

A FAMÍLIA NO PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO DO INDIVÍDUO COM TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Joelane Moreira Santos¹
Beatriz Machado²

RESUMO

A família é a primeira referência de proteção e socialização dos indivíduos, é nela que se inicia o aprendizado dos afetos e das relações sociais. A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família, pois junto com a patologia psiquiátrica vem associados o estigma, o preconceito e a exclusão do indivíduo com sofrimento psíquico. O presente estudo tem por objetivo elucidar a importância que a família exerce no tratamento e no apoio alusivo ao processo de ressocialização do indivíduo portador de Transtorno Psiquiátrico. Como método de desenvolvimento deste estudo utilizou-se uma revisão de literatura no intuito de compilar e sintetizar dados sobre o papel da família no exercício de cuidadora, dando suporte e promovendo um espaço de apoio e proteção ao indivíduo com Transtorno Psiquiátrico. Conclui-se, então que o apoio e a participação da família é a base para uma boa estrutura emocional para o paciente, tanto para a prevenção de crises, quanto para a sua manutenção e recuperação. Assim, a família colabora na adequação do paciente ao tratamento e sua consequente melhora.

Palavras-chave: Transtorno Psiquiátrico. Família. Cuidados.

ABSTRACT

The family is the first reference of protection and socialization of the individuals; it is in her that the learning of affections and social relations begins. The presence of mental suffering in the family environment causes changes in the routines, habits and customs of the family, because together with the psychiatric pathology, stigma, prejudice and exclusion of the individual with psychic suffering are associated. The present study aims to elucidate the importance that the family exerts in the treatment and support allusive to the process of resocialization of the individual with Psychiatric Disorder. As a method of developing this study, a literature review was used to compile and synthesize data on the family's role in the caregiver's exercise, providing support and promoting a space of support and protection for the individual with Psychiatric Disorder. It is concluded, therefore, that family support and participation is the basis for a good emotional structure for the patient, both for crisis prevention and for its maintenance and recovery. Thus, the family collaborates in the adequacy of the patient to the treatment and its consequent improvement.

Keywords: Psychiatric Disorder. Family. Care.

¹Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade INESUL, Londrina – PR, 2018. E-mail: joelane_moreira@hotmail.com.

²Orientador

1 INTRODUÇÃO

A proposta desse trabalho é analisar a importância da família na ressocialização do indivíduo com Transtorno Psiquiátrico. É inegável que a relação familiar é a base para uma estrutura emocional do paciente portador de transtorno psiquiátrico, tanto para a prevenção de uma crise, quanto para o monitoramento e recuperação. Diante deste fato incontestável, as ações dirigidas às famílias de portadores de transtornos psiquiátricos devem estruturar-se de modo a favorecer e fortalecer a relação das famílias com os serviços de reabilitação e seus profissionais, entendendo, contudo, que o familiar é a peça fundamental no processo do tratamento.

Para Amarante (2005), os Transtornos Psiquiátricos não possuem causas reais e específicas, mas podem estar associadas a fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Desse modo, os transtornos psiquiátricos e comportamentais são identificados e diagnosticados através de métodos clínicos que incluem cuidadosamente a anamnese colhida com o indivíduo e membros da sua família, além disto, podem-se aplicar alguns testes psicológicos específicos para o que se queira investigar e exames clínicos para definir o estado mental do indivíduo. Contudo, a nível social ainda é difícil distinguir um problema neurológico de um sofrimento mental que conseqüentemente da origem ao preconceito social, em que as pessoas podem assumir atitudes discriminatórias ou de segregação. Este tipo de conduta muitas vezes surge no próprio seio familiar espaço considerado primordial de acolhimento, compreensão e proteção do indivíduo acometido por transtorno psiquiátrico (LANA; DIAS; LUCIANA, 2016).

A partir de uma revisão de literatura com o intuito de aprofundar os conceitos relevantes ao tema em estudo, o trabalho foi desenvolvido por meio de artigos científicos buscados na base de dados do Google Acadêmico, a partir dos descritores: transtorno psiquiátrico, família e cuidados.

Espera-se a partir deste estudo colaborar na melhoria da prática de profissionais que atuam junto às famílias e ao indivíduo portador de transtorno psiquiátrico, bem como servir de base a outros profissionais da área de saúde inclusive da área de Psicologia. Convém ressaltar ainda, que por meio da pesquisa podem ser desenvolvidos tanto as funções sociais quanto científicas relevantes a formação em Psicologia que pode oportunizar a promover um empreendimento de

teorização da prática, fazendo com que a produção do conhecimento consiga transformar o real, já que mediante a pesquisa é possível invocar novos saberes através das reflexões aqui traçadas.

