

A questão da saúde mental, bem como das práticas terapêuticas, tem sido amplamente discutida em todo o mundo. Embora muito se tenha argumentado, defendido, criticado e proposto, a visão de saúde mental e do doente mental ainda carrega conceitos do século XVIII, quando da fundação da psiquiatria.

Vários autores têm apresentado contribuições importantes, tanto para o entendimento da evolução e terapêutica dos casos, quanto para a tentativa de uma nova visão social do doente, bem como questões relativas à terapia familiar e à psicoterapia breve, que vêm fornecendo subsídios para práticas alternativas no tocante à saúde mental.

Pode-se destacar autores como Bagaglia (1985), que coloca a doença como uma contradição que se verifica no ambiente social, mas não a considera como um produto exclusivamente da sociedade e sim como resultado da interação dos níveis biológico, sociológico e psicológico. Esclarece que a loucura é uma condição humana e que, em nós, a loucura existe e está presente, como está a razão. Segundo o autor a sociedade, para ser civilizada, deve aceitar tanto a razão quanto a loucura. Posiciona-se contra o pessimismo da razão e defende o otimismo da prática.

Laing (1975) e Cooper (1982) propõem que se compreenda o psiquismo humano, especialmente em seus "desarranjos", sob um novo ponto de vista: o da antipsiquiatria. Destacam o conceito de relação como a chave para compreensão das manifestações humanas, relação aqui entendida no seu sentido político. Criticam a tendência da psicologia em tentar analisar o indivíduo, isolando-o das relações que mantém com os outros, afirmando que os sintomas têm sua origem no conjunto das relações sociais. Destacam, portanto, que a doença não se encontra no indivíduo, mas no sistema de relações que ele mantém com o seu grupo, que é, principalmente, a sua família.

Partindo da constatação da situação de pobreza e opressão existente na sociedade e reproduzida nas instituições psiquiátricas, Moffatt (1980) encontra nelas a negação da identidade pessoal dos pacientes, através da qual se legitimam as práticas repressivas, onde os indivíduos desqualificam-se, abandonam-se, coisificam-se. Moffatt defende o resgate da identidade pessoal dos pacientes, através da negação de teorias e práticas impostas e a construção de soluções pelos próprios indivíduos envolvidos com sua problemática. Propõe, então, uma re-

distribuição das ansiedades terríficas de nossa mente, bem como que cada indivíduo assuma seus próprios temores, sem depositá-los em bodes expiatórios, fabricando, com isso, "profissionais da loucura" para, em seguida, segregá-los, internando-os em manicômios. Ressalta que tais transformações dependem do resgate da identidade histórica e cultural do povo, bem como esclarece que o povo sempre teve sua própria maneira de resolver os problemas de perturbação mental.

O Trat



alho do Psicólogo com

**Famílias
de
Pacientes
Psiquiá-
tricos**

**Relato de
uma
experiência**

**Ana Maria Vieira de Miranda*
Marli Aparecida Calça Sanches***

* Docentes do Departamento de Psicologia da
Universidade Estadual de Maringá - PA

Vale evidenciar e esclarecer aqui o papel da terapia familiar, uma vez que terapia da família é um termo genérico, que não se aplica a uma forma terapêutica específica, mas a uma grande variedade de abordagens que têm em comum a idéia de que a família constitui o foco adequado para avaliação e tratamento de distúrbios emocionais. Esta visão é um desenvolvimento relativamente recente no campo da saúde mental, e reflete um desvio radical dos pontos de vista tradicionais referentes, não apenas à saúde mental, mas ao comportamento humano e à doença em geral.

Há cerca de três décadas, alguns profissionais da saúde mental começaram a se sentir frustrados e preocupados com o índice de recaída de pacientes que haviam conseguido acentuada recuperação no hospital, assim que os mesmos retornavam às suas famílias. Estes profissionais romperam com os procedimentos tradicionais, de só tratar o paciente identificado, e passaram a encarar o conjunto familiar no trabalho com o doente.

