

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**A IMPORTÂNCIA DO ACOLHIMENTO ÀS FAMÍLIAS DE
PORTADORES DE SOFRIMENTO MENTAL PELO PSF**

EDNA DE CASTRO REZENDE DO NASCIMENTO

**GOVERNADOR VALADARES / MG
2013**

EDNA DE CASTRO REZENDE DO NASCIMENTO

**A IMPORTANCIA DO ACOLHIMENTO AS FAMILIAS DE PORTADORES DE
SOFRIMENTO MENTAL PELO PSF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.
Orientadora: Prof^a. Patrícia da C. Parreiras

GOVERNADOR VALADARES / MG
2013

EDNA DE CASTRO REZENDE DO NASCIMENTO

**A IMPORTANCIA DO ACOLHIMENTO AS FAMILIAS DE PORTADORES DE
SOFRIMENTO MENTAL PELO PSF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.
Orientadora: Prof^a Patrícia da C. Parreiras

Banca Examinadora

Prof^a. Patrícia da C. Parreiras (orientador)

Prof^a. Andrea Fonseca e Silva

Aprovado em Belo Horizonte: 29/06/2013

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família que se sacrificou em todos os sentidos para que eu pudesse fazê-lo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que sempre tem me abençoado;

Agradeço aos meus pais, pois sem os seus sacrifícios eu não teria chegado até aqui;

Agradeço ao meu marido Nelson, aos meus filhos Iara e Renato e ao meu neto, Noah por terem me apoiado nesta jornada;

Agradeço aos tutores que sempre estiveram prontos e dispostos a me orientar.

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”

Mahatma Ghandi

RESUMO

Mediante as dificuldades das famílias dos pacientes portadores de doença mental em tê-los em seu convívio diário, a partir da Reforma Psiquiátrica que limita as internações involuntárias e propõe o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a reintegração dos pacientes às suas famílias, este trabalho propõe uma discussão sobre como o acolhimento destas famílias pelo Programa Saúde da Família (PSF) pode ser muito promissor junto às mesmas quanto ao recebimento de seus enfermos egressos ao lar. Foi realizado um estudo bibliográfico descritivo, mostrando que estas famílias não foram devidamente preparadas para esta nova realidade. Frente às dificuldades das famílias dos pacientes portadores de doença mental de cuidar deles e aos constantes pedidos de internação psiquiátrica dos mesmos, com pressão persistente na UBS, discutiu-se o acolhimento como um recurso para facilitar a inclusão sócio-familiar dos portadores de doença mental e o trabalho do PSF nesta temática, como uma nova forma de assistência em saúde mental. Estimulou-se, então, uma reflexão sobre como as famílias que foram excluídas nos cuidados aos seus enfermos psiquiátricos diante da visão do saber médico e por ter sido responsabilizada pelo adoecer de seus membros, passou a ser valorizada como essencial a estes cuidados a partir da Segunda Guerra Mundial, quando começou a se cogitar a desospitalização. Mostrou-se ainda que, no Brasil, foi a partir da década de 80 com a realização das Conferências Nacionais de Saúde que as famílias passaram a ser valorizadas como essenciais ao tratamento das pessoas portadoras de sofrimento mental. Porém as estratégias de apoio e preparação dos familiares de portadores de doença mental e dos serviços alternativos, ainda é incipiente.

Palavras-chave: saúde mental, reforma psiquiátrica, Programa Saúde da Família, acolhimento.

ABSTRACT

By the difficulties of the families of patients with mental illness to have them in your daily basis, from the Psychiatric Reform limiting involuntary admissions and proposes the closure of psychiatric hospitals and rehabilitation of patients to their families, this paper proposes a discussion about how these host families by the Family Health Program (PSF) can be very promising thereto regarding the receipt of their sick graduates home. We conducted a bibliographic description, showing that these families were not properly prepared for this new reality. Faced with the difficulties of the families of patients with mental illness to care for them and the constant requests for psychiatric hospitalization of those with persistent pressure on UBS, we discussed the host as a resource to facilitate the inclusion of socio-familial mentally ill and the work of the PSF in this subject, as a new form of mental health care. Was stimulated, then a reflection on how families were excluded in psychiatric care for their sick at the sight of medical knowledge and have been blamed for the illness of its members became valued as essential to such care from World War II, when it began to entertain the deinstitutionalization. It has been shown that, in Brazil, it was from the 80s to the fulfillment of the National Health Conferences that families have become valued as essential to the treatment of people with mental illness. However support strategies and preparation of family members of mentally ill and alternative services is still incipient.

Keywords: mental health psychiatric reform the Family Health Program reception.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CMAIM	Centro Municipal de Atendimento Integral à Mulher
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
ESF	Estratégia Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS	14
2.1. Objetivo geral.....	14
2.2. Objetivos específicos.....	14
3.METODOLOGIA.....	15
4.ANÁLISE TEÓRICA.....	16
4.1. A reforma sanitária no Brasil.....	16
4.2. A família na história da doença mental.....	19
4.3. A ESF e a família do doente mental.....	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
6. REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Como médica na equipe da Estratégia Saúde da Família em Leopoldina – MG venho me deparando com o sofrimento dos familiares de portadores de doenças mentais no que tange à convivência e cuidados com os mesmos. Vejo diariamente as limitações das famílias e recebo seus pedidos constantes de internações psiquiátricas para seus enfermos.

