196/96 of ministry of Health. The research project was approved by the Committee of Ethics of UNIJUÍ.

Results and conclusions: Starting from the analysis of the data, we identified the repercussions in the family due to the sharp psychotic symptoms of one of the members of the family group, for the fact of this to be attacked by a mental upset. It is ended that the relatives need of attention and of support on the part of the institutions of health, as

* Artigo elaborado a partir do Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem intitulado "A concepção de doença mental e a vivência na agudização dos sintomas na voz de familiares de pessoas psicóticas", apresentado no primeiro semestre de 2005, na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ).

** Graduada em Enfermagem pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ. Membro do Grupo de Estudos Educação e Pesquisa em Saúde - GEPES/DCSa/UNIJUÍ. <tarci.raquel@ibest.com.br>.

*** Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP/USP. Docente do Departamento de Ciências da Saúde (DCSa) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Coordenadora do Grupo de Estudos em Saúde Mental e Gerontologia do DCSa/UNIJUÍ. <leilah@unijui.tche.br>.

deste estar acometido por um transtorno mental. Conclui-se que os familiares necessitam de atenção e de apoio por parte das instituições de saúde, como estratégia de enfrentamento aos desafios advindos do cuidar de um doente mental psicótico.

UNITERMOS: TRANSTORNOS MENTAIS; ACONTECIMENTOS QUE MUDAM A VIDA; RELAÇÕES FAMILIARES; TRANSTORNOS PSICÓTICOS.

INTRODUÇÃO

Trabalhar com o tema família e doença mental decorre de nosso interesse em compreender as experiências vivenciadas por familiares de portadores de transtornos mentais graves. Tal interesse nasceu no bojo de uma inquietação acadêmica quando nos deparamos com cidadãos portadores de psicopatologias crônicas e também convivemos com seus familiares. Neste interim, apreendemos que as repercussões de uma psicopatologia crônica no âmbito familiar são intensas, ficando a família exposta ao preconceito social, ao desgaste físico e mental, as tensões e conflitos causados pelo convívio com uma pessoa mentalmente perturbada.

Entendemos família como um grupo, capaz de interagir entre si e de compartilhar significados de suas experiências existenciais, constituindo-se na célula base da sociedade. Cada família traz em si uma história de vida, de valores, crenças e culturas, perpetuadas ao longo de sua trajetória social. Toda instituição familiar preserva a noção de que sua linhagem genética deve ser saudável, preparada para assumir papéis sociais e profissionais. Ao ver frustrado esses papéis, tendo que assumir o cuidado de um filho "anormal", diferente do ideal para que foi criado, uma série de respostas é evidenciada, desde a anuência da doença até a completa negação e não aceitação desta vivência. Hoje, mesmo na eminência da Reforma Psiquiátrica percebemos, no meio social, resquício do estigma e preconceito vinculado à doença mental, emanados da era clássica. Esse olhar um tanto preconceituoso dirigido à doença mental tem causado efeitos desastrosos tanto no seio familiar como para o próprio sujeito enfermo, pois ambos sofrem os danos da discriminação. Por outro lado, os desafios enfrentados pelo grupo familiar, ao ter que conviver com uma pessoa acometida por uma psicopatologia crônica de caráter psicótico, são intensos, principalmente nas manifestações agu-

strategy to the challenges from "the taking care" of a psychotic mental patient.

KEY WORDS: MENTAL DISORDERS; LIFE CHANGE EVENTS; FAMILY RELATIONS; PSYCHOTIC DISORDERS.

das da doença, sendo necessários ajustes e adaptações constantes.

Diante deste pressuposto, emergiu o objeto deste estudo, ou seja, a compreensão da família acerca dos sintomas psicóticos agudos apresentados por um dos integrantes do grupo familiar. Portanto, este estudo tem como objetivos *compreender as experiências vivenciadas por familiares de portadores de transtorno mental de caráter psicótico na agudização dos sintomas*. Trata-se de uma reflexão sobre o adoecer em saúde mental e as repercussões no âmbito familiar do fenômeno saúde-doença na agudez dos sintomas psicóticos.