Destaca-se Satir (1976), que enfatiza a importância da comunicação no contexto familiar, já que a interação entre seus membros expressa-se através de gestos, expressão facial, postura corporal e movimentos, tom de voz, modo de vestir, conteúdos do próprio comunicar-se com o outro. Minuchin (1982) coloca como objeto de intervenção o sistema familiar, sendo que o terapeuta une-se a esse sistema e, então, utiliza a si mesmo para transformá-lo; mudando a posição dos membros do sistema, ele modifica suas experiências subjetivas. A fim de transformar o sistema familiar, o terapeuta intervém, portanto, no equilíbrio desse sistema, pois tem-se a estrutura familiar como um conjunto invisível de exigências funcionais que organizam as maneiras pelas quais os membros da família interagem.

Quando se questiona o tempo despendido em psicoterapia e a possibilidade de alguma contribuição significativa à saúde mental, deve-se considerar, segundo Malan (1981), que o número de pessoas que necessitam ser ajudadas devido a doenças mentais são milhares ou milhões. Para ele, a única solução concebível a um problema de tal magnitude deve vir da prevenção primária, através de medidas como educação e reorganização social. No entanto, propõe como alternativa de solução a exploração de métodos de psicoterapia breve.

Para Lemgruber (1984), a psicoterapia breve, fundamentada na metapsicologia freudiana, tem como objetivo a



avaliação e compreensão do psicodinamismo do paciente, e é composta da tríade: atividade, planejamento e foco. A atividade consiste na participação e atuação própria do terapeuta; o planejamento envolve a organização dos passos e estratégias a serem utilizadas, sendo as mesmas elaboradas em função da estrutura da personalidade do paciente e não dos sintomas apresentados; foco significa o objetivo estabelecido pelas duas partes - terapeuta e paciente.

O aprofundamento dos pontos aqui levantados, referenciados, então, pelos dados de internação de pacientes psiquiátricos, embasa a experiência que apresentamos a seguir, que objetiva o desenvolvimento de um trabalho, partindo de um esquema participativo dos membros da família do paciente egresso de uma instituição de saúde mental. Isso a fim de possibilitar a sua reintegração no respectivo meio familiar, tendo como pressuposto que a família, tornando-se objeto de questionamento, pode aceitar a doença e o doente, reconhecer-se como participante na produção da doença, assim como na

recuperação e superação da problemática, podendo transformar-se em motor de mudanças a nível do contexto social.

A experiência: estudo piloto, desenvolvimento e resultados

O presente relato está pautado na pesquisa "Atuação do Psicólogo com Famílias de Pacientes Psiquiátricos", realizada na Universidade Estadual de Maringá, no período 2/84 a 2/86.

Com a questão da saúde mental como prioritária, especificamente na região de Maringá-PR, levantou-se o problema que norteou todo o trabalho desenvolvido: "será que uma intervenção intencional através de um programa de atendimento facilitará a reintegração do paciente na sua volta ao seu meio social?"

O trabalho foi desenvolvido em três momentos:

1º. Estabelecimento de critérios e levantamento de dados de intervenção dos pacientes psiquiátricos em Instituição de saúde mental de Maringá e região;

2º. Estudo-piloto - elaboração e aplicação do programa de atendimento;

3º. Aplicação do programa de atendimento com três pacientes-família.

O primeiro momento desenvolveu-se com o estabelecimento dos critérios para seleção dos pacientes-família, a fim de comporem a amostra. Os critérios foram: existência de universo familiar; idade entre 21 a 50 anos; até três interações; não alcoólicos. Foram realizados levantamentos junto a instituições de saúde mental e realizadas visitas às famílias com a finalidade de checar os dados da instituição e verificar a aceitação do trabalho. Neste primeiro momento constatou-se um grande número de pacientes sem família, encaminhados por órgãos de assistência social, indigentes, pedintes e andarilhos. A grande maioria dos pacientes não tem vinculação com trabalho e escola, bem como são quase que, na sua totalidade, pacientes reincidentes com número de internações variando entre 1 a 20.

