



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

Departamento de Saúde Coletiva

**A IMPORTÂNCIA E O CUIDADO DA FAMÍLIA DURANTE O TRATAMENTO
DO PACIENTE COM TRANSTORNO MENTAL INTERNADO EM
ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA EM HOSPITAL GERAL**

Fernanda Gama Lessa

Campinas

2017

Dedico a produção deste trabalho à Chayene (in memorian), roommate, amiga, irmã, TO, sonhadora. De uma personalidade ímpar e evoluída, possuidora de uma luz interna que nunca se apagou. Dedico esse trabalho a você que tanto me ensinou, até mesmo com sua triste e breve partida. Minha eterna gratidão a ti. Por sua presença mesmo que ausente. Por seu cuidado infinito. Pela beleza em seus fazeres. Pela dedicação sem medida ao seu trabalho e aos usuários. Pelo amor a sua família. Pela família que construímos juntas no eterno apto 73.

Iluminar e só...

PRÉ-INTRODUÇÃO: O 4º ANDAR DO HC DEIXA SUA MARCA

A escolha de campo e inserção como residente em um serviço substitutivo psiquiátrico transpassa meu itinerário formativo e atravessa minha formação trazendo-me inúmeros processos reflexivos acerca de princípios e ideologias tidos por mim até então. Para além de ser uma passagem desafiadora, inserir-me na enfermaria psiquiátrica fez-me vivenciar e experienciar muitas e novas formas de cuidado capazes de me proporcionar a ressignificação de algumas práticas e reafirmação de tantas outras.

Diante de intensos percursos vividos ao longo do ano, senti necessidade de realizar algumas pausas e, dessa forma, consegui perceber-me identificada nas falas de alguns pacientes os quais, durante conversas, olhavam-me atravessadamente ou procuravam em mim uma solução, uma resposta ou um acalanto para aquele momento que viviam. Talvez, eles não saibam que por muitas vezes o processo foi recíproco, e que por tantas outras segui buscando neles e em suas trajetórias o real sentido de minha prática, assim como a escolha em seguir nesta área capaz de me trazer tantos questionamentos acerca da vida e de seu real significado.

Aprendi com eles, e no caminho tortuoso que nos forma, que no fundo não importam quais sejam as respostas para suas perguntas, mas sim, quantas vezes você parou de forma crítica para formulá-las.

Sigo formulando-as. Sigo questionando-me. Sigo em frente.

Sigo.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira vem ocorrendo desde o final da década de 80. Ao deslocar a abordagem psiquiátrica dos manicômios para uma rede de atenção em saúde mental, trouxe muitas transformações e também desafios.

Segundo o Ministério da Saúde (2011) Portaria Nº 3.088, considerando as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a

proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, é resolvido no Art. 1º a instituição da Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) tem como objetivos gerais: a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral; a promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção e a garantia à articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Além disso, a RAPS é constituída por alguns componentes, dentre eles a atenção hospitalar formada pelos seguintes pontos de atenção: enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Segundo afirmam Dias, Gonçalves e Delgado (2010), a atenção em saúde mental em hospitais gerais passou a se dar após a Segunda Guerra, no âmbito da crítica aos grandes hospitais psiquiátricos e ao modelo de atenção vigente nestes.

Paralelamente, no Brasil, organizou-se no final da ditadura militar o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Produziu-se uma ampla literatura reformista, que culminou na elaboração de uma proposta de atenção não baseada nos hospitais psiquiátricos e, posteriormente, na atenção fundamentada em instituições de caráter comunitário. A expressão *reforma psiquiátrica* resume esse processo complexo que envolve a demanda dos movimentos sociais, as experiências de gestão que implementaram os serviços de saúde mental substitutivos aos hospitais psiquiátricos e, finalmente, toda a produção formativa que torna a mudança do modelo de atenção em saúde mental parte de uma política nacional (DIAS; GONÇALVES; DELGADO, 2010, pag. 116).

Os leitos psiquiátricos em hospital geral devem realizar uma função de acolhimento e hospitalidade, na medida em que são apoiados e, por vezes regulados, por uma rede de atenção à saúde mental. Alguns princípios gerais que podem orientar o uso destes leitos estão relacionados com articulações efetivas dos leitos de atenção integral à saúde mental dos hospitais gerais a uma rede de atenção integral de cuidado composta pelas ações e equipamentos da rede de atenção à saúde mental, pela rede de ações e equipamentos de saúde, assim como por recursos intersetoriais.

