

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A INFLUÊNCIA NA DINÂMICA FAMILIAR DO
PACIENTE**

Mel Gehlen Madueño e Nathália Moreira Silva

Núbia Gonçalves da Paixão Enetério

Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Nota do Autor

Estudante concluinte do curso de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA;

Estudante concluinte do curso de Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA;

Psicóloga e bióloga, mestra em Tecnologias Ambientais e especialista em Neuropsicologia Clínica, professora orientadora do curso de Psicologia do Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA.

Contato: mel.madueno@gmail.com; nathmoreira@live.com;
nubiapsiambiental@gmail.com.

Resumo

A Reforma Psiquiátrica, que teve início no Brasil a partir da década de 70, sendo formalizada por meio da Lei nº: 10.216, de 06 de abril de 2001, trouxe inúmeras mudanças para o modelo manicomial anteriormente adotado em diversas instituições. Tendo como base a referida lei, a família passou a ter papel fundamental perante o processo terapêutico do familiar. Anterior a reforma, a internação era encarada como um descanso para aqueles que eram intitulados cuidadores do paciente. O presente trabalho, de natureza qualitativa, tem como objetivo analisar, por meio de referências bibliográficas, as alterações trazidas à dinâmica familiar e a forma com que a mesma recebe suporte e auxílio para lidar com a grande demanda de responsabilidades que a foi instituída, como cuidadora do paciente, visto que estes podem chegar a um alto índice de estresse, oriundo muitas vezes de rotinas exaustivas e falta de informação de como proceder perante as necessidades particulares da pessoa com doença mental.

Palavras- Chave: reforma psiquiátrica, doença mental, modelo manicomial, dinâmica familiar, cuidadores.

A Reforma Psiquiátrica e a influência na dinâmica familiar do paciente

Este trabalho dá ênfase às mudanças ocasionadas a partir da Reforma Psiquiátrica vivenciada no Brasil, desde a década 70 durante a ditadura militar, até os dias atuais, priorizando as consequências geradas na dinâmica familiar do paciente com transtorno mental. Segundo Oliveira, Schneider, Nasi, Camatta & Olschowsky (2015), a efetivação da Reforma Psiquiátrica se deu através da Lei nº: 10.216, de 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. O modelo antes adotado visava somente a institucionalização daqueles que demonstravam limitações psíquicas que sobrecarregavam a família e/ou a sociedade. Esta lei buscou redimensionar as estratégias anteriormente utilizadas, garantindo então a reinserção social, a dignidade e a cidadania do paciente através de uma rede de serviços que inclui leitos psiquiátricos em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oficinas e residências terapêuticas (Oliveira et al., 2015).

O diagnóstico de qualquer patologia pode alterar a dinâmica familiar e, com as doenças psiquiátricas não é diferente. As principais mudanças se encontram nos sentimentos de aflição e angústia gerados naqueles que estão próximos fisicamente ou afetivamente da pessoa que apresenta transtorno, podendo ocasionar até síndromes depressivas e ansiosas nos cuidadores (Dourado, Rolim, Ahnerth, Gonzaga & Batista, 2018).

Para Almeida e Mendonça (2017), antes da Reforma Psiquiátrica havia a exclusão da família no tratamento da pessoa com transtorno mental. Em contrapartida, hoje os familiares são incluídos no processo terapêutico, sendo colocados como peça fundamental na recuperação do indivíduo. Contudo, a oferta de serviços a essas pessoas, tomando a desinstitucionalização como referência (onde a internação não é mais a primeira opção) proporcionam ao paciente e à família maneiras diferentes e restauradoras de cuidado, com possibilidades de convivência familiar e na sociedade. Nesse novo formato pode-se destacar os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como preleciona Neves, Cunha, Moura, Evaristo, Mileo e Couto (2017):

“O CAPS tem como objetivo proporcionar um atendimento ao público de qualidade oferecendo um acompanhamento no tratamento de maneira clínica e a reinserção social dos usuários do serviço pelo acesso ao trabalho, bem como lazer, fortalecimento dos laços familiares e comunitários e exercício dos direitos civis.” (p.80)

A pesquisa tem como problema a falta de suporte à família após a inclusão da mesma no tratamento do paciente com transtorno mental. De acordo com Neves et al. (2017) em um relato de experiência, após a Reforma Psiquiátrica, a atual política de cuidado tem como objetivo devolver ao paciente seus direitos sociais sendo a família fundamental neste processo. Percebe-se que existe um grande desgaste do cuidador quando este exerce suas atividades por um longo período, sendo prejudicado em sua saúde física e psicológica, tanto social como

profissionalmente. Algumas dificuldades relatadas no documento em referência foram: o paciente com transtorno mental não aceita o cuidador; um esgotamento diário do cuidador e a falta de conhecimento de como o cuidado deve ser oferecido ao familiar doente.