Diante das transformações paradigmáticas que estão a orientar o campo da saúde mental na atualidade, percebemos ser este um assunto bastante relevante, pois ao conhecermos as repercussões da doença mental no seio familiar poderemos encontrar, como profissionais da saúde, novas formas de abordagem a esse contingente populacional, adequando o apoio necessário de acordo com suas necessidades.

METODOLOGIA

Este estudo é de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, do tipo estudo de caso⁽¹⁾.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de internação do Instituto Cyro Martins da cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul e na Moradia Terapêutica, vinculada a mesma instituição. Nesta Unidade Hospitalar são tratadas pessoas portadoras de doença mental, em fases agudas e sub-agudas das patologias com risco. Desenvolve programas de tratamento em âmbito de internação integral, hospital-dia, hospital-noite e hospital-turno, com atenção de uma equipe interdisciplinar. Esta instituição faz parte do novo modelo de assistência preconizado pela Reforma Psiquiátrica, para onde o sujeito é levado até atingir sua reabilitação e, conseqüentemente, reinserção familiar e social, em que completará seu tratamento, auxiliado pelos serviços

de contra-referência que poderão ser CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e/ou outros serviços substitutivos. A organização Cyro Martins oferece uma modalidade de serviço substitutivo, denominada Moradia Terapêutica, para onde são encaminhados os indivíduos em estados crônicos de patologias psiquiátricas, com poucas condições de retornarem a seus lares e vínculos sociais.

Os sujeitos do estudo foram seis familiares de pessoas portadoras de doença mental de caráter psicótico, internadas na Unidade Hospitalar e/ou residindo na Moradia Terapêutica do Instituto Cyro Martins. Respeitando os preceitos éticos, os depoentes foram identificados com o pseudônimo de sentimentos e atitudes: AMOR, AFETO, CARINHO, TERNURA, AFAGO e DEDICAÇÃO.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada, gravada em áudio-tape e transcrita na íntegra. Durante a entrevista, também utilizamos como fonte de dados a observação assistemática, com registro em diário de campo.

Para a realização deste estudo, obtivemos a aprovação dos responsáveis pela área de pesquisa do Instituto Cyro Martins, bem como concordância e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, pelos depoentes, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde⁽²⁾. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ, sob protocolo de pesquisa nº 012/2005, de 07/03/2005.

A análise dos dados seguiu os passos metodológicos propostos por Minayo⁽¹⁾, quais sejam: ordenação, classificação e análise final dos dados.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao observarmos o comportamento de uma pessoa acometida por um transtorno psicótico na agudez dos sintomas, podemos visualizar todos os extremos em que o procedimento humano é capaz de manifestar-se em situações de descontrolo como a imprevisibilidade, colocar em risco sua própria vida e a dos outros, tentativa de assassinato, perda do contato com a realidade, agressividade, autodestruição entre outros. A literatura descreve a psicose como sendo um comprometimento grave do funcionamento mental, social e pessoal, manifestado pela perda do teste

de realidade, retraimento social, incapacidade para desempenhar os papéis ocupacionais e domésticos habituais. Soma-se a isso a ocorrência de delírios, alucinações e confusão de toda ordem, sem discernimento de sua natureza patológica⁽³⁾.