Este fato gera uma enorme ansiedade na equipe, ao perceber a inquietação, o despreparo e até mesmo a indignação dos familiares destes enfermos ante a nova realidade imposta pela Reforma Psiquiátrica que limita as internações hospitalares involuntárias e impõe a inclusão sócio-familiar destes enfermos, como veremos adiante, sem preparar as famílias dos portadores de doença mental e os serviços de apoio para receber, cuidar dignamente e acolher estes enfermos.

Assistimos a uma contradição importante entre as propostas da reforma psiquiátrica e a devolução ou manutenção do doente mental na família. O doente mental está sendo entregue à família sem o devido conhecimento das reais necessidades e condições da família em termos materiais, psicossociais, de saúde e qualidade de vida, aspectos estes profundamente interligados (GONÇALVES e SENNA, 2001).

O estudo foi desenvolvido tendo como cenário o município de Leopoldina – MG, cuja população contada em 2010 com base na pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 51.136 habitantes.

O município organiza os serviços de atenção a saúde tendo como porta de entrada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo prioritária a sua atuação. Atualmente conta com 14 unidades da ESF distribuídas na zona urbana e rural. Possui ainda 01 Centro de Atendimento Especializado em Saúde da Mulher (CMAIM), 01 Centro Viva Vida, 01 Pronto Atendimento Médico, 01 Policlínica Municipal, 01 Pronto Socorro Municipal e 01 Hospital de Internação Psiquiátrico (particular conveniado ao SUS).

Neste cenário, observamos a ausência de uma rede de serviços alternativos e especializados para tratamento dos pacientes com transtorno psiquiátrico, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica, dificultando a realização de algumas ações terapêuticas a esses pacientes e seus familiares.

Nossa equipe (PSF Nova Leopoldina) faz o acompanhamento de 20 portadores de sofrimento mental e, portanto, é de extrema necessidade a capacitação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) para atender estes usuários, bem como seus familiares. Observa-se, ainda, uma grande resistência quanto ao atendimento das famílias de portadores de doença mental por parte dos profissionais da ESF que as taxam como culpadas por aquele quadro patológico, fazendo delas o mesmo juízo de valor do século

XIX¹ menosprezando suas limitações, ansiedades e temores e que, portanto, são sumariamente obrigadas a cuidar de seus enfermos, independente de suas dificuldades.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) estrutura-se pela lógica de atenção básica à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (COSTA NETO, 2000, p. 9).

Para a adequação dessa nova reestruturação, os profissionais inseridos na ESF, necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade. Processos esses que se traduzam, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas. A partir de ações desse tipo, a ESF conseguirá atingir os determinantes e condicionantes das condições de saúde-doença da população sob sua responsabilidade (FRACOLLI, 2004).

As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem atuar nas suas famílias adstritas entendendo suas particularidades e, portanto, no que se refere aos familiares de pacientes com transtornos psiquiátricos, esses profissionais devem atentar-se para as orientações de cuidados e mudanças paradigmáticas relacionadas à compreensão da Reforma Psiquiátrica.

Para tanto, deverá fazer parcerias com outras instituições tais como Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), igrejas, associações de bairros e beneficentes, para que estas famílias reinsiram, de forma menos traumática, seus doentes mentais em seu convívio diário. Também deverá contar com uma rede de apoio estruturada: Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais Psiquiátricos e Gerais como centros de referência aos pacientes portadores de doença mental principalmente nas crises de agudização.

Sendo a ESF caracterizada por ser formada por equipes multiprofissionais que procuram, harmonicamente, desenvolver um processo de trabalho tal onde a família é o centro de todas as atenções, buscando favorecer a boa convivência de seus membros, tanto física como mentalmente, deparamos diariamente com famílias em suas dificuldades, conflitos, realizações, conquistas, entre outros sentimentos e podemos observar que no tocante à saúde mental, entre os membros das famílias de portadores de doença mental, existe mais sofrimento, pesar e frustração – principalmente em ter que conviver com seus enfermos – do que alegrias.

¹ No Século XIX a família foi retirada do cuidado do doente mental. Ela foi excluída por ser considerada como “nociva ao tratamento”, isto é, como causadora da doença, pois atrapalhava o tratamento proposto (COLVERO, 2004).

Diante desta realidade e entendendo a ausência de uma rede organizada de serviços terapêuticos alternativos para o cuidado do paciente psiquiátrico no município de Leopoldina-MG, propõe-se uma reflexão teórica acerca da temática de cuidados psiquiátricos ao paciente e à família, a partir do acolhimento na ESF, compreendendo as limitações desse nível de atenção, que são consideradas nesse município uma referência para o atendimento.

Buscamos assim, favorecer e potencializar a relação familiar/profissional/serviço, “compreendendo o familiar como um parceiro singular e fundamental para o cuidado dispensado ao doente mental” (COLVERO, 2004, p.198).