Através dos dados obtidos junto às instituições de saúde mental, tem-se que o paciente psiquiátrico, após internação, é "devolvido" à família/comunidade sem que haja qualquer tipo de trabalho/atendimento que viabilize a sua volta ao meio social, sendo utilizado apenas o critério de alta quando o quadro do paciente encontra-se "estável". Este retorno sem preparo ao meio fa-

miliar é um dos responsáveis pelo ciclo internação-reinternação que se verifica na história de vida de muitos pacientes.

Frente a esta realidade, com o problema formulado e com os dados obtidos junto à comunidade, partiu-se para a elaboração e aplicação de um instrumento que é objeto do presente relato, a fim de possibilitar um trabalho em nível de reintegração do paciente à família, entendendo ser este um ponto crucial para a efetiva recuperação do paciente.

O segundo momento explicitou-se através de um estudo piloto, com um paciente-família, cujo objetivo foi o de fornecer subsídios para a elaboração e aplicação do programa de atendimento, sendo que a intervenção teve duração total de 1 ano e 2 meses, dos quais 6 meses foram a aplicação do programa.

O programa de atendimento elaborado apresenta-se da seguinte forma:

1. Objetivo principal: reintegrar o indivíduo na família.

a) Reintegrar significa ter nova ocupação de espaço (ação, responsabilidades e poder de decisão como os outros membros), dentro da família;

b) Indivíduo aqui estabelecido como aquele que teve, no máximo, três internações em uma instituição de saúde mental, residente em Maringá;

c) Família significa pessoas que moram juntas e desempenham os papéis de pai, mãe, irmãos, avô, avó, tio..., aparentadas ou não, que mantenham uma relação de continuidade e manutenção da mesma.

2. Objetivos secundários:

a) Captar a responsabilidade da família no aparecimento e na manutenção da doença;

b) Reorganizar os espaços e papéis dos membros da família;

c) Promover a reconstituição das regras e dinâmicas familiares pela própria família;

d) Propiciar o investimento da família no indivíduo, deixando de estigmatizar incompetência, incapacidade, irresponsabilidade.

3. Estratégias:

a) Trabalhar com foco (entendido como o objetivo que se pretende atingir com o programa), e não com os sintomas;

b) Trabalhar com a comunicação da família: conteúdos verbais e não verbais, mensagens explícitas e implícitas, com as respectivas decodificações;

c) Trabalhar com a identidade do indivíduo - processo de reidentificação;

d) Necessidade do maior número de

pessoas da família presentes aos encontros;

e) Visitas semanais, tempo determinado de mais ou menos uma hora;

f) Material apresentando durante o encontro:

f.1) histórico da doença;

f.2) percepção da família em relação ao início e ao desenvolvimento da doença;

f.3) função da doença na família;

f.4) organização da dinâmica familiar - anterior e posterior ao aparecimento da doença;

f.5) a maneira de ocorrência da alta e a volta do doente à família - papéis de cada um dos membros;

f.6) papel do indivíduo no espaço familiar - responsabilidades, ação e capacidades.

g) Duração da intervenção previamente estabelecida - 6 meses;

h) Número de participantes e papéis fixos:

- um coordenador - atuação direta na situação (papel ativo), referencial para a família;

- observador(es) - atento(s) às mensagens não verbais e encarregado(s)



dos registros.

i) Reuniões semanais para discussão e análise do programa;

j) O programa não se propôs a trabalhar com conteúdos profundos e individuais;

k) Se necessário for (ou a pedido), poder-se-a fazer, ao término do programa de atendimento, o encaminhamento do indivíduo e/ou da família para outro tipo de atendimento;

l) Avaliação do programa - dois meses após o término.