2 A FAMÍLIA NO PROCESSO DE RESSOCIALIZAÇÃO DO INDIVÍDUO COM TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO

É de fundamental importância que a família participe do processo de ressocialização do indivíduo com Transtorno Psiquiátrico por ela ser entendida como a base, a fortaleza dos seus componentes. Porém existem famílias que não sabem lidar com a situação devido à falta de conhecimento do que venha a ser o Transtorno Psiquiátrico e qual o seu papel nesta circunstância. Em razão disso, se faz necessário destacar para melhor entendimento os conceitos e definições de Transtornos Psiquiátricos.

2.1 Transtornos Psiquiátricos: conceitos e definições

Não é fácil falar de Transtornos Psiquiátricos em uma sociedade onde ainda se predomina o preconceito. Por isto, antes de aprofundar essa discussão é importante para compreensão da temática conceituar Transtorno Psiquiátrico. Segundo Bassitt (2012), o transtorno psiquiátrico é caracterizado por alterações cognitivas e comportamentais que prejudicam o indivíduo no seu cotidiano, nas suas relações sociais, pessoais e no convívio familiar e que causa sofrimento não somente para o indivíduo mais também para seus familiares.

É importante ressaltar que não basta o indivíduo apresentar comportamentos anormais (que não condiz com os comportamentos dos padrões sociais) para que se possa caracterizá-lo com um transtorno psiquiátrico, porque nem toda danificação da condição humana se denota como um distúrbio mental. Por isso é que se faz necessário que os comportamentos anormais sejam persistentes e/ou recorrentes e que lhe resultem danos não só pessoal mais também em suas relações sociais.

Para Pereira (2013):

As pessoas podem sofrer de angústia e/ou depressão em virtude de circunstâncias pessoais ou sociais e, a menos que sejam satisfeitos todos os critérios necessários para o diagnóstico de determinado distúrbio, essa

angustia não constituirá transtorno mental. Há diferença, por exemplo, entre um estado afetivo deprimido e depressão doença, o primeiro surgindo como resposta a uma determinada circunstância estressante e a outra como uma doença franca. Diferentes formas de pensar e se comportar, entre diferentes culturas, podem influenciar a maneira pela qual se manifestam os transtornos mentais (PEREIRA, 2013, p. 11).

Nota-se que as variações de comportamentos com base nos padrões sócio culturais não é fator que possa rotular um indivíduo com transtorno psiquiátrico, muitos outros fatores estão vinculados para se chegar a um diagnóstico de transtorno. Os critérios que definem e traçam o diagnóstico dos transtornos psiquiátricos são encontrados no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças da OMS-ONU) e no DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais) (LANA, 2016). Estas fontes de critérios são válidas para classificar as síndromes, as doenças e suas condições e não para classificar e/ou rotular o indivíduo em si.

De acordo com Barlow(2015), Transtorno Psicológico é uma disfunção psicológica apresentada pelo indivíduo que está relacionada a um tipo de sofrimento que causa prejuízos no funcionamento cognitivo prejudicando-o nas suas relações sociais ou ainda um tipo de resposta atípica sócio cultural apresentada de modo inesperado pelo indivíduo. Levando em consideração a peculiaridade da existência de cada indivíduo e de como ele se imprime no mundo, cada ser é único e por assim dizer os seus sentimentos, emoções e comportamentos também são e se diferenciam um dos outros. Neste sentido se deve observar e considerar o contexto social e cultural onde o indivíduo está inserido uma vez que um comportamento disfuncional apresentado por um indivíduo não é padrão único para se fechar o diagnóstico de transtorno.

Em se tratando do diagnóstico dos transtornos psiquiátricos e comportamentais, sua realização se faz com base nos métodos clínicos com utilização de instrumentos especificamente como a entrevista minuciosa chamada de Anamnese que se aplica não somente ao paciente como também a outras pessoas do seu convívio social e em especial sua família, como também se aplica alguns testes psicológicos a depender do que se queira investigar no paciente/cliente e, além disto, pode-se aprofundar nas realizações de exames clínicos para avaliar a condição mental, física e orgânica do indivíduo. Fatores biológicos, psicológicos e sociais se devem levar em consideração porque influenciam de forma

significativa nas causas dos transtornos psiquiátricos e comportamentais (CASTEL, 2007).

Os fatores biológicos do transtorno psicológico dito por Barlow (2015) com base em Hipócrates, poderiam estar associados às causas patológicas ou traumascerebrais, pois para Hipócrates o cérebro era o comando da cognição do indivíduo e das suas emoções de modo que qualquer transtorno que envolvesse a capacidade cognitiva e emotiva do indivíduo estaria localizado no cérebro. Já o fator psicológico associaria ao stress bem como os fatores sociais cuja causas do comportamento mal adaptativo eram fruto do ambiente social e cultural do indivíduo e suas aprendizagens neste ambiente (BARLOW, 2015).