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Discutir como o acolhimento das famílias de portadores de sofrimento mental na Estratégia Saúde da Família pode contribuir no tratamento psiquiátrico destes pacientes e na melhoria de suas relações familiares

2.2. Objetivos Específicos

- Realizar uma revisão de literatura abordando a saúde mental e a Estratégia de Saúde da Família.
- Demonstrar a relação teórica entre a ESF e as famílias adscritas de portadores de doença mental, enfatizando a relação do acolhimento como conduta terapêutica.

3 METODOLOGIA

Para a compreensão das questões levantadas neste trabalho, realizou-se um estudo exploratório descritivo. A pesquisa exploratória, segundo Ruiz (1996), consiste em uma caracterização inicial do problema, de sua classificação e de sua definição. É uma aproximação inicial do tema.

Para a realização da pesquisa bibliográfica foram utilizados os bancos de dados eletrônicos: LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde - e Scielo - Scientific Electronic Library Online, com pesquisa on-line de artigos no período de 1997 a 2009. Foram utilizados ainda como instrumentos de pesquisa os módulos “Processo de Trabalho em Saúde”, “A Família como Foco na Atenção Básica” e “Saúde Mental”, propostos pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). Para a pesquisa on-line foram consultados os seguintes uni-termos: saúde mental; reforma psiquiátrica; estratégia saúde da família; acolhimento.

Após a pesquisa, foram selecionados sete artigos e três livros, todos em português que estavam de acordo com o tema proposto. Esses artigos foram posteriormente explorados, a partir de leitura crítica, selecionando os conteúdos e organizando-os segundo a temática a ser discutida.

Foram criadas categorias de análises dos dados, contendo questões abordadas nas diferentes obras. As categorias foram denominadas: a família como foco da atenção básica, a reforma psiquiátrica e a inclusão social e seus reflexos nas famílias de portadores de doenças mentais, e as práticas na ESF.

4.0 ANÁLISE TEÓRICA

4.1. A reforma sanitária no Brasil

A Reforma Sanitária foi consolidada na década de 70, como um movimento caracterizado não apenas por fazer denúncias contra a ditadura e os interesses econômicos nela envolvidos, mas ainda, por apresentar um projeto de transformação do sistema de saúde vigente, marcado pelo caráter centralizador, em nível federal, e por um modelo hospitalocêntrico de atenção. Com a superação do regime militar e o surgimento da Nova República em 1985, esse movimento social intensificou-se e a discussão sobre o projeto da Reforma Sanitária criou vulto.

As principais propostas do Movimento da Reforma Sanitária, explicitadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde – universalidade, integralidade, equidade, regionalização e controle social –, foram incorporadas ao texto Constitucional nos artigos 194 a 196 e regulamentadas pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, criando o Sistema Único de Saúde (SUS). “O SUS pode ser definido como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988” (SILVA, 1999, p. 11). Esse sistema, portanto, define normas, princípios e diretrizes para a atenção à saúde em todo o país, inclusive na área de saúde mental. (Pereira e Viana, 2009.)

Na década de 80, iniciou-se a discussão sobre a desospitalização dos portadores de doenças mentais, a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, a qual propôs modificar o sistema de tratamento clínico da doença mental, eliminando gradualmente a internação como forma de exclusão social. Este modelo seria substituído por uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial, visando a integração da pessoa que sofre de transtornos mentais à comunidade. Como marco histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, podemos citar as três Conferências de Saúde Mental, realizadas em 1987, 1992 e 2001.

Na 1ª Conferência de Saúde Mental em 1987, visou-se consolidar a Reforma Sanitária na Saúde Mental. Os anseios dos portadores de doença mental e seus familiares foram superficialmente contemplados (BRASIL, 1988). Na 2ª Conferência de Saúde Mental em 1992, valorizou-se os familiares de doentes mentais onde se postulou isentar a família e o doente da responsabilidade da enfermidade e assegurar o atendimento integral a ambos na comunidade e na sociedade (BRASIL, 1994). Na 3ª Conferência de Saúde Mental em 2001, chamou-se a família para o centro da atenção e cuidado ao portador de transtornos mentais, além da restrição às internações involuntárias, propondo a criação dos serviços alternativos de suporte às famílias nas crises (BRASIL, 2001).

No campo legislativo, foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pelo Presidente da República, em 2001, o Projeto de Lei nº 3.657/89, que se transformou na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG). Essa lei dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a sua substituição por novas modalidades de atendimento, como hospitais-dia, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e lares protegidos. Propõe a substituição gradativa dos leitos em hospitais especializados e dificulta a internação psiquiátrica involuntária, detonando um processo de discussão no país sobre as formas mais adequadas de atenção em saúde mental (MORENO, 2003).

Este fato levou a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde a abrir financiamento para outras modalidades de assistência, que representam alternativas à internação tradicional. Em Minas Gerais, o governo do Estado, a partir do Programa “Saúde em Casa” lançou mão de um guia em Saúde Mental (SOUZA, 2007), para subsidiar o trabalho dos profissionais, definindo os serviços alternativos propostos e suas funções, tais como:

Centros de Convivência: Os Centros de Convivência surgem nessa estrutura, como espaços de expressão e criação, destinados à inclusão social. Trata-se de uma instituição voltada para a oferta de atividades criativas e diferenciadas, relacionadas à cultura, tendo nas oficinas seu elemento organizador. Seu objetivo, assim como os demais dispositivos da saúde mental consiste em acolher, prioritariamente, os portadores de sofrimento mental grave em tratamento nas Unidades Básicas de Saúde e nos Centros de Referência em Saúde Mental – CAPS.

Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS): Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no Brasil surgiram a partir da instituição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais visam à substituição dos hospitais psiquiátricos - antigos hospícios ou manicômios - e de seus métodos para cuidar de afecções psiquiátricas. Tanto os CAPS quanto os NAPS foram instituídos juntamente através da Portaria/SNAS Nº 224 - 29 de Janeiro de 1992, sendo considerados como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adstrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional, constituindo-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. Conta com uma equipe multiprofissional constituída de psiquiatras, neurologistas, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, musicoterapeutas, entre outros.

Hospitais-dia: é um serviço de internação parcial para indivíduos portadores de transtornos mentais em crise: depressão, ansiedade, fobias, psicoses e alcoolismo. O objetivo do tratamento é a inserção do paciente na comunidade, minimizando os sintomas e contribuindo para que este possa ter uma rotina normal, uma vez que a doença mental rompe o processo de vida, tanto na esfera médica, emocional, social e psicológica. A tônica do tratamento são atividades grupais durante o dia e, à noite, o paciente retorna ao convívio familiar.

Emergências Psiquiátricas: locais onde os pacientes em crise poderão ser atendidos em suas crises, sem o caráter da hospitalização, mas visando equilibrá-los para que possam ser encaminhados para outros centros de atenção.

Alas Psiquiátricas em Hospitais Gerais: Esses leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente. A tendência é que essa rede de leitos de atenção integral se expanda e substitua a internação em hospitais psiquiátricos convencionais.

Lares e Albergues Abrigados: As moradias correspondem aos chamados Serviços Residenciais Terapêuticos (que constam dessa forma nas portarias ministeriais). Preferimos utilizar aqui o termo “moradia”, pois na realidade não se trata de serviços, e sim de locais que aspiram a ser casas. É um dispositivo de grande importância, sobretudo quando se trata da reinserção social de usuários cronificados por longos anos de internação em hospitais psiquiátricos. Quando se trata de desconstruir um hospital psiquiátrico, deve-se considerar que muitas das pessoas que lá se encontram há anos tiveram seus vínculos sociofamiliares já perdidos, ou pelo menos seriamente prejudicados. Muitas famílias não aceitarão – ao menos num primeiro momento – receber de volta parentes afastados há tantos anos. Neste caso, é de responsabilidade do poder público oferecer a esses pacientes uma moradia – e cabe ao Programas de Saúde Mental dos municípios implantar essas moradias, tornando as casas, na plena acepção da palavra. Alguns habitantes dessas moradias necessitam de proteção. O termo “proteção”, aqui, deve ser bem esclarecido: não uma forma de tutela, mas um suporte indispensável para a lenta construção da autonomia de pessoas que desaprenderam desde escolher o que vão querer para o jantar até o hábito de comprar um pão na padaria da esquina.

Oficinas: O Ministério da Saúde define e apresenta os objetivos das oficinas terapêuticas como: “(...) atividades grupais de socialização, expressão e inserção social” através da Portaria 189 de 19/11/1991 e, as cooperativas sociais - Lei Nº 9.867 10/11/1999 - dispõe

sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos e constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho econômico por meio do trabalho. São considerados em desvantagem para efeitos da lei, os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, egresso dos hospitais psiquiátricos, entre outros. Assim, as oficinas terapêuticas, enquanto dispositivos da atual Política Nacional de Saúde Mental objetivam se diferenciar em relação às suas práticas antecessoras, práticas decorrentes da ideia de estabelecer o trabalho como um recurso terapêutico, conhecido como 'tratamento moral'. Neste contexto, entendemos que as oficinas, não se apresentam por si só uma forma inaugural de lidar com a loucura. Tais modalidades de serviços requerem prioridade para a clientela de risco em psiquiatria e apontam práticas profissionais mais diversificadas, incluindo a comunidade e a família. (Valladares, 2003).

Contudo, está ocorrendo um grande choque entre as propostas da reforma psiquiátrica e a devolução ou a manutenção do doente mental na família e na sociedade. O doente mental está sendo entregue à família e a sociedade sem que se tenha o devido conhecimento de suas reais necessidades e condições, em termos materiais, psicossociais, de saúde e de qualidade de vida.

Assim, na prática, assistimos aos processos de desospitalização e desassistência das pessoas que sofrem psiquicamente. Fato que vem dificultando em muito a inclusão do familiar como protagonista nas estratégias de cuidado e em um suposto papel de parceria com os trabalhadores nos diversos projetos, em diferentes equipamentos de atenção à saúde mental. (COLVERO, 2004, p.199).