A pesquisa objetiva analisar de que forma a Lei nº: 10.216/2001 influencia a dinâmica familiar do paciente psiquiátrico, bem como compreender os aspectos teóricos da Reforma Psiquiátrica no Brasil e investigar como a família recebe suporte e é incluída no tratamento do paciente com doença mental nos dias atuais, para alcançar assim melhores resultados no tratamento.

Esta investigação se reveste de importância devido à experiência de uma das pesquisadoras no Hospital Psiquiátrico de Anápolis-GO e a vivência adquirida trabalhando com famílias pela segunda pesquisadora.

Com efeito, o resultado dos tópicos dessa pesquisa irão contribuir para a identificação de problemas para com o cuidado e suporte ao familiar do paciente, tendo como relevância social o fato de que essa dinâmica contribuirá para o desenvolvimento de possíveis intervenções para futuro aprimoramento do cuidado e participação do familiar no tratamento. Ressalta-se a importância de política pública direcionada a essas pessoas, que não deixam de ser cidadãos pelo fato de possuírem uma vulnerabilidade distinta dos demais, demandando uma abordagem específica e diferencial para que sejam garantidos seus direitos e dignidade.

O presente trabalho é dividido em seis partes, sendo elas: introdução; metodologia; fundamentação teórica e discussão sobre a Reforma Psiquiátrica; fundamentação teórica e discussão da dinâmica familiar do paciente; análise de dados das consequências da Reforma Psiquiátrica para a família da pessoa com transtorno mental e considerações finais.

Na terceira parte são apresentadas, através de referências, a relevância e a contextualização da Reforma Psiquiátrica. Na quarta parte são expostos os aspectos ligados à dinâmica familiar e sua estrutura diante da doença mental. Na quinta parte são relacionados os temas desenvolvidos nas partes 3 e 4. Por fim, a sexta e última parte apresenta as considerações feitas ao longo do trabalho alcançando os objetivos propostos.

Metodologia

O trabalho trata-se de um estudo de natureza básica, pois não apresenta finalidades imediatas, mas pode produzir conhecimento a ser utilizado em outras pesquisas. O objetivo é descritivo, que registra fatos observados em estudos já produzidos, sem interferir neles. Ainda descreve as características de determinado fenômeno, estabelecendo relações entre as variáveis escolhidas: a reforma psiquiátrica e a dinâmica familiar. A abordagem será qualitativa, pois

utilizará referenciais teóricos propiciando as pesquisadoras contato com publicações existentes, tais como: livros, revistas, artigos científicos, monografias, dissertações, teses e internet.

A Reforma Psiquiátrica

No século XVII, uma grande desordem social que ocorria na Europa, gerada por consequência de mudanças no sistema de produção existente, fez com que o enclausuramento de marginalizados em asilos fosse uma resposta a grande quantidade de pessoas em situação de vulnerabilidade social, tendo como objetivo mascarar a miséria que se instaurava no momento. Todo e qualquer cidadão que não se enquadrasse no padrão burguês imposto, estava propenso a ser encaminhado a tais instituições, visto que estas se definiam como uma solução, os excluindo do convívio com a sociedade (Amarante, 1995).

Neste período, tais práticas eram consideradas ações sociais e não médicas, sendo que a psiquiatria e manicômios ainda não possuíam a legalidade para o tratamento destes pacientes. A partir do século XVIII os manicômios e a psiquiatria passaram a ser legitimados em quesitos administrativos e jurídicos, instaurando a tutela médica sobre o a pessoa com doença mental (Desviat, 2015).

Ainda segundo Desviat (2015), com o passar do tempo surgiu uma nova ordem através do Contrato Social de liberdade de circulação de pessoas, onde a loucura e a forma de atendimento necessitaram ser reformulados, proibindo a privação de liberdade sem garantias jurídicas. Através disso, as internações passaram a ter um cunho terapêutico, isolando o paciente, pois o meio poderia ser o causador de distúrbios, assim afastando a pessoa do sofrimento. Com isso, a psiquiatria caminhou para um processo conhecido como tratamento moral, onde foi reconhecido uma parcela de razão na pessoa internada e uma possível subjetividade, possibilitando então uma comunicação entre médico e paciente.