2.2 Conhecendoum pouco sobre a história da loucura e da reforma Psiquiátrica

Sobre a história da loucura, imagine-se sendo excomungado, desprezado, surrado e excluído da sociedade e por seus familiares. Assim foi marcada a história do portador de transtornos psiquiátricos que há séculos atrás foi estigmatizado de loucos. Isolados do convívio social e a disposição da mais pura frieza, descaço e ignorância que um ser humano pode ofertar ao outro, Foucault (1972) conta que esta história se iniciou com as cruzadas, no território da Europa mais especificamente no Ocidente. Naquela época a doença que mais assustava a população era a Lepra que se alastrou por décadas, aterrorizando sociedades que não sabiam explicar quais eram as suas origens.

O leproso tinha como tratamento o isolamento total da sociedade. Tempos depois, com a extinção da lepra, as doenças venéreas tomaram o seu posto, porém com efeitos menos avassaladores. Todos os indivíduos acometidos por lepra e doenças venéreas, dividiam o mesmo espaço e em conjunto a este grupo também se reuniam os mendigos, prostitutas, homossexuais, ou seja, as pessoas que apresentavam comportamentos aversivos ao do modelo padrão da sociedade da época eram rotulados de loucos. Assim sendo estigmatizados não poderiam fazer parte do convívio social e, por isso, eram condenados a própria morte (FOUCAULT, 1972).

Foucault (1972) declarou a época da Renascença como a mais marcante. Nesse tempo, os loucos eram embarcados em navios chamados de Stultiferas Naves/ Nau dos loucos, para uma viagem até a terra dos excluídos. Rejeitados por

todos, os “loucos” desembarcavam das Naus em terras estranhas e distantes das suas nativas. Nas novas terras, eles sofriam de maus tratos, eram chicoteados em praça pública, ridicularizados, rejeitados pela população nativa e, quando aceitos por estas, eles eram levados para uma casa de internamento onde lá o tratamento era ainda pior. Além de receberem choques elétricos, muitos que apresentavam comportamentos mais agressivos eram acorrentados e isolados dos demais internos. Acreditava-se que não haveria solução para a loucura porque esta sobrepuja a morte (FOUCAULT, 1972).

Somente a partir do século XV a percepção para a existência do acometido pela loucura começou a ser observada com outra ótica. O campo da ciência começou a se interessar pelo assunto e como reforçador para o início destes estudos podemos citar o pensamento dito pelo filósofo Descartes, “penso, logo existo” (CASTEL, 2007).

A loucura então passou a manter a sua existência relacionada com a razão e somente por volta do século XVIII à ciência a transformou em uma patologia. Em meados do século XIX considerado o século do manicômio, os loucos eram mantidos sob torturas, prevalecendo os hábitos de outras épocas no tocante dos maus tratos e reclusão (CASTEL, 2007). Nesta mesma época, o fenômeno loucura passa a ser atribuída a doença mental. Contribuíram para esse novo conceito os filósofos humanistas Pinel e Tuke, em que o primeiro deixou o legado de grande relevância nesse contexto, ao postular que as correntes utilizadas para conter os loucos exaltados não eram necessárias (CASTEL, 2007). Para Pinel, o que estes enfermos precisavam eram de cuidados, remédios, e sobre tudo do apoio de outras pessoas. É nessa perspectiva que surge a primeira revolução psiquiátrica, como destaca Amarante (2005):

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 2005, p. 91).

O Ministério da Saúde em conferência admite que a primeira reforma psiquiátrica no Brasil eclodiu com o movimento sanitário nos anos 70 e conseqüentemente com o movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), ou seja, foi um movimento político e social que criticava o modelo hospitalocêntrico (manicômios) e as violências que lá ocorriam contra os internos. No II Congresso Nacional do MTSM o lema abordado foi “Por uma sociedade sem manicômios.” Nesta conjectura surgem as primeiras propostas e ações para estruturar um modelo de assistência para os doentes mentais, tais como advento do CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), este como um marco no processo da Reforma psiquiátrica que permite o atendimento 24hs (BRASIL, 2000).

Na mesma conferência o Ministério da Saúde também informou que em 1989, foi proposto pelo Deputado Paulo Delgado o projeto que regulamentasse os direitos das pessoas com Transtornos Psiquiátricos e a extinção progressiva dos manicômios no país, mas tal projeto só foi sancionado em 2001 como projeto de lei nº 10.216 de um substitutivo da estrutura original, onde se modificou o texto normativo. Esse projeto privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, e dispõe sobre o direito e proteção das pessoas com transtornos mentais 24hs (BRASIL, 2000). Nesse constructo, a partir de 1992 os movimentos inspirados em tal projeto conseguiram aprovar leis que determinassem a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por rede integrada de atenção à saúde mental. Ainda nesta compreensão, entrou em vigor as normas federais para regulamentar a implantação dos serviços de atenção diária, concebida nas experiências dos CAPS, NAPS, Hospitais dia 24hs (BRASIL, 2000).