4.2. A família na história da doença mental

Nos primórdios da psiquiatria, a família era vista como um dos causadores da doença mental. Segundo Philippe Pinel, quando não controlava a educação de seus membros e nem dominava as paixões por eles expressas, a família causava o adoecer mental. Por isto, a família nuclear idealizada pela burguesia por ocasião da Revolução Francesa, como sendo formada por pai, mãe e filhos, tinha o seu planejamento controlado pelo Estado, o qual visava somente a racionalização da economia, que determinava que os doentes mentais, ditos loucos e taxados como seres perturbadores da ordem e improdutivos, deveriam ser asilados e isolados do convívio social, em um local onde fosse reeducado moralmente e adquirisse bons costumes. Como a família era vista como prejudicial ao doente mental, ela deveria ser também afastada do convívio e dos cuidados do portador de doença mental, sendo dado ao asilo – hospital psiquiátrico - e aos médicos –

donos do saber no tratamento psiquiátrico – o poder de curar aqueles que se apresentavam inadequadamente.(MACIEL, S. C.; BARROS, 2009).

Para marcar o distanciamento das famílias de seus enfermos mentais, os asilos restringiam visitas e correspondências alegando que o doente mental piorava em contato com sua família. Assim, a família aprendeu o discurso do século XIX de que o tratamento da doença mental se faz pelos médicos e pela hospitalização (MORENO & ALENCASTRE, 2003).

Mediante ao socialmente aceito, todos aqueles que tinham comportamento inadequado eram alvos da institucionalização – internação psiquiátrica. No Brasil adotou-se o modelo da Escola Francesa: o isolamento do doente mental com exclusão de sua família do tratamento e cuidados com o mesmo.

De acordo com Moreno (2003, p.46)

“os primeiros pacientes que foram internados no Hospício D. Pedro II eram aqueles destituídos de família: mendigos, alcoolistas, negros alforriados. Por outro lado, havia aqueles que sofriam de paixões, não aceitavam os princípios morais da sociedade e deformavam a imagem da família. Também a estes cabia a internação psiquiátrica.

Todos os que eram socialmente inadequados eram taxados como loucos e deveriam ser asilados. Eram vistos como pessoas que sujavam as ruas e deveriam, obrigatoriamente, ser internados e afastados do convívio social. Eles eram cassados com violência pela polícia e, mediante este fato, as famílias, principalmente as com longas jornadas de trabalho, optavam em mantê-los internados por não poderem cuidar de seus enfermos (MORENO, 2003).

Pesando tudo isto, havia a afirmação médica de que a loucura era hereditária, um defeito congênito que só a hospitalização poderia corrigir, aliado ao preconceito social de que o doente mental estava possuído de entidades demoníacas, de que eram ferozes e altamente perigosos. Assim, as famílias se rendiam à hospitalização e ficavam aliviadas em esconder seus defeitos congênitos, sua má espiritualidade e o seu risco de violência para a sociedade. Isto gerou uma massa expressiva de pacientes asilares crônicos, abandonados nos hospitais pelas famílias, o que ainda vemos até hoje nos hospitais e clínicas psiquiátricas.

Assim, as famílias se sentem aliviadas com a internação psiquiátrica. Isto lhes dá tempo para “respirar”, pois expressam as dificuldades no cuidado com o familiar doente. Com a Reforma Psiquiátrica e o retorno dos doentes mentais para cuidado das famílias, estas dificuldades ficaram mais latentes: recusa por parte dos portadores de doença mental de receber as medicações em casa, agressões por parte dos mesmos, depredação dos bens domésticos, bem como o comportamento “antissocial” de seus doentes mentais, como

agressividade com pessoas não membros da família, atitudes bizarras tais como ficar sem roupas em publico, falar coisas desconexas da realidade, ficar retraídos em algum lugar encarando as pessoas ou o nada. Enfim, a internação é vista pela família como uma pausa, um período em que poderão se relacionar melhor entre si e a comunidade sem os transtornos causados pelos seus enfermos mentais.

Estudo realizado por Colvero & Costardide (2004, p. 198) apontam as insatisfações e dificuldades que a famílias apresentam no cuidado com o doente mental:

[.....] dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita [...].

Ainda nos estudos de Colvero & Costardide (2004) os familiares demonstram não estar preparados para lidar com alguns comportamentos e sintomas do portador de sofrimento mental, dentre eles, as alucinações, delírios, distúrbios do pensamento, comportamento de auto e heteroagressividade e, especialmente, com os chamados sintomas negativos que são aqueles relacionados a uma apatia marcante, pobreza de discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais. Os familiares relatam ainda a dificuldade de trabalhar a imprevisibilidade das ações do doente mental, “convivem com a expectativa de que algo súbito possa acontecer a qualquer momento” (COLVERO e COSTARDIDE, 2004, p. 202)

Gonçalves & Senna, em estudo realizado em 2001, apresentam outras dificuldades dos familiares nos cuidados com o doente mental: O comportamento suicida e a improdutividade em termos materiais. Com o comportamento suicida, os autores afirmam que os familiares buscam compreender, mas sentem-se impotentes para tomar atitudes ou agir no sentido de evitar que o doente mental chegue ao desfecho das tentativas de suicídio. A improdutividade incomoda pelo que representa social e economicamente. “A manutenção de um membro improdutivo na família pesa no orçamento, principalmente quando a renda familiar é muito baixa” (GONÇALVES e SENNA , 2001, p.52).