Foram criadas em 1954, no Brasil, as duas primeiras Unidades de Internação Psiquiátrica em Hospitais Gerais (UIPHGs): na Bahia (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia – com ambulatório e 6 leitos femininos) e em São Paulo (Hospital dos Comerciários de São Paulo) (DALGALARRONDO, 1990).

Em Campinas, foi inaugurada no dia 04/12/1986 - juntamente com a inauguração dos serviços de Emergência e de Interconsulta de Psiquiatria no Hospital das Clínicas - a Unidade de Internação Psiquiátrica (UIP) do Hospital de Clínicas da Unicamp a qual contou inicialmente com quatro leitos e com um projeto de após alguns meses funcionar com capacidade plena (18 leitos).

Após alguns meses de sua inauguração, com a equipe de saúde estruturalmente adequada, contando com uma equipe multidisciplinar (médicos – residentes, docentes, plantonistas; enfermeiros – técnicos e auxiliares; terapeuta ocupacional, assistente social e psicóloga), os familiares poderiam acessar seus parentes através de visitas semanais às terças, quintas, sábados e domingos no intervalo das 15:00 às 16:30 horas. Segundo Dalgalarondo (1990), nas terças e quintas-feiras era realizada por uma enfermeira e uma assistente social, uma reunião com os familiares dos pacientes internados; reunião essa que tinha como objetivo propiciar um espaço no qual os familiares poderiam falar de suas angústias, dúvidas, medos e ressentimentos através de um grupo operativo.

Atualmente, a enfermaria psiquiátrica do HC/Unicamp conta com uma equipe de médicos e enfermeiros (entre eles residentes, docentes, supervisor, técnicos de enfermagem), uma terapeuta ocupacional (que aposentar-se-á em

Fevereiro/2017), uma treinanda de psicologia (realização de avaliações/testes), equipe de limpeza e duas residentes (terapeuta ocupacional e psicóloga) multiprofissionais do Programa de Residência em Saúde Mental e Coletiva da Unicamp.

Caracteriza-se por ser uma enfermaria mista, contendo 14 leitos (6 quartos com capacidade para dois pacientes cada e 1 quarto maior com capacidade para quatro pacientes – cada quarto possuindo um banheiro privativo), um posto de enfermagem, uma sala de reunião/residentes, uma copa (acesso apenas aos funcionários), um refeitório (onde ocorrem todas as refeições, além da maioria das atividades com os pacientes), um expurgo, rouparia e arsenal. Durante o ano, a enfermaria recebe também graduandos do curso de medicina e enfermagem da Unicamp e alunos dos cursos técnicos do Cotuca e Senac.

Os pacientes chegam à UIP, principalmente pelos serviços de emergência psiquiátrica, ambulatório de psiquiatria, interconsulta psiquiátrica e outros serviços de internação.

Dentre as diversas ofertas de cuidado proporcionadas hoje pela enfermaria psiquiátrica, está o atendimento à família do paciente internado em que profissionais médicos e enfermeiros - por meio de uma conversa - colhem o histórico (médico e de enfermagem) e contexto de vida deste paciente até o momento de sua internação. No entanto, nota-se uma certa lacuna em relação ao que diz respeito ao acolhimento da família de forma que essa possa ter seu espaço de cuidado e atenção para além do cuidado do paciente internado.

FAMÍLIA: A PRIMEIRA INSTITUIÇÃO SOCIAL

Toda instituição é uma ferramenta de socialização criada pelo próprio homem com a função de gerenciar suas relações interpessoais (RAMOS; NASCIMENTO, 2008, p. 461). Foi Hegel quem deu destaque às instituições colocando-as na posição de fundadoras da sociedade (LOURAU, 1996 apud RAMOS; NASCIMENTO, 2008, p. 462).

Sem as instituições, consoante Ramos e Nascimento (2008, p. 462), a vida social seria impossível, pois elas servem de fonte norteadora para o que é

permitido ou não; são elas que limitam a ação do indivíduo dentro de um espectro em que a racionalidade seja valorizada; sem as instituições o ser humano viveria na natureza levado apenas por seus instintos mais básicos: sede, fome, sexo, descanso. A internalização das normas, leis e papéis sociais confere à instituição o grau de naturalidade que se observa, dando legalidade às escolhas do indivíduo.