O Ministério da Saúde desde então criou estratégias específicas para cuidar desta demanda. Neste ponto, criaram-se serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico tais como o programa de volta para casa que cuida da reintegração das pessoas portadoras de doenças mentais com longo histórico de hospitalização, desinstitucionalizando os hospitais psiquiátricos/manicômios; Serviços de residências terapêuticas (SRT), para garantir a moradia de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos 24hs (BRASIL, 2000).

Ao final de 2001, logo após a promulgação da Lei 10.216, aconteceu a III Conferência em saúde mental, que contou com a participação do usuário e seus familiares. A discussão era acerca das novas diretrizes e estratégias com propósito de mudar a saúde mental no Brasil.

Por meio desta conferência, a reforma psiquiátrica tornou-se política oficial do SUS, que atribuiu ao CAPS a porta de entrada para a mudança do modelo de assistência. Cabe ao CAPS o atendimento clínico em regime de atenção diária evitando deste modo as internações em hospitais psiquiátricos. Seu objetivo é promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais, através de ações intersetoriais, cujo modelo de atenção ao usuário é realizado em seu contexto comunitário, sobretudo contando com o apoio de seus familiares, peça chave para concretização deste objetivo. Por assim dizer: confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil (BRASIL, 2000).

2.3 Definição de família

No que tange o transtorno psiquiátrico, é válido ressaltar nesse estudo a importância da família no processo de ressocialização do indivíduo que se encontra doente mentalmente. Há vários conceitos que definem a palavra família, dentre eles toma-se como base o dicionário da língua portuguesa Aurélio (2018) que define família como sendo: “Conjunto de todos os parentes de uma pessoa e principalmente, dos que moram com ela; Conjunto formado pelos pais e pelos filhos; (...)”. Em Priberam (2010), dicionário virtual português, o termo família tem a seguinte denominação:

(latim familia, -ae, os escravos e servidores que vivem sob o mesmo tecto, as pessoas de uma casa).s. f. 1. Conjunto de todos os parentes de uma pessoa, e, principalmente, dos que moram com ela. 2. Conjunto formado pelos pais e pelos filhos. 3. Conjunto formado por duas pessoas ligadas pelo casamento e pelos seus eventuais descendentes. 4. Conjunto de pessoas que têm um ancestral comum. 5. Conjunto de pessoas que vivem na mesma casa. 6. Conjunto de vocábulos que têm a mesma raiz. 7. Fig. Raça, estirpe; casa³.

Desde os primórdios, a família exerce um papel de extrema relevância na vida das pessoas, seja no âmbito social, político, cultural, econômico e biológico. Ao longo da história da humanidade, a família passou por profundas transformações. Esse processo evolutivo percorreu alguns períodos históricos.

³ <https://www.priberam.pt/dlpo/fam%C3%ADlia>

De acordo com Philippe Ariès (2008), a iconografia da família é retratada ao longo da idade média em meados do século XVI, antes disto na idade média nas iconografias reveladas o homem aparecia sozinho nos afazeres dos seus ofícios, sua vida privada não era representada. A mulher passou a fazer parte desta iconografia no século XVI com características de dama e em outras com características de dona de casa, dividindo o mesmo ambiente com o homem. O personagem da criança surge na mesma época retratada nos calendários. Es então a construção da família apresentada nos calendários do século XVI representada pelo pai, pela mãe e pelos seus filhos. A instituição familiar é bastante variada em suas composições, mas por mais variada que seja ela se baseia nas diferenças de papéis do homem e da mulher exercidos na geração da criança (ARIÈS, 2008).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, guardadora dos fundamentos do sistema normativo, defende a família plural, cujos modelos estão presentes na sociedade, e delinea os princípios que regem a entidade familiar, conferindo unidade valorativa e concepção democrática à família (BRASIL, 1988).

A família constitucional se voluntaria com o modelo de democracia, dotada de igualdade, respeito às diferenças, negação à discriminação e preconceito. Determina-se pelo respeito também à liberdade, acrescentando a liberdade de decidir o curso da própria vida e o direito de protagonizar um papel ao forjar o destino comum. Acolhe ainda os conceitos de pluralismo e de diversidade cultural, unindo solidariamente os membros de grupos diversos (MORAES, 2013).

Das relações de convivência entre homem e mulher tem-se por princípios fundamentais a liberdade e a solidariedade. Esses princípios unem exatamente as construções acima referidas em que a família se identifica como relacional e individualista. Conforme ensina Espínola (2011), é o princípio da liberdade o grande orientador das conquistas em prol da autonomia nas escolhas individuais. Ser livre e igual, elementos essenciais à dignificação humana. Não é suficiente o tratamento igualitário entre homem e mulher se não há liberdade de exercer as suas próprias escolhas, de se autodeterminar.