Autores como Koga; Furegato⁽⁴⁾ pontuam que as psicoses têm sido vistas no meio leigo e até mesmo entre os profissionais da psiquiatria como o exemplo da loucura. Observamos que essa forma de pensar deve-se ao fato de que os sintomas agudos geram uma complexidade de comportamentos desadaptados no sujeito, evidenciados pela deterioração na aparência, agressão, agitação, negativismo, despersonalização, desrealização, imprevisibilidade entre outros. Esses comportamentos ora descritos são referenciados nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, especialmente na veemência da fase de agudização dos sintomas da psicose:

"[...] quando ele surtava era um verdadeiro desvairado, doido, parecia um louco, o olhar dele mudava e... logo se tornava agressivo, parecia um transtornado fora de si e de seu juízo normal" (AFAGO);

"[...] o que aconteceu com meu filho foi horrível... parecia não ser ele... parecia estar encarnando um outro ser que ele chamava de Ícaro e que iria tirar a minha vida... ele que não era capaz de matar um mosquito, uma formiga sequer" (TERNURA);

"[...] nos picos agudos as manifestações foram terríveis, delírios, alucinações, violência, todos ajudando a agarrá-lo, muito deprimente" (AMOR).

Os relatos supramencionados nos remetem a idéia de que os familiares, ao vivenciar a fase de agudeza dos sintomas de uma psicopatologia, mentalizam e enfrentam com divergência a situação. Para muitos familiares e aí se inclui a sociedade em geral, os distúrbios mentais de caráter psicótico são encarados com certo temor, perigo e revolta, dada a complexidade de manifestações apresentadas. Torna-se difícil para uma família bem estruturada aceitar e enfrentar o ônus de ter em sua progenitura alguém com uma patologia de caráter crônico e com as repercussões da psicose. Estudo realizado por Bertolo⁽⁵⁾ identificou que estes sentimentos no início do processo de adoecer são normais, principalmente para uma família com pouco conhecimento prévio sobre doença mental. Ocorrem, na maioria das vezes, pela falta de entendimento e adaptação ao que está acontecendo. Porém, com o passar do tempo, os familiares passam a conhecer de diferentes formas e graus a doença, acostumam-se com ela, passando a um posicionamento

diferenciado em relação à enfermidade e sua manifestação do que aquela tida no início dos sintomas⁽⁵⁾. Os relatos a seguir denotam esses aspectos:

"[...] a primeira reação foi de revolta, mas depois percebemos que não era por aí, que tem outras maneiras de lidar com a situação, que ele precisava de tratamento, de carinho e de afeto" (DEDICAÇÃO);

"[...] eu tive todos os sentimentos que uma pessoa pode ter sentido na vida: raiva, ódio, revolta... ele me deixava louca, era uma coisa sem fim, noite e dia, foi uma tragédia... mas, hoje eu sei que era doença" (AFAGO).

Ao analisar esses depoimentos temos a noção dos efeitos avassaladores da psicose no meio familiar. A literatura descreve que diante da dificuldade de lidar com os sintomas apresentados por um indivíduo psicótico, dentre eles destacando, as alucinações, os delírios, a desagregação de pensamento e o comportamento de auto e heteroagressividade, os familiares tentam buscar respostas que expliquem e que justifiquem toda a mudança de comportamento percebido⁽⁶⁾. Assim, buscam entendimento do que venha ser o comportamento que caracteriza a doença mental, como veremos a seguir:

"[...] no começo ele me agredia, agredia, agredia, então eu não sabia... achava que era mania sua, que estava se drogando, ou sei lá..." (AFAGO).

Os depoentes destacam também que a convivência com o familiar doente mental é marcada por um sentimento de insegurança e desconforto diante da imprevisibilidade de suas ações, convivendo com a expectativa de que algo súbito possa acontecer a qualquer momento. Essa abordagem é endossada pelo depoimento a seguir:

"[...] ele é muito imprevisível... nas crises agudas que ele tem, aí é que ele se torna altamente agressivo e é preciso tomar providências" (AFETO).