Sendo a família uma instituição, ela se apresenta como primeira instituição com a qual o indivíduo tem contato em sua vida (RAMOS; NASCIMENTO, 2008, p. 461). Afinal, ela é quem torna o indivíduo um ser social e como tal imerso na cultura e valores coletivamente disseminados (RAMOS; NASCIMENTO, 2008, p. 467). A família é a primeira destas instituições sociais nas quais nos inserimos e buscamos proteção física e psíquica (MEYER, 2002, p. 19).

É no núcleo familiar, sobremaneira, que se explicitam as relações de poder presentes no cuidado – permeado de tensão entre a tutela e a libertação dos sujeitos. As relações de cuidado, poder e autonomia envolvidas desvelam a família como produto e produtora das práticas de saúde (FIRMO; JORGE, 2015).

“A família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos”, independente das múltiplas formas e contornos que ela assuma, é nela que se inicia o aprendizado dos afetos e das relações sociais (CARVALHO, 1998 apud BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008). Ela é, talvez, a primeira instituição com a qual o indivíduo tem contato em sua vida e que serve de base para todas as outras (LASCH, 1991 apud RAMOS; NASCIMENTO, 2008, p. 467).

SAÚDE MENTAL E FAMÍLIA: A FAMÍLIA NO CONTEXTO DE UMA UIPHG

A família é um meio de constante mudança de ligações afetivas e sociais, com o qual o campo da Saúde Mental tem o desafio da aproximação (COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015, p. 1141).

Segundo Waidman (2004 apud BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008), tendo em vista a reformulação da assistência psiquiátrica, a unidade familiar assume um importante papel no cuidado e ressocialização dos sujeitos que sofrem de enfermidade mental. Portanto, é necessário conhecer o universo familiar e como seus integrantes reagem e convivem com o sofrimento psíquico.

Com o início do processo de desinstitucionalização psiquiátrica a responsabilidade dos cuidados no cotidiano dos doentes mentais graves passou a ser da família, na maior parte dos casos sem qualquer preparação (PINHO; PEREIRA, 2015). Conviver cotidianamente com pessoas que apresentam transtornos mentais graves, e ainda ter de cuidar delas, impõe uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais (MELMAN, 2001, p. 89).

As mudanças propostas pela reforma psiquiátrica apontam para um lugar de maior atuação da família; esta é convocada a atuar como corresponsável, junto aos profissionais do serviço, pelo cuidado do paciente e pela reabilitação psicossocial (DIMENSTEIN et al., 2010 apud REIS et al., 2016). De modo quase natural, o papel de cuidador é assumido pelo familiar, que muitas vezes se confronta com uma situação desconhecida e para a qual não está preparado (MARQUES; LOPES, 2015).

De acordo com Pinho e Pereira (2015), a família vivencia uma situação de desgaste psíquico devido a vários fatores como: o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação a uma nova realidade, o estigma social e a dependência.

A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. Com o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação à nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste (PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2003 apud BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

O impacto que o transtorno mental provoca no grupo familiar está estreitamente relacionado à posição que o “PTM” (paciente com transtorno mental) ocupa na família (ROSA, 2011, p. 264).

É importante perceber que o significado da conduta de uma pessoa doente pode estar ligado ao significado de certas relações familiares (MELMAN, 2001).

Por isso, devido ao fato de ser rotineiramente confundida como “patogênica” para o paciente com sofrimento psíquico, a família foi por muito tempo, e ainda é algumas vezes, considerada mera expectadora dos resultados obtidos pelas intervenções clínicas dos serviços, ou seja, permaneceu em segundo plano em relação às preocupações com a organização dos serviços e dos profissionais de saúde na produção do cuidado (FIRMO; JORGE, 2015).

Assim, a família é convocada a atuar junto à equipe de saúde, mas também recebe um espaço para si, para que ela possa se colocar com todas as suas dificuldades e inseguranças diante de seu papel de cuidadora (REIS et al, 2016, p. 82).

No âmbito das necessidades em saúde, a tríade usuário-família-equipe parece efetivamente ocupar o lugar de protagonista nos processos de transformação da dinâmica de produção do cuidado, ou seja, não se pode excluir nenhum destes núcleos ao pensar mudanças nos serviços e práticas de saúde (FIRMO; JORGE, 2015).

Bandeira et al. (2011 apud REIS et al., 2016) afirmam que a parceria dos profissionais de saúde com a família pode ser bastante benéfica para o tratamento do usuário, incidindo na diminuição das internações, na redução de conflitos familiares e diminuindo a sobrecarga sentida pelos cuidadores.