Neste momento, em diversos países, inclusive no Brasil, já existiam as massificações dos asilos (manicômios), onde estes possuíam basicamente 3 funções: a função médica/terapêutica, que já estava sendo questionada a algum tempo, a função social, onde aquelas pessoas marginalizadas encontravam segurança, e por último a função de proteção da sociedade, pelo fato de as pessoas asiladas serem aqueles que permeavam através dos limites das leis (Amarante, 2007).

Após a II Guerra Mundial, por meio da sensibilidade às mazelas das minorias e do desenvolvimento econômico, as críticas ao sistema asilar vieram à tona, trazendo reformas ao sistema normativo de saúde utilizado, podendo ser chamadas de humanizadoras. Neste momento, alguns paradigmas diferenciados surgiram, tendo como exemplo a Antipsiquiatria e

as Comunidades Terapêuticas no Reino Unido, a psiquiatria comunitária nos Estados Unidos, a de setor na França e a Psiquiatria Democrática na Itália (Goulart, 2006).

No Brasil, em 1978 surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que era constituído por participantes do movimento sanitário, pessoas com histórico de internações psiquiátricas, familiares e sindicalistas. Este ano passa a ser conhecido como o início do movimento social por direitos dos pacientes psiquiátricos. Este movimento protagoniza as denúncias de violência manicomial, elaborando críticas ao poder psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico utilizado nos serviços de saúde prestados aos pacientes com transtornos mentais (BRASIL, 2005)

Segundo Hirdes (2008), as discussões para a superação do modelo manicomial tiveram início nas políticas de saúde discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental que aconteceu em 1987, na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), e na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, também realizada em 2001. Historicamente, as décadas de 1980 e 1990 tiveram marcos relevantes nas discussões a respeito da reformulação dos serviços psiquiátricos no país.

O Ministério da Saúde (2005), traz entre os marcos da Reforma Psiquiátrica a criação do primeiro CAPS no Brasil, em São Paulo, no ano de 1987, e o início da intervenção por parte da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em 1989, na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico conhecido por maus-tratos de pacientes lá internados. Através dessas experiências emerge a construção de uma rede de cuidados que substituiria os hospitais psiquiátricos. Também em Santos, foram implantados os NAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial, com funcionamento 24 horas, além de serem criadas cooperativas, associações e residências para aqueles que recebiam alta do hospital. Outro fator de extrema importância foi a criação e entrada do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado no Congresso Nacional, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção gradual dos manicômios no país. Este foi o marco do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo no Brasil. Após isso, na Constituição de 1988, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Organização das Nações Unidas (ONU) em 1991, elaborou uma Carta de Direitos trazendo “princípios para a proteção de pessoas com problemas mentais e para a melhoria da assistência à saúde mental” (Vasconcelos, 1992).

A Organização Mundial de Saúde declarou 2001 como o Ano de Batalha pelos Doentes Mentais e por Saúde Mental. Seria um desafio de desconstrução de processos de discriminação que se instalaram desde o final do século XV em quase todo o mundo.

No Brasil, em 2001, a política de saúde mental do governo federal consolida-se através do sancionamento da Lei Paulo Delgado, conhecida como Lei Federal 10.216, traçando novos caminhos a assistência em saúde mental, proporcionando um tratamento com base comunitária, trazendo pontos como a proteção e os direitos dos indivíduos com transtornos mentais, tendo como consequência um aumento das fiscalizações, além de uma redução de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005).

A partir do acima exposto, compreendemos, como proposto nos objetivos deste trabalho, como a Reforma Psiquiátrica se deu no Brasil, focando os aspectos teóricos da mesma e de como esta foi formulada institucional e legalmente, sendo estes fundamentos empregados até os dias atuais.

A dinâmica familiar

Passos, Pereira e Nitschke (2015), salientam que encontrar uma definição para a família é por vezes uma tentativa difícil na teoria perante a complexidade do termo. Mas pode-se encontrar alguns pontos de convergência, como: “as famílias são um sistema, compostas por unidades interdependentes e ao mesmo tempo interligadas e as famílias são sistemas guiados por objetivos que desejam equilíbrio e homeostase” (p.540).