Diante desse relato e em consonância com a bibliografia, identificamos que a doença mental no lar afeta não apenas a qualidade de vida familiar, como também a saúde de todos. O clima de tensão a que se submetem os familiares que cuidam de uma pessoa com transtornos desta ordem, tem efeitos danosos sobre a saúde física e mental de adultos e crianças e, geralmente, a família acaba tendo que ser tratada conjuntamente⁽⁷⁾. Por outro lado, notamos que os familiares deste estudo deixam transparecer a preocupação de não saber lidar com a situação em períodos em que os doentes pioram. Apesar de já estarem familiarizados com as crises e de identificarem sinais que as antecedem, sentem-se impotentes,

incapazes de intervir de forma eficaz para evitar o seu desencadear, conforme relata Afeto:

"[...] na maioria das vezes os sintomas iniciam sem percebermos e ficamos impotentes diante da situação. Para nós e nossos outros filhos isso é um desgaste muito grande" (AFETO).

As entrevistas ainda apontam para a questão da submissão dos familiares e a suposta intolerância do doente face às ações dos indivíduos ou aos acontecimentos que o rodeiam:

"[...] os delírios atrapalham ele, ele ouve coisas, ele pensa que você irá agir contra ele, eu quase morro de susto, procuro quase nem abrir a boca, sirvo ele, faço de tudo para ele ficar calmo" (AFETO).

Esta posição da família identificada no relato denuncia a concepção de que o indivíduo doente mental é violento e que qualquer discordância pode agudizar sintomas psicóticos e torná-lo agressivo. Ainda, existe a possibilidade dessa significação estar associada à lembrança permeada de medo, que o familiar possui de tempos anteriores, quando o doente agia com violência e agressividade. Assim, para não correr o risco de novas crises, os familiares fazem a opção de não contrariar o doente mental em sofrimento psíquico. Neste contexto, as famílias acabam por criar um ambiente protegido, nos dando a noção de uma espécie de redoma de vidro, que proteja o doente contra qualquer situação em que possa ocorrer uma nova crise.

Por outro lado, a passividade do familiar diante do querer do doente pode existir devido à tranquilidade que esta situação promove para a família, pois, se o familiar fizer tudo como o indivíduo doente quer e quando ele quiser, isso evita aborrecimentos, inquietação, trabalho, enfim é mais cômodo. Essa posição também foi evidenciada no estudo supramencionado, o qual apontou que o comodismo implica em não trabalhar ensinamentos básicos junto ao doente, que o auxiliariam no seu cotidiano e, conseqüentemente, em sua autonomia⁽⁵⁾. Entretanto, para que tais ensinamentos sejam viabilizados, faz-se necessário uma pactuação entre família e doente, em que haja respeito aos limites e potencialidades de cada um. Esse limite não significa que se deve definir entre os desejos ou necessidades do doente, àqueles que tem maior importância, pois isso acarretaria em desrespeito a sua cidadania. O importante é estabelecer regras de conduta e comportamento, estabelecer limites e obrigações a serem cumpridas, para que o doente saiba distinguir até onde pode ir. Por outro lado,

satisfazer o doente mental o tempo todo pode desgastar e irritar os familiares, aumentando consideravelmente a tensão na convivência, enfim, acaba gerando uma relação fictícia, capaz de ocasionar uma grande sobrecarga familiar⁽⁸⁾.

Ao observarmos os registros no diário de campo, evidenciamos que a grande maioria das famílias que tem em seu bojo um portador de transtorno mental, muitas vezes fica dividida entre as ações a serem tomadas em um momento de crise imposta pela doença. Essa questão é algo que mobiliza os sentimentos de todos os envolvidos neste processo que, na maioria das vezes, assumem uma atitude de vulnerabilidade diante dos sintomas e da patologia. Frente a esse quadro, é incisivo nos relatos a concepção de que o tratamento farmacológico é o freio dos sinais e sintomas apresentados pelo doente e que, muitas vezes, a demora no ajuste do mesmo ocasiona uma série de transtornos tanto para pacientes como para equipe de saúde e familiares. Somado a isso, vemos que a dificuldade de diagnóstico exacerba o sofrimento psíquico do doente e, conseqüentemente, dos familiares que, sem saber ao certo o que está acontecendo, ficam expostos à angústia, aflição e à ansiedade intensa:

"[...] era um sofrimento psíquico enorme para todos, inclusive dele, um verdadeiro horror até a medicação ser ajustada e ele conseguir retornar a normalidade" (AFETO);

"[...] somente os remédios conseguem reestruturá-lo e reorganizá-lo, mesmo todas as terapias de choque não conseguiram isso" (AFETO);

Neste interim, é consenso entre os familiares a necessidade do uso de medicamentos, como uma forma de garantia na melhoria da qualidade de vida e possibilidade de haver controle dos sintomas. Ainda, há a consciência quanto à impossibilidade de erradicação da doença, mesmo com o uso da medicação. Diante disso, é prudente admitir que, se não fosse este, a desinstitucionalização almejada pela reforma psiquiátrica estaria fadada ao insucesso. Entretanto, é preciso que sua utilização seja adequada, conforme muito bem reforçam alguns autores quando afirmam não haver dúvida sobre o valor ou mesmo a necessidade dos tratamentos somáticos, especialmente em pacientes crônicos e gravemente perturbados. Entretanto, estes devem ser usados apropriadamente, para não causar mais danos que benefícios. Neste viés, torna-se imprescindível manter o familiar, juntamente com a equipe multidisciplinar, informado quanto a terapêutica medicamentosa⁽⁹⁾.

A assistência ao portador de transtorno mental psicótico, para muito além da terapêutica somática, deve incidir por meio de equipe multidisciplinar e de forma holística, colaborando para a reabilitação e reinserção social desse contingente populacional. A literatura ainda corrobora mencionando que, embora os medicamentos sejam o esteio do tratamento para psicose, as pesquisas têm mostrado que intervenções psicossociais podem aumentar a melhora clínica, sendo que estas devem ser criteriosamente integradas ao regime medicamentoso de tratamento, apoiando-o⁽³⁾. Outros autores pontuam que, quando a terapêutica utilizada privilegia o uso da medicação farmacológica em detrimento a outras modalidades de tratamento, corre-se o risco de banalizar a intervenção⁽¹⁰⁾.

Esta premissa é verdadeira quando analisamos a multi-etilogia da doença mental, que não compreende apenas aspectos funcionais e orgânicos, mas contempla um processo amplo de adoecimento, envolvendo aspectos emocionais, ambientais, psicossociais e orgânicos. Compreendemos que, quando o objeto de intervenção é baseado apenas na doença, desvinculada do homem enquanto ser integral, passa-se a viver uma experiência que afeta o nível ético e de humanização das práticas profissionais, principalmente no que concerne a enfermagem, entendida enquanto uma profissão comprometida com a assistência humanizada.

Nesta ótica entendemos que, na área da psiquiatria, faz-se necessário outras modalidades de terapêutica imprescindíveis na viabilização da reabilitação global do sujeito e seus familiares, uma vez que estes também sofrem as conseqüências da doença, conforme podemos observar no relato abaixo:

"[...] a família jamais deve ser deixada de lado, pois ela sofre tanto quanto o doente e, muitas vezes, esses valores não são considerados pela equipe de saúde. Além de trabalhar com o doente, a família deve e precisa também ser trabalhada, pois acredito que aí está o fundo de todo o problema e de toda a possível cura. Claro que a medicação é importante, a dedicação e o trabalho médico são importantes, mas penso que as coisas se agravam porque a família muitas vezes não é orientada em como tratar a doença mental" (DEDICAÇÃO).

Por meio deste depoimento, podemos observar que além das repercussões que a doença mental é capaz de causar no seio familiar, a família enfrenta dificuldades por não saber como lidar com esta patologia, necessitando de orientação por parte das instituições de saúde. Sabemos que

o modelo de atenção atual aos portadores de transtornos mentais preconiza a diminuição da hospitalização e a criação de serviços substitutivos de atenção, deslocando, assim, o seguimento e evolução dos tratamentos para o interstício das dinâmicas familiares, na tentativa de promover a inclusão social dos portadores de patologias mentais. No entanto, os desafios são grandes quando pensamos na questão do preparo das famílias para atuar junto a seus familiares.