O advogado do Instituto Brasileiro do Direito da Família – IBDFAM, Rodrigo da Cunha Pereira explica a evolução da família fazendo menção a três fases históricas, sendo elas: o estado selvagem, barbárie e civilização.

No estado selvagem, os homens apropriam-se dos produtos da natureza prontos para serem utilizados. Aparece o arco e a flecha e, conseqüentemente, a caça. É aí que a linguagem começa ser articulada. Na barbárie, introduz-se a cerâmica, a domesticação de animais, agricultura e aprende-se a incrementar a produção da natureza por meio do trabalho; na civilização o homem continua aprendendo a elaborar os produtos da natureza. É o período da indústria e da arte (PEREIRA, 2003, p 12).

No que diz respeito especialmente à evolução da família, o advogado Noé de Medeiros elenca algumas teorias:

Basicamente a família segundo Homero, firmou sua organização no patriarcado, originando no sistema de mulheres, filhos e servos sujeitos ao poder limitados do pai. Após surgiu a teoria de que os primeiros homens teriam vivido em hordas promiscuas, unindo-se ao outro sexo sem vínculos civis ou sociais. Posteriormente, organizou-se a sociedade em tribos, evidenciando a base da família em torno da mulher, dando origem ao matriarcado (MEDEIROS, 2007, p 31).

Observa-se que ao longo da história as relações familiares desenvolveram vários papéis. Inicialmente chefiada pela mulher mais por um curto período de tempo, em seguida pelo homem que assegurou as rédeas da direção da família. Segundo Teixeira e Ribeiro (2010):

O padrão da família brasileira da primeira metade do século XIX até a primeira metade do século XX era constituída por um pai, mãe e filhos. Os integrantes da família brasileira deste período eram comandados por um pai e esposo contido no choro e na demonstração de sentimentos, eram duros e jamais demonstravam fragilidade, nem receios. Antes, o homem era formado para ser mais racional e menos emocional, o que dificultava o relacionamento afetivo (TEIXEIRA; RIBEIRO, 2010, p.12).

Este ensinamento sobre a firmeza masculina para dirigir o lar era hereditário, ou seja, ensinado de pai para filho, e reafirmava a ideia de que as filhas deviam seguir os passos da mãe casando-se cedo e ser submissa ao seu esposo. Nesta estrutura familiar cabia a mulher o dever de ensinar a decência e educar os filhos. Aos homens cabia o dever de garantir e zelar pela segurança e sustendo da família independente da classe social (BOCK, 2014).

Com a Revolução Industrial e com a revolução feminista, o posicionamento das mulheres mudou radicalmente provocando uma reorganização da sociedade e estrutura familiar, possibilitando em meados do século XX uma relação conjugal harmoniosa e permissiva, nessa conjectura a vida econômica do casal passou a ser

compartilhada e o ambiente de convivências familiar suavizou-se visto que o homem perdeu o domínio absoluto sobre a chefia familiar e o autoritarismo decorrente disto (BACH, 2013).

Ao longo do tempo várias foram às mudanças no quadro familiar que antes era nuclear, ou seja, constituída de pai, mãe e filhos, passando a ser constituída por novos casais, com enteados, com filhos de seus casamentos esfacelados, com os avós, os primos e tios, dando origem ao surgimento da família denominada mosaico. Esta é uma família numerosa com muitos componentes. Pode-se perceber o valor e a importância da construção da família que independente da forma como ela se constitui, sem ela não haveria a construção social e muito menos os valores que torna mais concreta a vida de qualquer cidadão.

Segundo Bach (2013), a família, do ponto de vista do indivíduo e da cultura, é um grupo tão importante que, na sua ausência, dizemos que a criança ou o adolescente precisa de uma família substituta ou devem ser abrigados em uma instituição que cumpra suas funções materna e paterna, isto é, as funções de cuidados para a posterior participação na coletividade. Diante disso, é necessário dizer que não há um modelo único, correto ou normativo de família. Não importa o modo como ela esteja como organizada ou estruturada, se há uma hierarquia ou não, se existe uma relação de autoridade ou não, toda família é normal independente da forma ou do arranjo como ela se apresente.

O convívio com o portador de transtorno psiquiátrico impõe aos seus familiares a vivência de sentimentos e emoções, que consciente ou inconscientemente, são difíceis de elaborar e entender. Isto evidencia a grande necessidade de intervenções que acolham o sofrimento apresentado, considerando a subjetividade das pessoas e favorecendo a dinâmica de ajuda mútua (ALCÂNTARA, 2011).