Nessa concepção, os familiares são considerados parceiros e corresponsáveis pelo tratamento de seu ente e, para que haja sucesso nessa parceria, a família precisa igualmente ser cuidada e apoiada no enfrentamento das dificuldades que surgem na convivência diária com o transtorno mental (VICENTE; MARCON; HIGARASHI, 2016).

Além disso, segundo Melman (2001, p. 38) entender o lugar especial da família nas sociedades ocidentais, e conhecer o processo histórico e social que

resultou numa estrutura familiar com uma série de características e funcionamentos, pode contribuir para uma análise mais rigorosa sobre as vivências dos familiares de pacientes com transtornos mentais.

OBJETIVO E METODOLOGIA

Este trabalho tem por objetivo discutir as ofertas de cuidado e atenção aos familiares de usuários internados em leitos de saúde mental em hospital geral, a partir da experiência da residência em saúde mental na enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Unicamp.

A metodologia será baseada em um relato de experiência de uma atividade grupal desenvolvida pelas residentes multiprofissionais inseridas na enfermaria psiquiátrica, e a qual fora destinada aos pacientes internados nesta e seus respectivos familiares, acompanhantes, cuidadores ou responsáveis.

CINEMATERAPIA: A ATIVIDADE PROPULSORA DE QUESTÕES

*[...] a única finalidade aceitável das atividades humanas
é a produção de uma subjetividade
que enriqueça de modo produtivo
sua relação com o mundo.*

Guattari

No princípio de nossa inserção como residentes, pudemos acompanhar a dinâmica da enfermaria, notando a ausência de um espaço - mesmo que mínimo - o qual a família do paciente pudesse utilizar como forma de apoio e cuidado. Posteriormente, analisamos a possibilidade da criação de um grupo de família que não fosse a retomada de nenhum grupo antigo ou anterior, mas que tivesse uma proposta que conversasse e fosse ao encontro de nossas práticas clínicas. No entanto, diante de alguns atravessamentos na concretude de possíveis atividades, optamos por caminhar com uma atividade grupal que envolvesse tanto o paciente como a família.

As atividades estão diretamente implicadas na qualidade de vida dos sujeitos atendidos, entendendo que estas - além de ter um intuito de treinamento ou recuperação de partes consideradas patológicas - sejam interpretadas como formas de possibilitar ao sujeito seu desenvolvimento e reconhecimento e que possa lidar adequadamente com suas deficiências, transtornos, capacidades, valorizando-se como alguém que possa se relacionar com o mundo atuando e transformando-o criticamente.

A utilização de atividades em saúde mental implica, então, pensar numa clínica construtiva e inventiva de novas possibilidades e novas formas de vida. Uma clínica comprometida com a construção e a produção de uma subjetividade aberta à alteridade; uma clínica sempre aberta àquilo que propicia a criação e potencializa os processos de transformação do cotidiano. Uma clínica que possa ser praticada como um exercício de expansão e aliança, sensíveis aos processos de singularização (LIMA, 2004).

É a partir da atividade que podemos analisar o sujeito com o qual nos propusemos contatar terapêuticamente, ou seja, iniciamos esta análise baseados no que esperamos obter, em qual é a queixa do paciente, em qual é a ideia que faz ao seu respeito e de seus problemas, se existe auto-crítica, qual fenômenos são provocados no sujeito durante a execução da atividade, etc.

Durante a visualização de um filme ocorre a ativação de processos psíquicos de identificação e projeção os quais proporcionam a possibilidade de se trabalhar questões pessoais importantes de cada um que assistiu ao filme. A identificação aparece em momentos nos quais fatos ocorridos no filme dizem respeito àquilo que quem assiste também sente ou vivencia, podendo se sentir identificado, empático ou ainda possibilitando pensar nas diferentes maneiras encontradas para se lidar com a situação que é parecida com a do personagem do filme. Já a projeção ocorre quando o espectador atribui aos personagens do filme sensações e atitudes que são suas e que realiza de maneira parecida, mas que não consegue entrar em contato diretamente, ou seja, sentimentos que apesar de sentir não consegue tornar consciente.

Poder utilizar de metáforas com imagens, cenas e diálogos dos filmes, torna o acesso ao mundo inconsciente e às questões difíceis dos pacientes, mais possível e menos intrusiva. Sendo assim, ter um momento de conversa em grupo após a exibição de um filme, transforma a experiência lúdica em

material terapêutico. A ideia de conversa em grupo aumenta a elaboração e o acesso a materiais da vida psíquica dos pacientes, pois a percepção e vivência de cada um são diferentes e a conversa sobre as diferentes formas de perceber o mesmo filme geram novas possibilidades de identificações, projeções, trocas e aprendizados a partir da experiência do outro. Além, é claro, de ser uma oportunidade para a integração e convivência entre os sujeitos, auxiliando na reinserção social dos pacientes e preparação para momentos de interação social e relações interpessoais para além do ambiente terapêutico, assim como com sua própria família.