Girardon-Perlini, Hoffmann, Beghini, Mistura e Stamm (2016) trazem a definição de família como “um grupo que se identifica como tal, composto por pessoas que, unidas por vínculos biológicos, afetivos ou por afinidade, tem senso de pertencimento, comprometem-se umas com as outras e compartilham valores, crenças, conhecimentos e práticas” (p.361).

Também segundo Passos et al. (2015), o ambiente interfere nas características da família, assim como os recursos disponíveis e as respostas diante de adversidades. Deste modo, qualquer contratempo poderá afetar a dinâmica e convívio dos membros que a compõe. O adoecer e a dificuldade de lidar com este são comuns no transcurso da vida das famílias, tornando-se grandes obstáculos a serem enfrentados.

Acometimento de uma doença na família

Para Almeida e Mendonça (2017), quando um dos membros da família é diagnosticado com uma doença, um tensionamento é gerado por não estarem habituados com as alterações comportamentais que começam a aparecer, sendo que na maioria das vezes é afetado o modo de vida e a relação entre os familiares, sendo então necessária uma readaptação do funcionamento antes adotado. Com o transtorno mental, essas mudanças de funcionamento também ocorrem, gerando sentimentos diversos naqueles que o cercam:

“Os impactos na família que passa a conviver com a pessoa em situação de transtorno mental mostram-se, assim, de várias ordens: afetivo, físico, psíquico, social, financeiro. A família precisa se readaptar para atender às demandas que lhe são requisitadas e manter o equilíbrio. Os parentes que assumem as principais responsabilidades tornam-se cuidadores do outro, mas, por vezes, descuidam-se de si mesmos. O contato constante com o familiar em situação de transtorno mental, os conflitos decorrentes desse convívio, as situações de estresse, podem acarretar desordens emocionais nos familiares afetando diretamente a sua saúde psíquica, podendo-se considerar alta a probabilidade de também desenvolverem problemas de saúde em decorrência desse convívio. (pp.10-11).”

Destarte, é preciso que a família receba suporte adequado para conseguir exercer esse papel da melhor forma e sem danos as partes. Esse suporte pode advir de outros familiares, de vínculos sociais e de serviços de saúde, onde seus sentimentos possam ser externalizados (Almeida & Mendonça, 2017).

A família para com o paciente, além de ofertar o cuidado afetivo e emocional, assume responsabilidades no processo, acompanha e intermedia todos os passos a serem dados para o tratamento. Considerando a impossibilidade de dissociar os efeitos que o adoecimento causa tanto na família quanto no paciente, devemos levar em consideração aspectos como as crenças e a cultura. Com isso, comportamentos como pensamentos, ações e sentimentos acabam tendo seu funcionamento modificado. (Girardon-Perlini et al., 2016).

Diante da doença mental, as famílias se deparam com a ambivalência de sentimentos e tomada de decisão para a escolha entre o tratamento, que é a via mais assertiva para a melhora do quadro clínico, e a recusa do doente. Para tanto, essa circunstância complexa potencializa o esgotamento físico, o estresse e ansiedade da família e também do paciente. Evidencia-se que a participação da família no processo é ativa, colaboradora e articulada pelas necessidades da doença em todas as etapas do tratamento. A experiência do cuidado com a pessoa portadora de doença mental, onde a família cumpre o papel de intermediação e é responsável pelo acompanhamento, tornando os familiares peças essenciais no tratamento, faz com que o suporte advindo deles, traga ao paciente o sentimento de pertencimento no processo. (Girardon-Perlini et al., 2016).

Contudo, o doente e seus familiares compartilham de uma mutualidade na qual influenciam e são influenciados, interferindo em todos os aspectos da dinâmica familiar e individualidade de ambos. (Girardon-Perlini et al., 2016).

A demanda da família aumenta quando ocorre a hospitalização do doente em última instância. A hospitalização resulta também em vários processos que precisarão ser modificados dentro do lar, principalmente quando há a necessidade de acompanhamento. Quando esse

cuidado deve ser integral, não existe um protocolo de intervenções que a família deva seguir para a efetivação do tratamento, resultando mais uma vez na complexidade de decisão para os familiares. Nesse sentido, qualquer intervenção realizada diante do tratamento e do cuidado no ambiente hospitalar ou fora dele, podem experimentar sentimentos positivos e negativos aos envolvidos. Os sentimentos negativos, por exemplo, ocorrem quando as mudanças na rotina geram exaustão e os problemas financeiros os afetam. Por outro lado, a satisfação e afeto que sentem em cuidar do familiar pode compensar toda dificuldade. (Passos, Pereira e Nitschke, 2015).

