

A IMPORTANCIA DA FAMILIA NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

Thais Carvalho Santos.
orientação do Professor: Josiane
Logizia Carrapato.

RESUMO: Na atualidade percebemos que as pessoas confundem constantemente sofrimento inerente a vida e aquele com hipótese de diagnóstico de transtorno mental, assim quando há possibilidade da “medicalização da vida”, ou seja, fugir das dificuldades através de um “medicamento milagroso” isso torna-se realidade. Muitas pessoas com transtornos mentais são excluídas e discriminadas pela sociedade e a família, pois muitas vezes o paciente apresenta embotamento afetivo, isolamento, pensamento e fala desconexa, não conseguindo cumprir com as “normas sociais” vigentes. Todo ser humano tem o direito de viver e exercer sua cidadania, pois a “loucura” com seus sintomas de delírios e alucinações é considerada como estratégia psíquica para sobrevivência e enfrentamento diante das perdas, traumas, frustrações, culpa, medo, enfim o nosso organismo na sua sabedoria encontra saídas alternativas para solução dos problemas. Quem será que não tem um pouco de “loucura”? Será que todos têm que viver de acordo com “normas” impostas pela sociedade? Todo ser humano tem defeitos, qualidades, doenças diversificadas e problemas de relacionamento podendo exercer seu papel enquanto cidadão de acordo com suas próprias crenças e valores. Quando alguém apresenta diagnóstico de transtorno mental inicia-se um grande percurso em busca de facilitar e proporcionar qualidade de vida do paciente, pois na maioria das vezes há rejeição familiar e social deste ser humano que é conhecido como “Louco”, “Anormal”, ou seja, o “Bode Expiatório” da própria família. A família coloca todas as dificuldades do cotidiano na “patologia” do paciente, assim é muito mais fácil enfrentar a vida transferindo conteúdos familiares como as crises previsíveis no “doente”, sendo o restante considerado “saudável” e “normal”. Quando um ser humano é diagnosticado com transtorno mental, sabemos que a evolução do tratamento depende muito da aceitação e apoio da família e da inclusão social do mesmo, pois somente com o sentimento de pertencimento e autonomia e que o ser humano poderá resgatar sua auto-estima, auto-imagem e estabelecer-se enquanto sujeito de sua própria história.

1 PROBLEMA

Tema: A IMPORTANCIA DE FAMILIA NA QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS COM DOENÇA MENTAL.

Problema: A sociedade e a família excluem e discriminam as pessoas com doenças mentais, pois muitas vezes o paciente apresenta embotamento afetivo, isolamento, pensamento e fala desconexa, não conseguindo cumprir com as “normas sociais” vigentes. O ser humano com diagnóstico de doença mental é tratado com discriminação pela família e a sociedade.

2 HIPÓTESE

Hipótese: A evolução do tratamento das pessoas com doenças mentais e sua inclusão social, depende da aceitação e apoio da família e da sociedade.

3 JUSTIFICATIVA

O paciente com doença mental necessita da presença da família no tratamento para conseguir êxito e qualidade de vida, esta, é o grande e mais importante vínculo de carinho, segurança e amor que pode transformar processos lentos de tratamento em uma nova alternativa do modo de se viver.

Sabemos que não há nada para substituir a “instituição” família na sociedade, pois, a mesma é responsável pela formação da personalidade do ser humano, possibilitando a construção de verdadeiros cidadãos. Quando este cidadão adoece, não sendo considerado “normal” diante das pessoas, a família é de suma importância no tratamento, na recuperação e reabilitação psicossocial.

Na contemporaneidade, devido ao capitalismo exacerbado vinculado a lógica neoliberal, houve mudanças significativas no papel da família, dessa maneira ela deixou muitas vezes de exercer suas funções em relação aos filhos e a sociedade de um modo geral. Pois a maioria das pessoas para sobreviver trabalham muito gerando a mais valia e muitas vezes apresentando transtornos mentais dos mais leves aos mais graves.

Apesar das mudanças que estão ocorrendo na sociedade e no ser humano, sabemos que todo mundo está sujeito em qualquer fase da vida em desenvolver uma doença mental, pois o estresse do cotidiano está proporcionando o aumento significativo no diagnóstico de transtornos mentais assim afirmamos que toda pessoa precisa de qualidade de vida para poder viver de modo digno, simbolizando uma saúde mental adequada.

Na atualidade pessoas com doença mental são reflexos na maioria das vezes do processo excludente do sistema que alimenta uma sociedade voltada para os valores de mercado, que limita seus vínculos familiares devido às exigências do

mercado e ainda produz e reproduz estresse, característica marcante na vida em sociedade nos dias de hoje.