O cinematerapia – como fora denominado pelas residentes da enfermaria – teve seu início no mês de abril e ocorria, inicialmente, toda quarta-feira quando se dava o término do lanche da tarde, sendo realizado no próprio refeitório. Há cerca de quatro meses houve mudança do dia da realização da atividade para quinta-feira, no mesmo período, e também mudança do local – do refeitório para sala de reunião/aulas (vulgo “aquário”) que fica do lado de fora da enfermaria - assim os pacientes precisam se deslocar de dentro da mesma para assistirem ao filme. Tal sala possui equipamento retroprojeter e conta com uma tela ampla, modificando por completo o ambiente e caracterizando-o como uma sala de cinema. Contamos com o apoio e ajuda da equipe de enfermagem do período da tarde para a execução da atividade. Convocamos pacientes e respectivos familiares, cuidadores ou responsáveis – quando há, para participarem da atividade. Na maioria das vezes, sempre avaliando o contexto, fazemos pipoca e discussão com os participantes ao fim do filme.

Foi numa dessas discussões que pude entrar em contato mais profundamente com as questões da relação familiar entre paciente e família – neste caso, mãe e filho.

DISCUSSÃO: A ESCUTA DO x A ESCUTA PARA

Caso B. – Esquizofrenia, Dom e Som

Falar é uma necessidade, escutar é uma arte.

Goethe

B.L.C., 23 anos, foi internado na enfermaria psiquiátrica em Maio de 2016, tendo tido seu primeiro surto psicótico em Outubro de 2012. Passou a ser acompanhado no ambulatório de neurocirurgia da Unicamp a partir de Novembro de 2013 e, após certo tempo, passou a ser acompanhado no ambulatório de psiquiatria. Em sua cidade, fora acompanhado por médico psiquiatra e houve tentativa de psicoterapia, entretanto, sem adesão.

Anteriormente à sua internação, B. esteve no pronto-socorro da Unicamp apresentando importantes alterações de comportamento, passando a falar sozinho com delírios místico-religiosos, agitação e diminuição do sono, alguns episódios de agressividade, pensamento desorganizado, desinibido e demonstrando ambivalência afetiva. Durante sua internação, manteve sintomatologia psicótica e obsessiva-compulsiva, com certa melhora; porém mantendo delírios, falsos reconhecimentos, desorganização e alucinações audioverbais. Teve sua primeira licença médica no mês de Julho de 2016, sendo esta acompanhada por períodos de desorganização e desinibição, com grande resistência em retornar à enfermaria.

Após sua alta, em Setembro de 2016, B. mantém seguimento no ambulatório de egressos¹, sendo seu último atendimento em Janeiro de 2017, com retornos mensais.

B. reside com seus pais e frequenta o culto evangélico desde muito cedo, caracterizando-se como “ministro do louvor”. Aprendeu a tocar alguns instrumentos, como violão, baixo e teclado sem a ajuda de um professor, possuindo assim uma inteligência musical ímpar. Em sua crença, tal inteligência lhe fora enviada por Deus como um dom e, sendo assim, B. passou a tocar e cantar nos cultos que frequentava, realizando tal atividade até hoje.

¹ Serviço que tem como principal objetivo desenvolver programas de intervenção precoce e de reabilitação psicossocial voltados, sobretudo, para os pacientes psicóticos e assistir de forma mais intensiva pacientes egressos da Enfermaria de Psiquiatria do HC-UNICAMP logo após sua alta hospitalar.

De acordo com Melman (2001), a presença de um sintoma pode levar qualquer pessoa a criar, desenvolver ou produzir um fato novo para superar a dificuldade. O ato criativo pode ou não fazer desaparecer o sintoma, e a relação do sujeito ou da família com esse sintoma é transformada pela atividade criadora, o que facilita a tolerância e a integração dos elementos patológicos.