4. Intervenção:

a) Questionar a família, solicitar dados e esclarecimentos quanto ao relato. Explorar em detalhes as suas respostas;

b) Fornecer informações, sempre que necessário ou a pedido;

c) Rever, juntamente com a família, os conceitos sobre a situação particular dos conflitos;

e) Enfatizar relações entre constelações significativas, dados e capacidades da família;

f) Ressaltar os espaços conquistados e os papéis assumidos dentro da família;

g) Esclarecer as mensagens da família, para que certos conteúdos sejam mais bem compreendidos;

h) Resumir e rever pontos importantes, surgidos no decorrer do programa;

i) Estimular a comunicação entre os membros da família;

j) Trabalhar com a história da família e os emergentes.

O paciente-família do estudo piloto foi R., de 23 anos, sexo feminino, solteira. Integra uma família composta por pai, mãe, sobrinha e três irmãos, sendo a única filha. R. foi internada em instituição de saúde mental de Maringá, por decisão da família - especialmente do pai; é debilitada fisicamente, muito nervosa e deprimida, achando "tudo na vida ruim". Permaneceu internada por 50 dias.

Encontramos R. completamente dependente dos pais, sem condições de tomar decisões ou executar trabalhos, submissa e debilitada fisicamente. Apresentando queixa de muito nervosa, falta de apetite, dores no peito, falta de ar, "voz trancada", "fogo curto", desânimo e desejo de morrer.

Durante os primeiros meses de contato com a família, obtiveram-se os seguintes dados: a renda familiar não é fixa; os dois filhos e o pai têm a responsabilidade do sustento da família e a mãe é responsável pelo trabalho doméstico e cuidados com a neta; quanto à condição sócio-econômica, a família insere-se nas chamadas classes populares, podendo ser definida como ca-



rente, face à baixa renda familiar conseguida através de subempregos e trabalhos de alta rotatividade (período de safra e entressafra). Pela dinâmica familiar observada, pode-se definir a família como hierarquicamente organizada, fundada na autoridade paterna, onde os membros do sexo masculino ocupam prioritariamente a função de manutenção e conseqüentemente de decisão.

A elaboração e aplicação do programa de atendimento partiu do pressuposto de que o indivíduo pode

passar a atuar no seu meio familiar, no momento em que a sua família o entenda e o aceite como uma pessoa com capacidades.

Os resultados obtidos apontam tanto para a família como um todo, quanto para a paciente identificada. Ao final da aplicação do programa observa-se que a família entende e assume a sua responsabilidade no aparecimento e manutenção da doença de R. e das doenças dos seus outros membros, conseguindo estabelecer a doença, independente da sua forma de exteriorização no sujeito, como um desequilíbrio que aparece ou é agravado pela própria ação familiar.