No sistema capitalista não apenas refletem-se mais transtornos mentais, bem como se excluí aqueles que no mundo do trabalho revelam-se fragilizados mentalmente, aqueles que para o sistema já não produzem como antes, estes, não servem mais. A sociedade de um modo geral ignora e demonstra preconceito acerca da patologia e isso nada colabora para a qualidade de vida desses que se encontram vulnerabilizados socialmente.

Dessa forma, a família, como sendo a base do indivíduo, sofre e é excluída desse processo também, quando se pensa em qualidade de vida é importante entender que o tratamento de um doente mental, está intimamente atrelado ao envolvimento da família, pois esta faz parte da “segurança” do indivíduo.

4 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Desvelar a importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conceituar família
- Conceituar doença mental
- Ressaltar a importância da família no tratamento de doença mental
- Descaracterizar o estigma acerca da doença mental – quebra de preconceitos
- Demonstrar a importância da consolidação dos direitos sociais e da cidadania aos pacientes com doença mental

5 INTRODUÇÃO

Na atualidade percebemos que as pessoas confundem constantemente sofrimento inerente a vida e aquele com hipótese de diagnóstico de transtorno mental, assim quando há possibilidade da “medicalização da vida”, ou seja, fugir das dificuldades através de um “medicamento milagroso” isso torna-se realidade.

Muitas pessoas com transtornos mentais são excluídas e discriminadas pela sociedade e a família, pois muitas vezes o paciente apresenta embotamento afetivo, isolamento, pensamento e fala desconexa, não conseguindo cumprir com as “normas sociais” vigentes.

Todo ser humano tem o direito de viver e exercer sua cidadania, pois a “loucura” com seus sintomas de delírios e alucinações é considerada como estratégia psíquica para sobrevivência e enfrentamento diante das perdas, traumas, frustrações, culpa, medo, enfim o nosso organismo na sua sabedoria encontra saídas alternativas para solução dos problemas.

Quem será que não tem um pouco de “loucura”? Será que todos tem que viver de acordo com “normas” impostas pela sociedade? Todo ser humano tem defeitos, qualidades, doenças diversificadas e problemas de relacionamento podendo exercer seu papel enquanto cidadão de acordo com suas próprias crenças e valores.

Quando alguém apresenta diagnóstico de transtorno mental inicia-se uma grande percurso em busca de facilitar e proporcionar qualidade de vida do paciente, pois na maioria das vezes há rejeição familiar e social deste ser humano que é conhecido como “Louco”, “Anormal”, ou seja, o “Bode Expiatório” da própria família. A família coloca todas as dificuldades do cotidiano na “patologia” do paciente, assim é muito mais fácil enfrentar a vida transferindo conteúdos familiares como as crises previsíveis no “doente”, sendo o restante considerado “saudável” e “normal”.

Quando um ser humano é diagnosticado com transtorno mental, sabemos que a evolução do tratamento depende muito da aceitação e apoio da família e da inclusão social do mesmo, pois somente com o sentimento de pertencimento e autonomia e que o ser humano poderá resgatar sua auto-estima, auto-imagem e estabelecer-se enquanto sujeito de sua própria história.

6 LEVANTAMENTO OU REVISÃO DE LITERATURA

FAMÍLIA E SOCIEDADE

A família na contemporaneidade sofreu mudanças ao longo de décadas, a revolução industrial marcou a estrutura familiar, bem como a tecnologia que trouxe a tona invenções que interferiram na reprodução humana, assim a partir dos anos 60 a introdução da pílula anticoncepcional revolucionou a forma de vida da mulher, não mais vinculando apenas o sexo a reprodução, isso garantiu maior expansão do movimento feminista. Nesse sentido analisa SARTI (2000, p.21): “A pílula associada a outro fenômeno social, a saber, o trabalho remunerado da mulher, abalou os alicerces familiares, e ambos inauguraram um processo de mudança substantivas na família [...]”.

Na década de 80 a questão da “escolha” permeava a dimensão familiar, neste momento novas técnicas reprodutiva de inseminações artificiais interferiam na fecundação apenas pelo ato sexual, ferindo a identificação da família com o mundo natural. Essas interferências tecnológicas acerca da família não retiraram o caráter de “*natureza biológica do ser humano*”, embora haja mudanças objetivas e subjetivas em sua formação.

Houve na década de 90 a difusão do exame de DNA, representando o incentivo aos laços de responsabilidades familiares, garantindo a proteção à mulher e a criança. Além disso, no sistema judiciário duas questões culminaram para a transformação na entidade família, a Constituição de 1988 passou a garantir:

[...] 1. a quebra da chefia masculina, tornando a sociedade conjugal compartilhada em direitos e deveres pelo homem e pela mulher, 2. o fim da diferenciação entre filhos legítimos e ilegítimos reiterada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, promulgada em 1990, que os define como “sujeito de direitos”. Com o exame de DNA, que comprova a paternidade, qualquer criança nascida de união consensual ou de casamento legal pode ter garantidos seus direitos de filiação, por parte do pai ou da mãe. (SARTI 2000, p.24).