Durante sua internação, pude trabalhar algumas questões de B. através de atividades que envolviam a música e instrumentos como o violão. Nitidamente, e na maioria das vezes, B. conseguia organizar-se enquanto tocava ou cantava, demonstrando o quanto havia de sentido naquilo que realizava enquanto atividade proposta. Juntamente com um enfermeiro da equipe da tarde, reuníamos-nos em grupo com outros pacientes além de B. e utilizávamos a música como instrumento terapêutico para interação e expressão de sentimentos que por vezes não apareciam em conversas ou outras atividades.

Passei a conversar brevemente com L., mãe de B., durante as visitas em que fazia ao filho. L. dizia-se esperançosa em relação ao tratamento de B., ao mesmo tempo em que se queixava de alguns comportamentos do filho nos períodos em que este esteve em crise. L. colocava que o filho era muito requisitante, solicitando, portanto, sua atenção a todo momento, além de estranhar o fato de B. não querer sair de casa – com exceção dos cultos – e de B. dormir mal.

L. nunca havia participado da atividade de cinematerapia. Na maioria das vezes em que ia à enfermaria, tinha pressa em conversar com o médico responsável pelo tratamento de seu filho e não tinha o costume de permanecer por muito tempo durante a visita, apresentando dificuldades em lidar com a questão da internação e do que esta significava para ela, para B. e para a família como um todo. L. acabava por minimizar os sintomas do filho, muitas vezes relatando que B. estava bem, similar ao que era antes da crise.

Em uma de suas visitas à B., L. foi avisada que teria que aguardar certo tempo para conversar com o médico, visto que o mesmo estava atendendo um paciente egresso da enfermaria, no ambulatório. Dessa forma, a mãe de B.

decide por esperar, deparando-se com o convite do filho para que ela participasse juntamente a ele da atividade de cinema. E então, L. opta por ir junto ao filho assistir ao filme, enquanto aguardava a chegada do médico.

O filme escolhido para aquela tarde possuía uma temática que envolvia um contexto familiar o qual girava em torno da relação do patriarca da família com seu cachorro. Além disso, apresentava passagens muito semelhantes às vividas cotidianamente pelas pessoas, dando ao filme um tom de identificação e por vezes, projeção; e ainda abordava temas delicados e míticos, como a morte.

Ao fim do filme, com as luzes acesas, presenciei B. com a cabeça apoiada no ombro da mãe, demonstrando certa comoção. Fizemos uma breve discussão sobre o filme e ao final desta, L. pergunta se poderia dizer algumas palavras. Com olhos marejados, relata a importância de estar ali ao lado do filho, participando da atividade, referindo que B. havia pedido a ela diversas vezes para assistirem a um filme juntos enquanto estavam em casa. L. coloca que sempre negava o pedido do filho porque achava que ele não conseguiria se importar com a negação de tal pedido, e ainda acreditava que B. não daria conta de entender o enredo de um filme devido seu transtorno mental, não fazendo sentido realizarem tal atividade juntos.

De acordo com Pereira e Pereira Junior (2003, apud BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008) frente ao impacto do adoecimento, as possibilidades de trocas afetivas que, de fato, sejam verdadeiras ficam reduzidas, impondo aos familiares a vivência de sentimentos e emoções que são difíceis de elaborar e entender. Isto evidencia a necessidade de intervenção que acolha o sofrimento apresentado, considerando a subjetividade e individualidade das pessoas.

Para além da emoção em participar da atividade e perceber que o filho tem a capacidade de entender o que se passa em um filme e como este pode terapeuticamente organizá-lo, L. referiu a relevância de ter atendido ao pedido de B. e neste momento o abraça e pede desculpas a ele, dizendo que a partir de então se esforçaria para estar junto dele no que ele a requisitasse. B. olha

para a mãe, emocionado, e agradece por ela estar lá, dizendo que tinha gostado de ter sua companhia na atividade.

Cena e falas foram capazes de transformar todo o ambiente da atividade, fazendo com que outros pacientes se comovessem, além das próprias residentes. O relato de L. propulsou diversas questões já antes pensadas; contudo, talvez nunca verbalizadas. A importância e o cuidado da família vieram à tona naquele momento, despertando em mim o desejo em buscar compreender as mudanças no cotidiano e na dinâmica familiar durante o tratamento do paciente internado em uma enfermaria de saúde mental.

Na perspectiva de que a saúde mental não se centra apenas no cuidado do paciente, mas também inclui o cuidador ou responsável, é importante pensar que se este familiar que cuida se tornar um aliado no tratamento do paciente, ele também deve ser incluído no tratamento, podendo e devendo ser cuidado e escutado na mesma intensidade que o paciente. Segundo afirmam Tabeleão, Tomasi e Quevedo (2014), na maioria das vezes, por razões culturais, o papel do cuidador é delegado à pessoa mais próxima do gênero feminino, podendo ser esposa, mãe ou avó; assim como ocorre no caso de B, e com a maioria dos pacientes internados.