Por consequência da grande demanda de atenção, tempo, energia e disposição dos familiares envolvidos no processo terapêutico, enfrentando muitas vezes crises que desestabilizam toda a família e também a necessidade de dar continuidade no tratamento do ente, faz com que a internação seja uma opção viável. Através disso, os familiares buscam a melhoria no quadro de saúde para que a alta hospitalar ocorra o mais breve possível, considerando que o paciente poderá, hipoteticamente, retornar a sua rotina antes vivida de forma estável (Oliveira et al., 2015).

A desestruturação da família pode ser considerável nas situações em que a hospitalização é o único ponto de solução, onde ocorre alteração na dinâmica familiar, precisando se reestruturar para manter o equilíbrio. Essa reestruturação quase sempre vem acompanhada de sofrimento e dificuldades, pois muitas vezes os familiares no processo de acompanhamento acabam deixando suas vidas de lado. (Passos, Pereira e Nitschke, 2015).

As consequências trazidas à dinâmica familiar pós reforma psiquiátrica

Partindo da importância de uma atenção específica ao adoecimento psíquico, na década de 70 no Brasil, deu-se início a inconformidade com os serviços prestados a pessoa com transtorno mental e sua família. Com isso, foi instituída a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e a Lei nº 10.216, que foi efetivada em 06 de abril de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Tal reforma se preocupava em reformular a assistência psiquiátrica prestada na época, buscando uma nova abordagem do processo saúde/doença mental onde o principal foco é o paciente, priorizando sua reinserção como cidadão no contexto social e familiar (Neves et al., 2017). A partir de então, incentivou-se o início de uma nova face de atendimento humanizado e especializado de atenção à saúde na rede pública, onde o objetivo principal seria mudar a perspectiva adotada de hospitalização e medicamentação do tratamento (Junior, Santos, Clementino, Oliveira & Miranda, 2016).

Diante desse momento surgiu a necessidade de desconstrução e reformulação do processo hospitalocêntrico, reduzindo os leitos e a frequência de internação, incluindo serviços extra-hospitalares, priorizando além da abordagem psicoterapêutica, o esquecimento das situações de dor, vigilância e punição praticados até então (Junior et al., 2016). Foi implantada a rede de atenção psicossocial (RAPS) que são exemplos dos serviços de ratificação da desinstitucionalização. Destacam-se, principalmente, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que com essa intencionalidade, o trabalho é realizado através de uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais, desenvolvendo ações que têm como propósito terapêutico um acompanhamento contínuo, buscando um bom convívio familiar e em sociedade (Junior et al., 2016). Para que as intervenções terapêuticas sejam efetivas, é fundamental que, para além da rede de apoio, o sistema de saúde considere as condições do ser humano, sem preconceitos, deixando para trás a percepção de cura e aderindo à concepção integral do cuidado (Oliveira et al., 2015).

Almeida e Mendonça (2017) destacam que os discursos ainda com resquícios de preconceito e atitudes de exclusão não são admitidos, devido a política de cuidado que vai além da não internação até a reinserção do indivíduo no tecido social. Entretanto, é possível que mesmo com o suporte familiar o paciente não esteja sob intervenção terapêutica satisfatória, pois muitas vezes a família não tem amparo e manejo (psicológico, físico e financeiro) para lidar com tal situação, podendo também adoecer.

Para Passos, Pereira & Nitschke (2015), tais aspectos interferem na qualidade de vida, no autocuidado e podem levar a sintomas depressivos e de ansiedade, como também sentimentos de angústia, raiva, tristeza e frustração nos membros da família. Estudos apontam que cuidadores possuem grandes chances de manifestarem distúrbios psiquiátricos e problemas de saúde, além de possuírem conflitos familiares e no trabalho com uma maior frequência em comparação a pessoas da mesma idade que não exercem esta função.

Apesar dos familiares demonstrarem empatia com a pessoa doente, verifica-se que conviver com a doença fragiliza o acompanhante, gerando um desgaste emocional e até perda de força física. Dessa forma é possível compreender que qualquer forma de manifestação do sofrimento psíquico da família durante o acompanhamento no tratamento, influencia na qualidade do cuidado. Quando isso acontecer, é importante empregar comportamentos diferentes que abranjam a sensibilidade e a disponibilidade em ouvir as angústias dessa família, fortalecendo o cuidado globalizado. (Passos, Pereira & Nitschke, 2015).