Por conseguinte, acolher as demandas da família, considerando as suas vivências, dificuldades, promovendo o suporte possível para as solicitações manifestadas pelo grupo familiar, parece que ainda continua a ser um projeto almejado dentro da área da saúde mental. Autores como Rolim; Ide; Colvero⁽⁶⁾ defendem a idéia de que as ações dirigidas à família de indivíduos com patologias psiquiátricas graves devem ser estruturadas de maneira a favorecer e potencializar a relação familiar/profissional/serviço, numa constante busca de compreender o familiar como um parceiro singular e fundamental para o cuidado dispensado ao doente portador de uma psicopatologia.

Sob este prisma, notamos que as próprias famílias têm buscado ajuda e suporte em grupos terapêuticos. Entre as modalidades de tratamento recomendado aos doentes e familiares encontramos as terapias psicossociais, incluindo nestas a terapia comportamental, terapia orientada para a família, terapia de grupo e psicoterapia individual. O depoente *Amor* menciona em sua fala que participa de um grupo de suporte e apoio como forma de ajudar a entender a doença e os medicamentos utilizados, diminuir o sofrimento psíquico da família, identificar situações de agravamento, desenvolver mecanismos de enfrentamento e, sobretudo, ajudar seu familiar passando a ser o seu cuidador. O relato a seguir revela alguns destes aspectos:

"[...] acho que as pessoas que convivem com este problema se beneficiam em uma associação, podem trocar idéias, saber como entender seu filho doente, até mesmo para saber mais sobre os novos medicamentos, porque a grande maioria dos pais não entende e muito menos aceita a doença. Achem que o filho é vagabundo, não tem vontade de estudar, esse é que é o problema, não aceitar a diferença..." (AMOR).

Diante deste relato, é notório e digno de menção que uma das funções primordiais dos grupos humanos é justamente dar sustentação à fragilidade do ser humano no seu período

evolutivo, permitindo que, a cada momento, encontre no grupo, a ajuda necessária para o alívio de seus sofrimentos existenciais. As abordagens grupais têm se mostrado um terreno propício ao estudo e compreensão do indivíduo fragilizado, pois é nos grupos que os indivíduos se defrontam com situações novas, nos quais podem estudar e ensaiar estratégias para abordá-las terapeuticamente⁽¹¹⁾.

Entretanto, face às transformações paradigmáticas que estão a orientar o campo da saúde mental, não podemos enquanto profissionais de saúde transferir aos grupos terapêuticos a incumbência de prestar auxílio e atenção ao familiar do doente mental. Entendemos que os grupos terapêuticos são necessários e importantes na atenção a esse contingente populacional, mas precisamos também fazer a nossa parte. A nossa atitude deve ser orientada para a ação de cuidar desse familiar, compreendendo que este tem muito a dizer, especialmente em relação ao sofrimento psíquico por que passa e as repercussões deste em suas vidas. É indispensável que o familiar seja devidamente orientado pela equipe de saúde em como proceder diante de situações conflituosas e no trato diário com o sujeito enfermo, contextos estes que, muitas vezes, excedem o próprio agir. Além disso, o familiar deve participar, juntamente com o sujeito enfermo, nas discussões sobre o projeto terapêutico mais adequado para a situação experimentada, enfim deve ser inserido como coadjuvante no processo de cuidado a que todo doente mental tem direito, enquanto ser humano e ser social. Talvez assim as raízes da Reforma Psiquiátrica se tornem mais profundas, galgando níveis mais internos e mais solidificados.