2.4A família e sua relação com o indivíduo com transtorno psiquiátrico

A família é a primeira referência de proteção e socialização dos indivíduos, é nela que se inicia o aprendizado dos afetos e das relações sociais. A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família, pois junto com a patologia psiquiátrica vem associados o estigma, o preconceito e a exclusão do indivíduo com sofrimento psíquico. Com o

impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste. Além disso, essa convivência com um familiar com transtorno mental gera diversas dificuldades, como: problemas no relacionamento com o familiar, estresse e a dependência do portador de sofrimento psíquico, bem como o medo das recaídas e do comportamento deste no período das crises (ROSA, 2013).

Sobre a família e o indivíduo com transtorno psiquiátrico, Colvero, Ide e Rolim (2014) destacam que esta instituição ficava limitada apenas a perceber as alterações psíquicas, conduzir o seu familiar a instituição, onde o mesmo seria tratado, e durante esse período prestar informações referentes à sua patologia, além de visitá-lo, encontros esses mediados por funcionários das instituições. Geralmente as visitas deixavam de ser mais constantes e, por conseguinte gradativamente extinguíam-se, ora por iniciativa da própria família, outras da unidade hospitalar, entendendo que a presença da família dificultava a melhora do paciente (ROSA, 2013).

Com a efetivação da Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos dos indivíduos que sofrem de transtornos psiquiátricos, ocorrerá mudanças no modo de entender e intervir na condição do tratamento. Além de direcionar o indivíduo para o modelo assistencial em Saúde Mental estimula a participação da família de modo incisivo no processo do tratamento por compreender que a estrutura familiar é a porta de entrada para o bom resultado e manutenção do tratamento do indivíduo acometido pelo adoecimento mental (BRASIL, 2001).

Partindo do princípio de que os familiares são primordiais no processo do tratamento do indivíduo com Transtorno Psiquiátrico. É de suma importância que os membros que as constituem saibam lidar com as situações estressantes que possam ocorrer ao longo do tratamento e sobre tudo com o modo exagerado de superproteção ao paciente a fim de evitar recaídas ao tratamento (BRASIL, 2001).

De acordo com Lazure (2014), quando a família se conscientiza do sofrimento do portador de Transtorno Psiquiátrico ela será capaz de compreender as situações impostas em decorrência do transtorno e saberão lidar com elas, dando amor, carinho e dedicação ao portador. A família neste cenário de conscientização da patologia estabelecerá o papel principal para o bom desempenho do tratamento em

conjunto com a equipe multiprofissional responsável pelo paciente, pois o principal objetivo entre ambos é adquirirem o vínculo e a confiança para aceitação do tratamento.

O tratamento de um paciente com Transtorno Psiquiátrico é um processo lento e gradual e a família como pilar principal deste processo também necessita de cuidados e orientações para saber lidar com o paciente. Neste sentido os profissionais da área de saúde, bem como os serviços de atenção a Saúde Mental, devem desenvolver ações que visem atender também a família do usuário que em prol da demanda particular do paciente precisam modificar sua rotina o que pode causar sobrecargas excessivas pelo acúmulo de funções. Conforme Colvero, Ide e Rolim (2014), é possível citar muitas sobrecargas no âmbito da complexa convivência com o portador de Transtornos Psiquiátricos. Dentre elas a autora cita a sobrecarga financeira, a sobrecarga do cuidado e a sobrecarga física e emocional.

Segundo Melman (2012), a sobrecarga financeira se confirma pelos custos assumidos pela família em prol aos cuidados inerentes a pessoas com transtornos psiquiátricos. Pois estes indivíduos encontram dificuldades para serem inseridos no mercado de trabalho devido às rejeições advindas do preconceito criado pela falta de conhecimento acerca da sua patologia. Nessa conjuntura, cabe aqui dizer sobre o papel articulador dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que é oferecido pelos serviços do SUS (Sistema Único de Saúde), que atuam com o objetivo de evitar a exclusão social e oferecer um tratamento digno e humanizado aos portadores de transtornos psiquiátricos. O CAPS tem como uma de suas estratégias as oficinas terapêuticas de geração de renda (MELMAN, 2012).

Com relação à sobrecarga do cuidado, Moreno e Alencastre (2013) destacam que geralmente apenas um membro da família, a quem chamemos de cuidador (a), recai esta sobrecarga, mais comumente a mulher assume este papel. Note que neste ponto permanece enraizado a história da mulher o papel de cuidadora. Se tratando da terceira e última sobrecarga que é a física e emocional, pode-se dizer que provavelmente é a que mais dificulta a melhora do indivíduo com transtornos psiquiátricos, pois as consequências desta sobrecarga resultam no esgotamento dos cuidadores perante o processo de tratamento da patologia, que são percebidas diretamente na saúde física e mental dos mesmos.