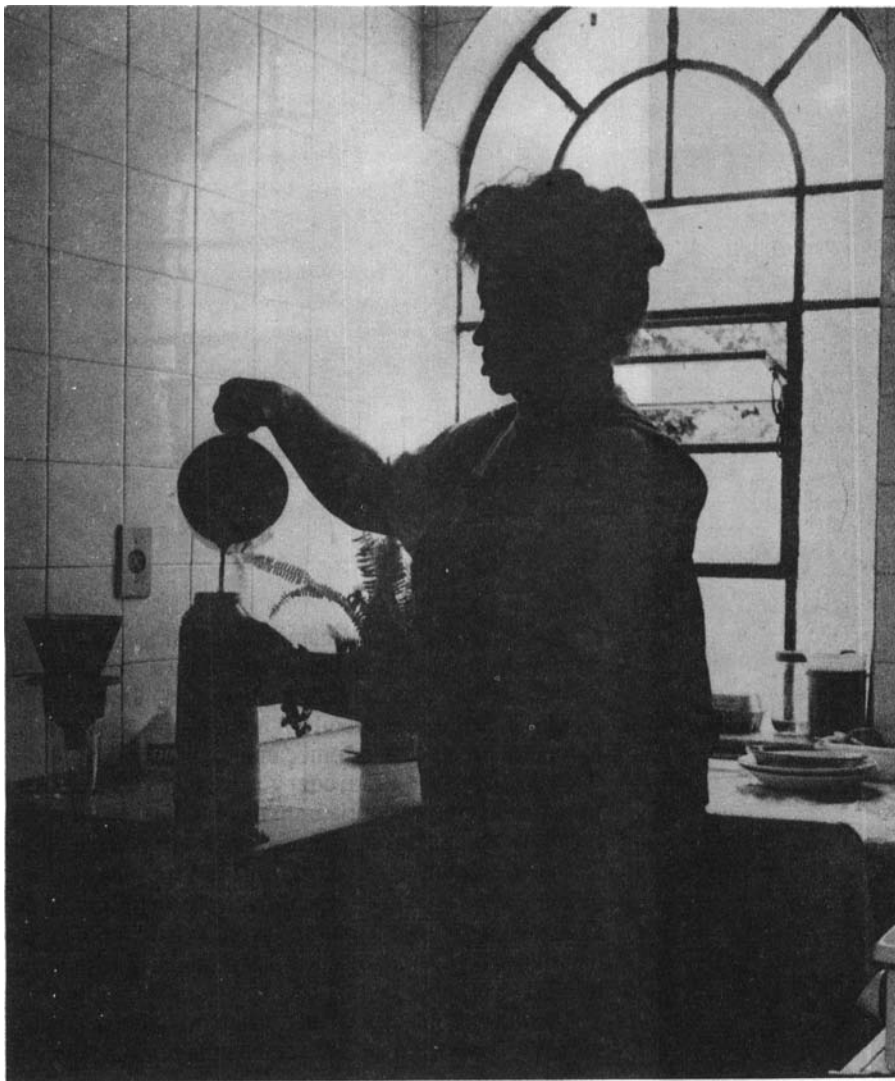


A reorganização na dinâmica familiar foi observada a partir do momento em que ela permitiu a "palavra" ao docente, sendo esta ouvida e entendida. Também na assiduidade dos seus membros aos encontros semanais. O repensar dos papéis, começando pelo pai, a possibilidade de expressar afeto, com gestos, palavras e encontros, resgataram e valorizaram a comunicação entre os membros da família, tendo como pontos de ação: melhoria na aparência pessoal, maior limpeza na casa, alteração na disposição dos móveis; possibilidade de cada membro expressar os seus problemas; organização de um tempo sem a presença das pesquisadoras para a família se reunir e conversar.

Quanto a R., puderam ser constatadas alterações nos seguintes aspectos: passou a ter uma participação efetiva como membro da família, o que foi indicado pelo seu envolvimento em afazeres domésticos, cuidados pessoais e trabalhos manuais; obteve condições de expressar os seus desejos e executá-los, como saídas para encontros com o namorado, passeios, bailes; imprimiu um ritmo seu na organização e distribuição dos objetos na casa, sendo reconhecida como importante a sua atuação por parte da família; passou a manifestar suas vontades e medos, sem se sentir "menor" ou "louca" por externá-los; desaparecimento dos sintomas iniciais; poder de decisão e responsabilidade como os demais membros da família, questionando e podendo aceitar ou não os posicionamentos da família quanto à sua pessoa, ou quanto à organização da própria família; não retornou ao sanatório.

O programa de atendimento foi avaliado dois meses após o seu encerramento com a família de R. A avaliação constou de uma visita à família com o objetivo de se verificar se os progressos presentes, quando do término da intervenção, ainda se mantinham; constatou-se que R. encontrava-se disposta a procurar um trabalho e pensava em casar-se; seus sintomas não reapareceram e sua família continuava mantendo encontros semanais para que todos os membros tivessem um espaço para conversar.