CONCLUSÕES

Diante de toda a abordagem realizada, percebemos que as repercussões de uma psicopatologia crônica no âmbito familiar são intensas. Evidenciamos diante dos relatos que o desgaste, as tensões e os conflitos causados pelo convívio com uma pessoa mentalmente perturbada constituem os maiores problemas que a família enfrenta. Soma-se a isso o estigma e o preconceito social a que a família é exposta. Também identificamos que o comportamento imprevisível debilita as expectativas sociais e dá origem a sensações de incerteza e insegurança. Para os familiares que convivem com isso, sem saber ao certo o

que vai acontecer durante o dia, é angustiante, principalmente quando já ocorreram incidentes passados, inesperados e desastrosos.

Denotamos ainda que as manifestações da doença mental de caráter psicótico em sua fase aguda são altamente danosas e assustadoras, dada a complexidade de sintomas apresentados. E é justamente na vivência da fase aguda, que, muitas vezes, os familiares ou demais pessoas que presenciam tal situação, acabam rotulando o doente mental de "louco". Diante disso, emerge a necessidade de inserir a família na consolidação do processo de desinstitucionalização, ajudando-os a compreender que a "loucura" e/ou a doença mental são manifestações da pessoa e que ela precisa de apoio para enfrentar o problema.

Partindo dessa premissa, o desafio que se propõe é a análise das crenças que sustentam as práticas de Saúde Mental. Não temos como negar que os avanços legislativos, as bases para atuação, a caracterização dos serviços prestados e o discurso utilizado para a implementação das práticas nesta área são amplos e permeados de fundamentação. No entanto, é necessário que as estratégias dos Serviços de Saúde sejam realmente eficazes e resolutivas, partindo da necessidade do usuário e de seus familiares e não dos parâmetros traçados nos níveis institucionais. Embora muitas vezes ainda insuficientes, percebemos que a rede de serviços em saúde mental está, aos poucos, sendo organizada e reestruturada de forma a funcionar em prol da saúde de seus usuários.

O que precisamos é desenvolver o resgate da cidadania, o incentivo ao respeito pela pessoa que adoece, a transformação da instituição para tratar o doente e da sociedade para se responsabilizar pela saúde dos doentes mentais, colaborando para a reinserção desses indivíduos no meio familiar e social. Consideramos serem estes os pontos cruciais na desconstrução do manicômio e do conceito de doença mental, bem como na solidificação da reabilitação psicossocial tão almejada pela Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
2. Brasil. Conselho Nacional da Saúde. Resolução 196/96. Trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.
3. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2003.
4. Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. In: Labate RC, organizador. Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala; 1998. p. 363-77.
5. Bertollo E. Convivência de familiares com doentes mentais psicóticos, egressos de hospitais psiquiátricos [monografia graduação]. Ijuí (RS): UNIJUI/Faculdade de Enfermagem; 2003.
6. Rolin MA, Ide CA, Colvero L de AC. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. Rev Esc Enfermagem USP. 2002;38:197-205.
7. Oliveira MMB, Jorge MSB. Doente mental e sua relação com a família. In: Labate RC, organizador. Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala; 1998. p. 379-88.
8. Tomassi MCF. Uma experiência institucional com grupos multifamiliares no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo). 1996;23:33-40.
9. Bezerra Junior B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Tundis AS, Costa N do R, organizadores. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO; 1987.
10. Martines WRV, Machado AL. Enfermagem e reabilitação psicossocial: vislumbrando o exercício de cidadania do doente mental. In: Labate RC, organizadores. Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala; 1998. p. 107-16.
11. Silva WV, Pereira MLD, Oliveira FB de. Atividade grupal: uma possibilidade de atendimento em enfermagem. In: Labate RC, organizador. Caminhando para a assistência integral. Ribeirão Preto: Scala; 1998. p. 35-41.

Endereço para correspondência:
LEILA MARIZA HILDEBRANDT
Rua dos Carajás 82 - Bairro Pindorama
CEP 98700-000, Ijuí, RS, Brasil
E-mail: leilah@unijui.tche.br