Dessa forma é essencial perceber através da visão do doente e de seus familiares, principalmente nos grupos familiares atendidos nos CAPS, como é definido o sentimento de cuidado para com o sofrimento psíquico do outro. Com o olhar voltado para o paciente e sua convivência familiar, mesmo por meio das mudanças dos serviços ofertados que buscam a substituição dos manicômios através da proposta reformista, percebe-se que ainda é preciso avançar. A falta de autonomia e empoderamento dos pacientes e seus familiares, a falta de profissionais qualificados para atuar e os altos custos para manutenção de tais serviços, os quais utilizam de verbas federais e municipais são lacunas identificadas. Ainda, neste mesmo âmbito, como qualquer outro da área da saúde, problemas voltados à gestão de serviços são enfrentados, como o grande e constante número de internações, uma alta demanda de novos pacientes e a falta de articulação entre a rede de atenção psicossocial (Firmo & Jorge, 2015).

Foi compreendido, tendo referência os objetivos deste trabalho, como a família recebe suporte e é incluída no tratamento do paciente com doença mental nos dias atuais, e que a Reforma Psiquiátrica reformatou a importância dispensada, tanto aos pacientes, quanto aos seus familiares.

Atualmente a família tem um papel central no tratamento do paciente com transtorno mental, porém nem sempre ela ocupou esse lugar e por muito tempo foi vista até como causa principal da doença mental. Por vezes, os familiares precisavam ser protegidos daquele indivíduo doente, onde este era considerado como responsável pela “desordem social”. A família é um dos fatores principais para que o processo de desinstitucionalização ocorra, sendo responsável por quesitos afetivos, sociais e de proteção (Firmo & Jorge, 2015).

Segundo Almeida e Mendonça (2017), a pessoa responsável por dar auxílio ao paciente psiquiátrico na sua rotina, mesmo com dificuldades em realizá-la, é considerada sua cuidadora.

A partir da desinstitucionalização, no momento em que o sistema manicomial passou a ser um sistema de atendimento comunitário, a função da família no tratamento da pessoa em sofrimento psíquico também sofreu alterações. Os indivíduos, anteriormente em instituições, voltaram a morar com seus familiares, os tornando responsáveis pela administração de medicamentos, pela habilidade em lidar com sintomas, por conduzir suas atividades diárias e garantir, na maioria das vezes, sua subsistência. A realidade de ter que conviver com a loucura de forma tão íntima trouxe mudanças que resultaram em algumas dificuldades. O fato de ter que prover o cuidado pode assoberbar, comprometendo a individualidade e saúde do cuidador, produzindo uma carga subjetiva e até econômica para o mesmo, influenciando de certa forma, também, o grupo familiar (Colleti, Martins, Tanios & Rocha, 2014).

Rosa (2011) afirma que:

“o provimento de cuidado à pessoa com sofrimento psíquico e o papel da família no mesmo modificou-se conforme as mudanças societárias, demarcando assim, três momentos destas transformações. O primeiro refere-se ao período da emergência da sociedade burguesa até o período que antecede a segunda guerra mundial, quando surge o modelo assistencial hospitalocêntrico, em que a relação da família com a pessoa com diagnóstico psiquiátrico é mediatizada pelo sistema asilar e pelos trabalhadores em saúde, cabendo a ela papel de informante e visitadora. No segundo período, que vai do pós-segunda guerra mundial até fins da década de 1970, em que há toda uma reconstrução societária e o capitalismo monopolista torna-se hegemônico, a psiquiatria desloca seu objetivo da doença mental para a saúde mental e a figura da família passa a ser objeto de intervenções terapêuticas. No terceiro período, que vai dos anos 1970 até a contemporaneidade, a relação entre o sujeito com sofrimento mental e sua família é complexificada. Em meio à valorização da solidariedade e da parceria comunitária, a família é revalorizada como um lugar de cuidado e afeto.”