Consoante Melman (2001), conviver cotidianamente com pessoas que apresentam transtornos mentais graves, e ainda ter de cuidar delas, impõe uma série de encargos físicos, emocionais, econômicos e sociais. Na enfermaria não possuímos um espaço destinado à escuta do familiar envolvido no cuidado do paciente e, embora isso não venha significar a ausência de um cuidado, existe uma grande lacuna entre haver um espaço proporcionado exclusivamente a este cuidado e um espaço em que o familiar é ouvido por questões burocráticas ou resolutivas.

A escuta do familiar para colher informações sobre o paciente é diferente da escuta para este familiar, a fim de que possa ser cuidado, orientado ou simplesmente apoiado. Conforme afirmam Kebbe et al (2014), as dificuldades dos cuidadores de encontrar tempo para o próprio cuidado, devido à dedicação exclusiva ao familiar internado, os tornam, também, alvos de atenção dos

serviços de saúde mental. É importante pensarmos e programarmos estratégias psicossociais de atenção ao cuidador e/ou ao grupo familiar.

O suporte a cuidadores leigos tem sido objeto de estudo e de pesquisas em países estrangeiros, mas, no Brasil, figura como um novo desafio para o sistema de saúde. Os obstáculos recaem na falta de recursos e de políticas públicas para auxiliar o cuidador; na desvalorização social sobre as funções exercidas por ele; na condução de pesquisas devido à escassez de fomentos; e na dificuldade de se pôr em prática os resultados dos estudos. Os profissionais de saúde direcionam suas ações ao atendimento da pessoa doente, e nem sempre aos seus cuidadores, que necessitam de informações e de suporte para suas dificuldades, as quais interferem em sua própria saúde (SOUZA; WEGNER; GORINI, 2007 apud KEBBE et al., 2014. pag. 502).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: GERANDO (AUTO) CRÍTICAS EM TORNO DO FAZER

Enfrentamos uma realidade em que somos atravessados por diversos fatores externos e focamos nossa prática exclusivamente no bem estar do paciente perdendo de vista que, por detrás deste, existe uma instituição chamada família a qual pode nos apresentar – assim como o paciente – uma demanda de cuidado específica que acaba passando despercebida aos nossos olhos, atentos numa só direção.

Não se trata de negligenciar o cuidado do cuidador, embora muitas vezes tomamos como principal cuidado apenas aquele que nos demanda maior atenção. Alguns familiares demonstram explicitamente sua sobrecarga e preocupação em não saber lidar com a situação da internação e da conseguinte alta do parente internado; entretanto, alguns familiares não colocam suas questões simplesmente por não saberem que possuem o direito de entender e sanar suas dúvidas, não se colocando neste lugar de cuidado. Dessa forma, cabe a nós profissionais de saúde, desempenhar a função do olhar ampliado no que tange o cuidado do paciente, incluindo o familiar neste espaço e possibilitar a ambos a resolubilidade de seus problemas.

A resolubilidade, por definição, representa a exigência de que, quando um indivíduo busque o atendimento ou quando surja um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço

correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência, ou seja, que alcance as necessidades e demandas desses sujeitos (CAVALCANTE et al., 2011 apud FIRMO; JORGE, 2014, pag. 227).

É importante compreender que, de acordo com Melman (2001), a família tornou-se muito especial e age como instrumento decisivo para o funcionamento social e responsabiliza-se quase que integralmente pela educação, desenvolvimento e formação das crianças, pela felicidade e bem-estar das pessoas. Sendo assim, sendo a família tão relevante, sendo ela tudo ou quase tudo, ela se torna responsável por tudo o que possa suceder a seus membros. Ela precisa e pede ajuda.

As vivências intensas ao redor da saúde mental impulsionam os sujeitos na busca de alternativas no sentido do desejo de mudanças, de exploração de novos sentidos e representações. Porém, para isso, os familiares necessitam de espaços para poderem se expandir e se mostrar, espaços onde possam se expressar de forma mais autêntica e livre. Identificar a ausência desse espaço é conceber a importância do mesmo. É preciso que se repense na constituição do trabalho e nas formas em que esse trabalho é realizado considerando a presença familiar de maneira mais participativa no tratamento e mais inclusiva no cuidado da equipe.