Em março de 1990 foram realizados encontros com a família de R., com o objetivo de verificar se as conquistas presentes ao término do trabalho permaneciam. Verificou-se que R. não apresentou quadros que a levassem novamente ao sanatório. Nesse tempo submeteu-se a duas cirurgias de certa gravidade; continua



morando com os pais e namorando com J. (o mesmo namorado que tinha, quando da aplicação do programa).

Quanto à família, reside na mesma casa. Um dos filhos casou-se e separou-se da família, sendo que sua filha permaneceu com a família. Os seus membros estão empregados, todos colaborando com o sustento familiar.

Discussão e conclusão

A elaboração do programa de atendimento partiu das considerações de Bohoslawsky (1977), sobre o enquadre, onde se explicita a necessidade de se estabelecerem parâmetros relacionados ao tempo, lugar, atribuição de papéis, objetivos e de se considerar que, se estes não forem pré-estabelecidos, o comportamento do entrevistado assume um caráter caótico e incompreensível ao entrevistador. Pode-se ressaltar que os progressos de R. e da sua família só foram possíveis após a sistematização do programa, que passou a fornecer

papéis bem delineados e a atuar como um referencial externo para a problemática e angústia vivida pela família.

O progresso de R. foi observado através dos encontros semanais, onde as suas verbalizações e comportamentos deixavam claro que uma nova condição mais participativa se organizava. Pode-se entender este progresso através das palavras de Lembruger (1984), que resalta a função da psicoterapia breve de catalizar as reações internas e orientá-las para a realidade da vida e para a adequação do indivíduo à sua identidade, pois o sofrimento do paciente não é tanto pelas recordações penosas reprimidas, quanto o é pela incapacidade de enfrentar e resolver problemas atuais. Reforçam-se as palavras de Satir (1980), ao postular que a comunicação é o maior fator determinante do tipo de relação que se estabelece entre os indivíduos, relacionando também a doença ou a saúde emocional da família com a baixa ou a elevada auto-estima de seus membros.

A ação da família sobre a doente fica clara nas palavras de Bleger (1980),

quando ele postula que o psicólogo não tem porque aceitar o critério da família sobre quem é o doente; a sua atuação deve ser realizada através da visão de que todos os membros estão implicados e o grupo se encontra doente.

Entende-se que a família, conforme seu funcionamento, oferece formas objetivas aos papéis distintos, mas vinculados de pai, mãe e filho; a partir do momento em que ela passa a refletir sobre a sua forma de ação, junto aos seus membros, e essa reflexão pode ser externalizada, ela começa a se organizar no sentido de promover alterações na sua dinâmica, pois como afirma Laing (1983), quando obedecemos a determinadas regras, mas não as questionamos, não temos condição de saber se elas existem ou não.

Pichon-Revière (1982), esclarece que a emergência da doença mental no grupo familiar significa que um membro deste grupo assume um novo papel, transforma-se no depositário da ansiedade do grupo. A estrutura grupal se altera e aparecem mecanismos de segregação do doente, sendo que o "prognóstico" do caso depende, em grande parte, da intensidade destes mecanismos de segregação, ou seja, da receptividade ou não receptividade do grupo.

A participação da família favorece a discussão dos problemas pessoais/familiares, de forma que a angústia pode ser vivenciada e entendida pelos seus membros, à medida que a família se propõe como catalizadora de sua própria problemática e deixa de necessitar de um "porta-voz", um "bode expiatório" para externar as suas angústias e se reorganizar de modo a trabalhar os seus problemas. O fato de não se trabalhar com a sintomatologia do indivíduo facilitou a execução do trabalho, pois a proposta de "conversar" com a família sobre ela própria propiciou uma nova inserção do PI como membro atuante, levando todos os membros a perceberem que, mesmo "sãos", apresentam conflitos, angústias, características não apenas de pessoas consideradas doentes.