Alguns dos aspectos negativos entre a Reforma Psiquiátrica e a dinâmica familiar são evidenciados por Almeida e Mendonça (2017), através da realidade presente nas famílias que possuem um integrante com transtorno psiquiátrico e que não têm conhecimento para lidar com a doença, além de gerar sentimentos negativos de incompreensão e desalento que carregam devido ao diagnóstico, bem como o estereótipo de que este é “louco”. Deve-se levar em consideração o fato de que a maioria das famílias atendidas no CAPS são de classe baixa, com pouco acesso a informação, tendo o médico como a única forma de compreender o diagnóstico, o que é insuficiente devido a grande demanda de pacientes. Na busca de entender e administrar o cuidado que terão com o familiar doente, percebem a dificuldade da vivência com este ente, desenvolvendo o sentimento de incapacidade e de amenizar os comportamentos negativos dessa experiência, que exigem abdicar e empenho dos familiares. (Almeida e Mendonça, 2017)

Para Pereira e Pereira (2003), outro aspecto negativo passa a ser os empecilhos que surgem a partir do confronto aos problemas sociais e econômicos enfrentados, sendo estes a incredulidade colocada sob a pessoa que vive com o transtorno e o desrespeito de quem está no entorno. Após o primeiro momento de adaptação, a família passa pelo processo de aceitação, este podendo levar um longo período de tempo, pois exige uma série de mudanças rotineiras. Por consequência destas mudanças, a família necessita de suporte, porém as atividades que visam dar esse auxílio ainda são insuficientes, produzindo um ambiente desprovido e sem respostas.

Os estudos de Pereira e Pereira (2003) corroboram que a equipe dos profissionais da saúde têm um olhar distorcido diante do sofrimento das famílias. A princípio as veem como um “grupo nuclear” que está inserido numa relação de vínculo terapêutico com o paciente. Posteriormente pressupõe-se que a família tem por obrigatoriedade ficar com o doente. Estas

suposições fortalecem a importância do trabalho interdisciplinar para atingir a melhoria na qualidade de vida da família. Destarte, constata-se o alcance do objetivo geral proposto, visto que foi demonstrado neste artigo a forma que a Lei nº: 10.216/2001 influenciou a dinâmica familiar do paciente psiquiátrico.

Tendo em vista o referencial teórico utilizado até o presente momento para embasar as discussões realizadas, verifica-se que alguns autores possuem ideias similares em seus trabalhos confirmando as hipóteses levantadas por meio dessa defesa.

Desviat (2015), Goulart (2006) e Vasconcelos (1992) abordam através de fatores históricos a importância da reformulação do sistema psiquiátrico utilizado anteriormente, assegurando a relevância da Reforma Psiquiátrica.

Colleti et. Al (2014), Almeida e Mendonça (2017) e Girardon-Perlini et. Al (2016) reiteram a necessidade do suporte ser oferecido à família após a Reforma, pois através desta os cuidadores passaram a ter um papel fundamental no tratamento do paciente, onde por meio dessas obrigações com o cuidado do seu ente, passaram a estar sobrecarregados podendo levá-los até ao adoecimento.

Oliveira et. Al (2015) e Firmo e Jorge (2015) trazem fatores importantes a serem considerados no sistema de apoio à família por meio do CAPS, pois mesmo este já existindo há algum tempo, precisa de avanços na oferta ao suporte à família, sendo o paciente considerado um ser integral, que demanda da equipe uma perspectiva sem preconceitos e respeitosa quanto a individualidade de cada paciente e sua família.

Já Passos, Pereira e Nitschke (2015) se opõem a ideia apresentada anteriormente, afirmando que mesmo os familiares estando sobrecarregados, o prazer e o afeto expressados no cuidado se sobrepõem ao esgotamento físico e emocional.

Considerações Finais

Portanto, a partir do que foi exposto anteriormente, pode-se considerar a Reforma Psiquiátrica como um marco de extrema importância para a luta em prol da dignidade humana, já que a pessoa com doença mental passou a ser integrada à comunidade e vista como um ser biopsicossocial mesmo com as dificuldades enfrentadas perante essa realidade.

Assim, como o paciente ganhou maior atenção no novo modelo construído, a família foi, de forma direta, influenciada por essas mudanças, pois ter a responsabilidade de cuidado para com um paciente psiquiátrico faz com que a dinâmica familiar se altere, podendo ocasionar uma sobrecarga naqueles que convivem diariamente com o paciente.

A família por intermédio da Lei nº 10.216 passou a ocupar espaço de destaque no tratamento, sendo fundamental para que o mesmo ocorra efetivamente. Esta nova forma de cuidar fez da internação não mais uma maneira da família se ausentar dos problemas gerados pela doença do seu ente, mas como um instrumento de evolução do processo terapêutico.