4.3. A ESF e a família do doente mental

Na tentativa de melhorar o panorama da saúde no país e dando continuidade ao processo de reforma sanitária, o Ministério da Saúde criou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), visando ampliar o acesso à saúde através de uma política de inclusão social. Baseado na experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), lançado em 1991, que já utilizava a família como unidade de ação e cujos resultados foram significativos na redução dos índices de mortalidade infantil, o PSF foi introduzido com a finalidade de reafirmar os princípios básicos do SUS. A proposta foi a reorganização das práticas convencionais de atenção básica, antes voltadas para a doença, substituindo-as por novas ações destinadas à vigilância e promoção da saúde (VIANA et al, 1998).

A Promoção da Saúde tem como princípios a atenção aos seus fatores condicionantes e determinantes, a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, a participação popular nas decisões, priorizando a vulnerabilidade e o risco de adoecimento de determinada comunidade e a união dos diversos setores da sociedade nas ações tendo como base operacional a Unidade de Saúde da Família, inicialmente formada por um médico generalista ou médico da família, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (MEDRONHO, 2009).

A Política de Saúde Mental, que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, estimular práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde, a lacuna ainda parece ser grande entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta. Ademais, as concepções e práticas em saúde mental por ventura existentes no nível básico de atenção à saúde nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social do portador de transtornos mentais e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas (NUNES et al., 2007).

O PSF, por sua vez, serviria como importante articulador da rede de saúde mental, no intuito de superar o modelo hospitalocêntrico, centrar o cuidado na família, e não no indivíduo doente, trabalhar com os conceitos de vigilância à saúde e no enfoque sobre o risco, desenvolver atividades que incluam a prevenção e a promoção da saúde mental e, politizando as ações de saúde de modo a lidar com os determinantes sociais do adoecimento, realizar práticas intersetoriais e desenvolver o exercício da cidadania e os mecanismos de *empowerment*².

² O empowerment parte da ideia de dar às pessoas o poder, a liberdade e a informação que lhes permitem tomar decisões e participar ativamente da organização. A utilização de equipes autogeridas e a adoção de sistemas

Sabe-se que o transtorno mental altera o funcionamento da família, interferindo em seus processos, bem como o estabelecimento de mecanismos alternativos de organização, logo, altera significativamente a qualidade de vida dos sujeitos em sofrimento psíquico e de seus respectivos cuidadores. No contexto da produção de cuidado em Saúde Mental, muitos familiares visualizam a Reforma Psiquiátrica enquanto desassistência e continuam a busca pelo hospital e pela internação psiquiátrica para alívio de seu sofrimento (ORNELAS, 2003).

Esse é um dos problemas enfrentados por essa Reforma e por seus defensores que se empenham para que o cuidado do doente mental na família não signifique outra relação de poder entre os membros e os profissionais, o que indicaria a reprodução do modelo manicomial. Pelo contrário, o que se pretende é a co-participação para a produção de novas relações, para a construção de cidadania e de vida com qualidade satisfatória tanto para o sujeito portador de transtorno mental quanto para sua família (SOUZA, 2005).

Vemos na nossa prática diária, em visitas domiciliares, que doentes mentais cujas famílias tentam entendê-los nas suas dificuldades e limitações, buscando cuidar deles física e emocionalmente, procurando atender aos seus mais simples pedidos como comer um doce e, buscando amparar-lhes naquilo que não podem realizar como viajar a algum lugar distante ou imaginário, que estes são mais socializados e convivem mais harmonicamente com suas famílias e comunidades do que aqueles que não contam com um suporte familiar mais consistente.

Mediante esta constatação, temos que o profissional do PSF tem mais sucesso na abordagem e acompanhamento destes usuários portadores de doença mental, se seus familiares são mais próximos aos mesmos, pois os membros da família ou pelo menos o cuidador mais observador, nos trazem informações importantes sobre sua evolução nos ajudando a surpreender mais precocemente as crises de “descompensação” antes que estas tragam algum transtorno no relacionamento deste usuário com as pessoas que o cercam, tanto dentro quanto fora do lar.

As famílias têm suas limitações culturais, emocionais, financeiras, entre outras que podem dificultar os cuidados mais próximos de maneira mais serena e aí o conflito se instala. Aqui entra o acolhimento individual e direcionado a cada família. Assim, os profissionais do PSF devem acolher cada família de acordo com suas necessidades. Não há uma receita pronta, cada família tem anseios e medos diferenciados e que devem ser trabalhados para que possam conseguir conviver e cuidar de seus enfermos mentais de forma mais harmônica e eficaz para que as internações psiquiátricas sejam, quando não

abolidas da vida do doente mental, reduzidas ao máximo só em casos de extrema necessidade.

Acolher, entre outras designações, significa receber, agasalhar, amparar. Então o acolher/acolhimento destas famílias inicia na recepção da UBS sendo atendidas com educação, sendo bem orientadas e encaminhadas aos profissionais que as receberão para ouvir-lhes as solicitações. Cada profissional deve atender estas famílias com atenção, olhando-as nos olhos, respondendo de forma clara e de acordo com seu entendimento a fim de que estas famílias criem confiança na equipe e veja os profissionais do PSF como seu referencial de socorro, se sintam confiantes e seguras para relatar-lhes seus medos, ansiedades, desânimos e lutas.