O programa de atendimento cumpriu, assim, com os seus objetivos, através da intervenção intencional feita à família, rompendo-se o círculo vicioso da sua dinâmica, possibilitando que a mesma fosse alterada. Assim, pesquisadores e família puderam falar sobre o que estava acontecendo, rever o papel da doença

na família e encontrar saídas alternativas, de modo que os conflitos familiares pudessem ser explicitados e assumidos por todos os membros da família e não delegados a uma pessoa específica: o doente. Constatou-se que o comportamento do indivíduo, retirado do seu contexto, perde o seu significado, adquirindo significados outros que lhe são impostos. O programa proporcionou a reintegração do indivíduo na família e, por conseguinte, ofereceu as condições para reintegração no meio social mais amplo e demonstrou que é possível obterem-se resultados relevantes quando se desenvolve um trabalho visando o paciente e a sua família e não somente o paciente, como ocorre com o tratamento convencional.

A visita de avaliação, quatro anos após o encerramento do programa, reafirmou as conquistas obtidas e reportamos a Minughin (1982), quando evidencia que uma vez que se produziu uma mudança, a família a preservará, mesmo na ausência do terapeuta, através de seus próprios mecanismos auto-reguladores.

Conclui-se, portanto, que essa forma de intervenção pode e deve ser melhor explorada, pois o estado atual da saúde mental no Brasil depara-se, ainda, com a excessiva discrepância entre as teorias e a prática junto ao doente mental. Depara-se, também, com a desvinculação entre áreas que poderiam e deveriam atuar em conjunto para trabalhar esta questão, como a Psicologia, Psiquiatria, Enfermagem, Serviço Social, Sociologia, Terapia Ocupacional... Assim poderiam desenvolver um trabalho enquanto equipe de profissionais ligados à área de saúde, em instituições de saúde mental e escolas de psicologia e medicina, possibilitando dessa maneira que um número maior de pacientes pudessem ser beneficiados.

Ao apresentarmos o relato e reflexões sobre o trabalho que desenvolvemos, lançamos - para a comunidade acadêmica, profissional e, esperamos, à comunidade em geral, - um modesto subsídio, mas que possa ser instigador de novos interesses, debates e trabalhos. Subsídio este que aponta para a necessidade, não só de aprofundamento teórico, mas de atuação concreta na reelaboração coletiva da questão da doença mental, e para a socialização das conquistas individuais ou grupais.

Bibliografia

1. BASAGLIA, F. *A instituição no-ganda*. Trad. Heloisa Jahn. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1985.

2. BLEGER, G. *Temas de Psicologia - entrevista e grupos*. Trad. Rita Maria Manso de Moraes. São Paulo, Martins Fontes, 1980.

3. BOHOSLAVSKY, R. *Orientação vocacional - a estratégia clínica*. Trad. José Maria Valeije Bojart. São Paulo, Martins Fontes, 1977.

4. COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. Trad. Regine Schneiderman. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1982.

5. LAING, R.D. *A política da família*. 2 ed. Trad. João Grego Esteves. São Paulo, Martins Fontes, 1983.

6. LEMGRUBER, V.B. *Psicoterapia breve: a técnica focal*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.

7. MALAN, D. *As fronteiras da psicoterapia breve. Um exemplo da convergência entre pesquisa e prática médica*. Trad. Lais Knynike Maria Elisa Z. Sches-tatsky. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

8. MINUCHIN, S. *Famílias - funcionamento & tratamento*. Trad. Jurema Alcides Cunha. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.

9. MOFFATT, A. *Psicoterapia do oprimido. Ideologia e técnica da psiquiatria popular*. Trad. Paulo Esmanhoto. São Paulo, Cortez Ed., 1980.

10. PICHON-RIVIÈRE, E. *O processo grupal*. Trad. Marco Aurélio Fernandez Velloso. São Paulo, Martins Fontes, 1982.

11. SATIR, V. *Terapia do grupo familiar*. Trad. Achilles Nollé. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976, 1980.