Retomando, assim, o objetivo geral desta pesquisa, a saber de que forma a Lei nº: 10.216 influenciou a dinâmica familiar do paciente psiquiátrico, por meio dos estudos já expostos, conclui-se que, de fato, as mudanças geradas por meio da Reforma Psiquiátrica influenciaram consideravelmente a forma como a família é vista e lida com essa situação, alterando a dinâmica anteriormente adotada.

Faz-se necessário também ressaltar que foram encontrados autores que apontam insuficiências dentro da rede de apoio onde é atualmente disponibilizado o cuidado à família e ao paciente, sendo que não foram encontradas pesquisas que de fato se opusessem a esta afirmação, visto que as que mais se aproximaram desta, simplesmente expunham ou argumentavam sobre o funcionamento dos CAPS.

Sendo assim, ressalta-se a importância deste tema e sugere-se que novas pesquisas foquem nesta questão paradoxal pois, como demonstrado ao longo do estudo, há uma grande necessidade de ofertar cuidado efetivo às famílias e, tais pesquisas poderão servir como fundamento para futuras, necessárias e possíveis intervenções.

Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Amarante, P. (1995). Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11, 491-494.
- Almeida, J. C. (2019). *As relações familiares de pacientes com transtorno de personalidade borderline*. *Revista Ciência (In) Cena*, (8), 17-32.
- Almeida, M. H. S., & Mendonça, E. S. (2017). *Um olhar à família: ressonâncias psicossociais em familiares que convivem com uma pessoa em situação de transtorno mental*. *Barbarói*, (49), 01-24.
- Clementino, F. S., Miranda, F. A. N., Júnior, J. M. P., Marcolino, E. C., Júnior, J. A. S., & Brandão, G. C. G. (2019). *Atendimento integral e comunitário em saúde mental: avanços e desafios da reforma psiquiátrica*. *Trabalho, Educação e Saúde*.
- Colleti, M., Martins, C. B., Tanios, B. S., & Rocha, T. H. R. (2014). *A Reforma Psiquiátrica e o papel da família no restabelecimento de um sujeito psicótico*. *Revista da SPAGESP*, 15(1), 123-135.
- Desviat, M., & Ribeiro, V. (2015). *A reforma psiquiátrica*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Dourado, D. M., Rolim, J. A. Ahnerth, N. M. S., Gonzaga, N. M., & Batista, E. C. (2018). *Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental*. *ECOS- Estudos Contemporâneos da Subjetividade*, 8(1), 153-167.
- Firmo, A. A. M., & Jorge, M. S. B. (2015). *Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade*. *Saude e sociedade*, 24, 217-231.
- Girardon-Perlini, N. M. O., Hoffmann, J. M., Begnini, D., Mistura, C., & Stamm, B. (2016). *A família frente ao adoecimento por câncer de mama*. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6(3), 360-370.
- Goulart, M. S. B. (2006). *A construção da mudança nas instituições sociais: a reforma psiquiátrica*. *Pesquisas e práticas psicossociais*, 1(1), 1-19.
- Hirdes, A. (2009). *A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 297-305.
- Júnior, J. M. P., Santos, R. C. A., Clementino, F. S., Oliveira, K. K. D., & Miranda, F. A. N. (2016). *A política de saúde mental no contexto do hospital psiquiátrico: desafios e perspectivas*. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(1), 83-89.
- Ministério da Saúde (Br). Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

- Neves, T. D. S., Cunha, A. P., Moura, A. P., Evaristo, L. D. S., Mileo, B. C. A., & Couto, É. M. S. D. (2017). *Dificuldades dos familiares no cuidar de pacientes com transtorno mental: um relato de experiência*. Rev. enferm. UFPI, 79-82.
- Oliveira, G. C. D., Schneider, J. F., Nasi, C., Camatta, M. W., & Olschowsky, A. (2015). *Expectativas de familiares sobre uma unidade de internação psiquiátrica*. Texto & Contexto-Enfermagem, 24(4), 984-992.
- Passos, S. D. S. S., Pereira, Á., & Nitschke, R. G. (2015). *Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família*. Acta Paulista de Enfermagem, 28(6), 539-545.
- Pereira, M. A. O., & Pereira Jr, A. (2003). *Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família*. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 37(4), 92-100.
- Vasconcelos, E. M. (1992). *Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não*. In Do hospício à comunidade: mudança sim; negligência não (pp. 133-133).
- Rosa, L. (2011). *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.