Além das sobrecargas, outro fator relevante que acometem a família de pessoas com transtornos psiquiátricos está relacionada às chamadas

representações sociais. Pois se espera que o grupo familiar seja constituído num modelo padrão, no qual uma das características dos seus integrantes seja gozar de boa saúde mental. Logo, se houver neste grupo um integrante acometido por transtornos psiquiátricos a ação inicial da família é de negar o indivíduo uma vez que este apresentará características de comportamentos incondizentes com o do padrão social (MORENO; ALENCASTRE, 2013).

Nota-se que a cultura de cada família pode influenciar no modo de acolher e se relacionar com o indivíduo que sofre de transtornos psiquiátricos, o que torna ainda mais evidente a responsabilidade dos profissionais de Saúde Mental bem como a assistência psíquica prestada, orientando e garantindo os direitos sociais inerentes ao acometido pelos transtornos psiquiátricos e a seus familiares (PEREIRA, 2013).

A vivência da facticidade da doença mental, na família, pode ser permeada por vários sentimentos, entre eles, a tristeza, a angústia, o medo, a esperança e a desesperança, bem como, um intenso sofrimento que a acompanha, toda vez que seu familiar doente entra na crise aguda da doença. No período inicial da doença, a esperança e a crença de que seu familiar vai ficar curado parece ser algo que se faz presente; entretanto, quando começa a surgir a necessidade de várias reinternações no hospital psiquiátrico, vem, então, a desesperança em relação às possibilidades de poder-ser do familiar doente (ROSA, 2013). Nesse momento de desesperança, é que a equipe de saúde pode tornar-se uma fonte de apoio e sustentação para a família, oferecendo-lhe a coragem e a ajuda que se fizer necessária, para que ela não desanime diante da exaustiva tarefa de cuidar do seu familiar portador de doença mental, bem como, na busca de caminhos para que ela possa se fortalecer e, também, valorizar o seu poder-ser e o do seu familiar doente (PEREIRA, 2013).

2.5 O papel da família

Procurando resgatar a dignidade e dar vazão à história de vida do portador de transtornos psiquiátricos, atualmente já se exerce a parceria e colaboração entre unidades de serviço social e a família. Acredita-se que com o serviço de assistência da saúde e com o apoio de afeto da família, possa se alcançar melhorias na recuperação das pessoas com transtorno psiquiátrico, promovendo e permitindo sua ressocialização (MELMAN, 2012). Para isso, são vitais as atividades que

possibilitem ao paciente a exploração de sua cognição, e o incentivo da família é salutar, pois o paciente ao perceber que é amado e acolhido, demonstra maior abertura ao acompanhamento. Além disso, as famílias reaprendem a lidar com a patologia e adquirem paciência no cuidado e na atenção ao membro afetado. Entretanto, muitos fatores se tornam norteadores e que de certa forma, dificultam este processo. Primeiro, o transtorno psiquiátrico não tem cura, para ele existem tratamentos nos quais as pessoas possam vir a ter a percepção das suas limitações e saber conviver com elas. Segundo, as famílias muitas vezes não sabem lidar com esta verdade e ignora a existência de tal patologia, agindo de forma até mesmo grosseira com quem a detém. E terceiro alguns Centros ou Núcleos de Assistência Psicossocial, não disponibilizam de meios ou espaços para que as famílias possam interagir no processo adaptativo (MELMAN, 2012).

Quanto a uma conciliação entre os CAPS ou NAPS com as famílias, a assistência se torna mais concisa. Aqui se torna importante a representação social, ou seja, é necessário não só a coleta de dados, mas conhecer a origem, a história de vida familiar e social de cada paciente. Ouvir atentamente os relatos dos membros familiares, em geral, a figura da mãe, que assume papel fundamental de cuidadora e acompanhante de seus filhos (PEREIRA, 2013).

Uma assistência de qualidade é uma assistência também de promoção da saúde de todos os membros familiares, uma vez que estando doente um membro, todos os demais acabam que sofrendo das consequências da patologia (MELMAN, 2012). Aqui se faz preciso, a formação e informação da família acerca do transtorno mental, para que a mesma possa entender o que se passa com seus membros acometidos pelo transtornos psiquiátricos, e poder assim, participar de forma afetiva no processo de melhorias dos pacientes.

Quando as pessoas com Transtornos psiquiátricos forem vistas sem a ótica do preconceito possivelmente processo de ressocialização será mais eficaz. Esta orientação e apoio já são prestadas pelas políticas públicas e seus dispositivos de saúde mental e psicossocial. Contudo o apoio maior à de ser ofertado pelo seio familiar do paciente.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que a reforma psiquiátrica trouxe uma série de mudanças no tratamento do doente mental, o que antigamente era visto com aversão pela sociedade, fazendo com que estes fossem excluídos e trancafiados longe de qualquer contato com a sociedade. A Reforma permitiu que este tipo de comportamento fosse extinto, proporcionando um novo tratamento com a ressocialização destes usuários, trazendo um novo prisma nas suas vidas e fazendo com que a família tornasse parte integrante desse processo.