Orientar as famílias quanto à necessidade do uso correto das medicações nos horários estipulados e nas doses certas (separar estes medicamentos em recipientes identificados sinalizando horários e doses para familiares com dificuldades de leitura e entendimento); ajudar estas famílias a criarem códigos para conseguirem se comunicar com eficácia e serenidade com seus enfermos a fim de conseguir medicá-los e atendê-los sem criar um ambiente estressante para ambos; esclarecer estas famílias que o doente mental tem um raciocínio paralelo que nos parece ilógico, mas que para ele, tem todo um significado; pode ajudar estas famílias não excluí-los quando receberem visitas, saírem de casa ou ainda não desejarem sua internação psiquiátrica.

Também devem ser fomentadas ações coletivas, para esclarecimentos e orientações a estas famílias, como grupos operativos, palestras na comunidade sobre temas relacionados à saúde mental, além de atividades sociais que envolvam os membros destas famílias em momentos de lazer, como ofertar uma reunião festiva na comunidade onde estas famílias possam ter momentos de descontração ainda que junto de seus membros especiais.

Uma importante estratégia, baseada na comunidade, é ajudar as famílias a compreender as doenças, estimular a adesão ao tratamento, reconhecer os primeiros sinais de recorrência e assegurar a pronta resolução de crises, o que deverá ser bem trabalhado pela ESF. Daí a importância de se valorizar a família como foco de atenção e objeto de estudo da atenção básica no que concerne a saúde mental, pois a família ainda não está preparada para arcar sozinha com a responsabilidade do tratamento e assumir este novo papel - o de cuidadora.

Desta forma, PSF e famílias de portadores de doença mental parceiros e trabalhando juntos ajudarão os doentes mentais a ter mais êxito em seus tratamentos. Familiares bem orientados e que sintam que têm os profissionais do PSF como seus aliados oferecerão um cuidado melhor aos seus enfermos; estes por sua vez, se sentirão mais

queridos em seus lares e refletirá isto com comportamentos mais comedidos e calmos, refletindo ainda na frequência, com queda das internações psiquiátricas e aumento da permanência destes enfermos em suas casas.

Para Gonçalves e Sena (2001), um agravante a mais em relação aos familiares de doentes mentais diz respeito aos serviços de saúde. Muitas vezes, estes trabalham com uma representação de família idealizada, pressupondo que a família apresente condições de cuidar do seu doente e possa suprir todas as necessidades, inclusive emocionais. Com isso, esquecem-se do fato de que a família também precisa ser cuidada. Dessa maneira, pressupõem que a família tenha não só condições de cuidar do seu doente mental, mas o dever de fazê-lo, havendo a imposição do cuidado e a negação do sofrimento familiar.

Contudo, os autores chamam a atenção para a sobrecarga que a família enfrenta na convivência com o doente mental, principalmente por ocasião da alta hospitalar. Nessa ocasião, são desencadeadas atitudes de incompreensão familiar e até de rejeição, motivadoras de reinternações sucessivas ou de internações prolongadas e até permanentes, dados esses também encontrados em pesquisas como as de Maciel (2007) e Maciel et al. (2008).

Na realidade, a família do doente mental necessita da ajuda de profissionais da saúde mental, mas, na prática, não há efetivação desse trabalho. É comum que esses profissionais culpabilizem as famílias e exijam que aceitem a doença, sem oferecer-lhes suporte nem orientação, interferindo, assim, na desospitalização e na inclusão sócio familiar do doente mental, acima citados.

Tsu (1993) destaca que os familiares não estão aceitando o fechamento das instituições psiquiátricas nem recebendo com tranquilidade a transferência de função, porque a família do doente mental não se encontra em condições de cuidar do paciente por questões financeiras e emocionais. Ressalta, ainda que os familiares ainda não assimilaram o novo discurso da saúde mental com ênfase na família e na sociedade; isso demonstra claramente a dificuldade dos familiares em aceitar a reforma psiquiátrica e a inclusão sócio-familiar.

A família e a sociedade não estão preparadas para receber os pacientes desinstitucionalizados. Verificamos que quase todos os esforços se voltam para a modificação do comportamento dos pacientes e muito poucos para a modificação das crenças e preconceitos da família e da sociedade em relação ao doente mental.

Assim, cabe à ESF adotar práticas que auxiliem no conhecimento da estrutura familiar, como as ferramentas de diagnóstico familiar - iniciando com o genograma,

aplicando o PRACTICE³ e, elaborando o Ecomapa para determinação das relações extrafamiliares - promovendo grupos operativos para discutir com as famílias o que é a Reforma Psiquiátrica, Inclusão Social do portador de sofrimento psíquico; orientar cuidados com o portador de doença mental, como reconhecer as agudizações; orientar a família sobre a importância da medicação e estimular a medicalização em domicílio; deixar a família colocar as suas ansiedades, medos e preconceitos em ter o seu enfermo em casa, ouvindo atentamente e buscando desmistificar a doença psiquiátrica como sendo demoníaca e de caráter iminente violenta.

Nessa direção, é importante ressaltar que temos que nos tornar aliados da família no processo de desinstitucionalização em curso. Conviver com os familiares ainda tem sido uma tarefa difícil a ser realizada pela equipe, que muitas vezes acaba por rotular as mesmas e responsabilizá-las pelo adoecimento mental de um de seus membros. Marcas que resistem ao tempo e à forma de cuidado ao portador de sofrimento psíquico.