Em termos de formação profissional, a experiência da residência vivenciada cotidianamente no serviço de saúde, vem mostrar que é de completa relevância que nos atentemos às questões que nos trazem (auto) críticas e que estas possam ser vistas como fatores construtivos em meio a uma rotina que por vezes encontra-se embalsamada, sem grandes problemáticas.

É necessário que possamos nos abrir para repensarmos nossas práticas e construirmos novos desenhos e caminhos a partir de reflexões produzidas durante nossas atuações. Pessoalmente, sinto-me no dever de trabalhar as questões familiares enquanto profissional, posto que pude presenciar diversas situações em que o familiar que cuida sentiu-se desorientado e descuidado pela equipe, colocando-me muitas vezes também nesta falha.

Por fim, considero de extrema importância as problematizações que pude desenvolver enquanto residente, compreendendo que minhas auto-críticas me impulsionaram a rever o trabalho que desenvolvi com os pacientes e me estimulam, neste momento, a fazer diferente não apenas com eles, mas com familiares e cuidadores envolvidos neste cuidado e tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORBA, Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Eda; KANTORSKI, Luciane Prado. **A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental.** Acta Paul Enferm., 2008;21(4):588-94.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acessado em 20 Jan 2017.

CARVALHO, José Carlos. **A família e as pessoas com experiência de doença mental.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, n. 14, p.6-8, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602015000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0099>.

COVELO, Bárbara Souza Rodriguez; Badaró-Moreira, Maria Inês. **Laços entre família e serviços de Saúde Mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico.** Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1133-44.

DALGALARRONDO, Paulo. **Repensando a internação psiquiátrica: a proposta das unidades de internação psiquiátrica de hospitais gerais.** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciência Médicas. 1990.

DIAS, M.K.; GONÇALVES, R.W.; DELGADO, P.G. (2010) **Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental.** In: VASCONCELOS, E.M. (org.). Desafios políticos da Reforma Psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec, p. 115 - 140.

FIRMO, Andréa Acioly Maia; JORGE, Maria Salete Bessa. **Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade.** Saude soc., São Paulo, v. 24, n. 1, p.217-231, Mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000100217&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100017>.

GOMES, Romeu. **Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa.** In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012, 108 p.

KEBBE, Leonardo Martins et al . **Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar.** Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. 102, p. 494-505, Sept. 2014. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000300494&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 21 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140046>.

LIMA, Elizabeth A. **Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação.** Disponível em: <www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/beth/oficinas.pdf>. Acessado em 02 Fev. 2017.

MARQUES, Maria de Fátima; LOPES, Manuel José. **O cuidador familiar no olhar da pessoa com depressão.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, n. spe2, p.51-56, fev.2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602015000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 set. 2016.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares.** São Paulo: Escrituras Editora, 2001.

MEYER, Luiz. **Família: Dinâmica e Terapia: uma abordagem psicanalítica.** 1 ed., São Paulo: Casa do Psicólogo, 1983.

MINAYO, Maria Cecilia Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 31. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012, 108 p.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. **PSICANÁLISE E SAÚDE COLETIVA.** Interfaces, ed. Hucitec, São Paulo, 2012.

PINHO, Lara Manuela Guedes de; PEREIRA, Anabela Maria Sousa. **Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa.** Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Porto, n. 14, p.15-23, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602015000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 26 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0101>.

REIS et al. **Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85 ABR-JUN 2016.

RAMOS, Danielle Marques dos; NASCIMENTO, Virgílio Gomes do. **A família como instituição moderna.** Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.461-472, Dec. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19840292200800020012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922008000200012>.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. 3 ed., São Paulo, Cortez, 2011.

TABELEAO, Viviane Porto; TOMASI, Elaine; QUEVEDO, Luciana de Ávila. **Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados**. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 41, n. 3, p. 63-66, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01016083201400030063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000012>.

VICENTE, Jéssica Batistela; MARCON, Sonia Silva; HIGARASHI, Ieda Harumi. **Convivendo com o transtorno mental na infância: sentimentos e reações da família**. Texto contexto- enferm., Florianópolis, v.25, n.1, e0370014, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000100314&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Set. 2016. Epub Apr 01, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600370014>.

ZACCARELLI, Laura Menegon; GODOY, Arilda Schmidt. **Perspectivas do uso de diários nas pesquisas em organizações**. Cad. EBAPE. BR, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.550-563, Set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167939512010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 Out. 2016.