Neste presente estudo alguns conceitos foram abordados que tornou possível compreender a importância da família na vida do indivíduo com transtornos psiquiátricos. Apesar de toda a mudança já ocorrida observa-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido para que estes indivíduos sejam aceitos de maneira igualitária na sociedade.

Percebeu-se que a doença mental é uma patologia que abala as estruturas familiares. Além disso, vemos que a doença mental, devido à maneira como é referenciada por nossa sociedade, carrega em si a marca do preconceito. A vivência do adoecer da pessoa em sofrimento psíquico faz com que os familiares busquem os serviços de saúde mental a procura de ajuda, procurando entender o que seu ente querido está apresentando.

Os CAPS é uma das portas de entrada principais para o tratamento do indivíduo com transtornos psiquiátricos e seus familiares, no entanto é possível dizer que mais mecanismos precisam ser criados para abordar o tema e sobre tudo nas instituições de educação apresentando as políticas públicas como base para elucidar os cidadãos sobre esta realidade.

Nessa perspectiva, a família torna-se o verdadeiro “porto seguro”, além do apoio e cuidados com o paciente psiquiátrico em sua casa, ela é participante ativa no tratamento, através do apoio, acolhimento, participação nos atendimentos, esclarecimento de dúvidas junto ao paciente e aos outros familiares, etc., por isso é tão importante que as famílias também recebam apoio, esclarecimento e tratamento pela equipe multidisciplinar.

Conclui-se, então que o apoio e a participação da família é a base para uma boa estrutura emocional para o paciente, tanto para a prevenção de crises, quanto

para a sua manutenção e recuperação. Assim, a família colabora na adequação do paciente ao tratamento e sua conseqüente melhora.

Espera-se que este trabalho possa contribuir para um melhor entendimento acerca do transtorno psiquiátrico e o tipo de tratamento a ser empregado para esta patologia.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Geisa Souza. Gomes, Juliana da Silva. **O papel da família no processo de ressocialização de pessoas acometidas por transtornos psíquicos**. Trabalho de conclusão de curso- Faculdade Vasco da Gama. Salvador. 2011.

AMARANTE P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

ARIÈS, P. **História social da infância e da família**. Tradução: D. Flaksman. Rio de Janeiro: LCT, 2008.

BACH, J. Marcos. **O futuro da família: tendências e perspectivas**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

BARLOW, David H. **Psicopatologia: uma abordagem integrada**. Trad. Noveritis do Brasil, 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

BASSITT, William. **Doença Mental e Terapia Familiar**. Curitiba: Artmed, 2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. Brasília, 2000.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 2007.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE. Cilene A, C.ROLIM. Marli. Alves. Família e doença Mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enfermagem**, v.38, n.2, p.197-205, 2014.

DICIONÁRIO PRIBERAM ON LINE. **Definição do termo família**. Disponível em: <<https://www.priberam.pt/dlpo/fam%C3%ADlia>> Acesso em: 20 jun. 2018.

ESPÍNOLA, Eduardo. **A Família no Direito Civil brasileiro**. Campinas: Bookseller, 2011.

FOUCAULT, Michel: **A História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

HOLANDA, A. B - Dicionário Aurélio. **Definição do termo família**. 2018.

LANA, Claudia. DIAS, Juliana, LUCIANA Regina. O Estigma da Doença Mental para pacientes, familiares e a sociedade. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.40, n.1, p.123-127, 2016.

LAZURE, H. **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta, 2014.

MEDEIROS, Noé. **Lições de Direito Civil: Direito de Família, Direito das Sucessões**. Belo Horizonte: Nova Alvorada Edições, 2007.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental – repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2012.

MORAES, Maria Celina Bodin de. A Caminho de um Direito Civil Constitucional. **Revista de Direito Civil**, v.123, n.65, 2013.

MORENO, Vânia; ALENCASTRE, Vânia Bucchi. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Escola de Enfermagem – USP**, 2013, p.43-50.

PEREIRA, M.A.O. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 92-100, 2013.

PEREIRA, Rodrigo da Cunha. **Direito de Família: uma abordagem psicanalítica**. Belo Horizonte: Del Rey, 2003.

PEREIRA. Maria A.O.JR. Alfredo Pereira. Transtorno Mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Rev. Esc. Enfermagem**, v.37, n.4, p.92-100, 2013.

ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2013.

TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado; RIBEIRO, Gustavo Pereira Leite. **Manual de direito das famílias e das sucessões**. 2 ed. Belo Horizonte: Del Rey. 2010.