³ PRACTICE é uma ferramenta de avaliação familiar e foi desenvolvido para o manejo das situações mais difíceis. É focado na resolução de problemas, o que permite uma aproximação com várias interfaces que criam problemas para as famílias analisadas. Deve ser aplicado sob a forma de uma conferência familiar e a abordagem pode se dar em diversas aproximações (Moisés e Silveira Filho, 2002). Esse modelo facilita o desenvolvimento da "avaliação familiar", fornecendo as informações sobre que intervenções podem ser utilizadas para manejar aquele caso específico. Ele pode ser usado para itens da ordem médica, comportamental e de relacionamentos (Walters, 1996). P - Problema apresentado (*Problem*), R - Papéis e estrutura (*Roles and structure*), A - Afeto (*Affect*), C - Comunicação (*Communication*), T - Tempo no ciclo de vida (*Time in life*), I - Doenças na família, passadas e presentes (*Illness in family*), C - Lidando com o estresse (*Coping with stress*), E - Meio ambiente ou Ecologia (*Environment or Ecology*) .

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificamos que a doença mental ao mesmo tempo em que faz parte da vida cotidiana, é um fenômeno psicossocial pouco compreendido e aceito e, de certa maneira, temido pela sociedade e pelos familiares.

Num sistema novo de atendimento, que propõe a permanência do doente no interior da família, aumenta a necessidade de rever a relação entre o serviço, os usuários e seus núcleos familiares. Esse triângulo implica transformações e envolvimento entre seus integrantes.

Conforme visto anteriormente, o acolhimento às famílias dos portadores de doença mental deve ser prioritário para o PSF dentro daquilo que se propõe ante a Reforma Psiquiátrica, pois, uma família capacitada a cuidar de seus enfermos fará toda diferença na manutenção deste enfermo em seu convívio e em sua comunidade, uma vez que sabendo cuidar dos mesmos, as crises serão mais facilmente contornadas e a necessidade de internações psiquiátricas será menor.

Mediante esta realidade, os profissionais do PSF têm este desafio de investir no acolhimento e trabalhar com estas famílias, fortalecendo o vínculo com as mesmas para que a transição hospital-casa seja eficaz e bem sucedida para o portador de transtorno mental e sua família.

As visitas domiciliares freqüentes, a realização de grupos operativos para os familiares e cuidadores dos doentes mentais, a avaliação médica periódica do doente mental pelo médico do PSF e o “ouvir” os anseios das famílias por todos os profissionais da equipe, tudo isto trará mais segurança a estas famílias e as ajudarão a viver com melhor qualidade esta nova fase do cuidado em psiquiatria.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, 1988. **Relatório Final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. p. 15

BRASIL. Ministério da Saúde, 1994. **Relatório Final da Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil. p. 11-16

BRASIL. Ministério da Saúde, 2001. Secretaria de Assistência à Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: Caderno Informativo – 1. ed. – Conferência Nacional de Saúde Mental (3.: 2001 Brasília).

COSTA NETO, M.M. Tecnologia e saúde: causa e efeito? In: GARRAFA, V.; COSTA, S.I.F.; **A bioética no século XXI**. Ed UnB. Brasília. p.9. 2000.

COLVERO, Luciana de Almeida; COSTARDIIDE, Cilene Aparecida, ROLIM; Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP**, 2004; 38(2):197-205.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E.L.C.P.; Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 38(2), p. 143-151, 2004.

GONÇALVES, A.; SENA, R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 9(2), 32–47. 2001.

MACIEL, S. C. Exclusão/inclusão social do doente mental/louco: representações e práticas no contexto da reforma psiquiátrica. **Tese de Doutorado**, defendida em 2007. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa. 2007.

MACIEL, S. C.; MACIEL, C. M. C.; BARROS, D. R.; SÁ, R. C. N.; CAMINO, L. F. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, v.13, n.1, 115-124. 2008.

MEDRONHO, R. A. et al.; **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo. Atheneu, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. Marta Elizabeth de Souza. Belo Horizonte, 2007. 238p.

MORENO, V. e ALENCASTRE, M. B. A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, *Print version* ISSN 0080-6234. Rev. esc. enferm. USP vol.37 no.2 ,São Paulo, June 2003.p. 43-50. 2003.

NUNES, M. JUCÁ, V.J., VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.23 n.10. Oct. 2007.

ORNELLAS, M. A; PEREIRA, A. Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. 37 (4): 92-100. 2003.

PEREIRA, A.A.; VIANNA, P.C.M.; Saúde Mental. NESCON/UFMG. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed. 2009. 77p.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.71-82, 2003.

SILVA, A. D.; Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil: décadas de 60 e 90. **Escola de Enfermagem da UFMG**, Belo Horizonte. 1999. mimeo.

SOUZA, L. A. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia vivendo na comunidade. Rio de Janeiro; **Dissertação de mestrado**, Defendida em 2005, pelo programa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2006. 135fls.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1, 2003. Acesso em: 02/03/2013. Disponível em <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis: **Rev. Saúde Coletiva**, v.8, n.2. p.11-48, 1998.

TSU, T. A internação psiquiátrica e o drama dos familiares. São Paulo. **EDUSP**, 1