Isso tudo resultou na complexidade e diversidade da família contemporânea. Ainda que a ideologicamente o modelo da “instituição” seja

naturalizado, a família deve ser conceituada na sua singularidade, pois cada família constrói seu significado e sua cultura, abrangendo uma essência objetiva e subjetiva.

No caso da família brasileira, esta tem especificidades socioculturais, pois, abrange uma diversidade cultural que decorre de profundas influências de imigrações e migrações que caracterizam essa multiplicidade de cultura. SOUZA (1997, p.24) pontua: “As famílias se dividem entre os que saem em busca de melhores condições e os que ficam esperando a realização nem sempre alcançadas do sonho de “melhores dias””. Esse traço marcante na família brasileira revela sentimentos de angústia, tensões e medos influenciando seu funcionamento que determinam valores próprios de famílias distintas em uma mesma região. Portanto:

Pensar a família como uma realidade que se constitui pelo discurso de si própria, internalizado pelos sujeitos, é uma forma de buscar uma definição, que não se antecipa a sua própria realidade, mas que nos permite pensar como ela se constrói [...]. (SARTI, 2000, p.26).

A família, mesmo sofrendo influencia do neoliberalismo, sendo massacrada pelos valores de mercado e ainda sofrendo com sua fragmentação, resiste ao sistema, mantendo-se como instituição que faz a mediação entre o indivíduo e a sociedade. No contexto sócio-histórico a família sofre alterações à medida que ocorrem mudanças socioeconômicas, a inserção da mulher no mercado de trabalho, o controle de natalidade, o aumento da expectativa de vida acarretando em ganhos e custos emocionais e sociais gerando um empobrecimento da família, resultando em novos desafios na busca de seus próprios valores.

LOSACCO (2000, p. 64): “Entendemos por família a célula do organismo social que fundamenta uma sociedade”. A família atualmente tem sido interpretada pela relação dos vínculos afetivos, seja este formado pelo casamento, por relações monoparentais, ou ainda por relações homossexuais (embora não haja valor legal). Enfrentando crises e problemas próprios de família, esta se revela com um lugar de pertencimento, onde se forma os valores, a identidade e onde ocorre a socialização do indivíduo. Segundo SOUZA (1997, p.23):

O sentimento de família engloba todas as emoções inerentes à pessoa: identidade, pertença, aceitação, amor, carinho, raiva, medo, ódio...

Certamente é esta fusão de opostos que torna a família tão complexa e sua compreensão em desafio interminável.

A família abrange o afeto das relações e afirma LOSACCO (2000, p.64): “É constituída por uma constelação de pessoas interdependentes girando em torno de um eixo comum”.

Mas a família contemporânea se defronta também com o individualismo dentro dos lares, os valores de mercado perpassando as relações de trabalho, tem adotado um caráter individual e isso faz com que a pessoa se torne objeto de consumo, sendo como primazia o bem estar individual a esse respeito ressalta SOUZA (1997, p.33):

A família, portanto, parece ter perdido sua “utilidade” como fonte de prazer. “Na verdade, a família passou a ser julgada pela contribuição que tem a dar à realização individual”. [...]. Perdeu seus valores anteriores, ora considerados arcaicos, sem conseguir substituí-los por outros. [...] “nossa sociedade se encaminha para as famílias informais”.

Como reflexo do contexto familiar atualmente o individuo necessita desse pertencimento, propiciado pela família, pois os fatores externos que pode resultar numa doença mental.

No tocante ao papel da família, GLASSER W. (1960, p. 21) pontua:

Quanto mais, estável, realista e afetuosa a família, mais preparadas estarão às crianças para enfrentar, desprotegidas, a realidade do mundo (comum). Infelizmente, porque a maioria das famílias apresenta modelos instáveis de realidade à criança em crescimento, o individuo não é preparado adequadamente para enfrentar o mundo comum, mais amplo.

DETERMINANTES DA DOENÇA MENTAL

Existem alguns determinantes que influenciam a condição de doença mental. O determinante biológico, classificado na organização mundial da saúde, revela que as pessoas com histórico de transtornos mentais na família podem ter uma predisposição para transtornos mentais. Mas essa condição é apresentada juntamente com a interferência ambiental como ressalta FANTAZIA (1997, p.155):

“[...] sendo que talvez a predisposição genética apenas se manifeste em pessoas sujeitas aos fatores estressores que desencadeiam a patologia”.

Os fatores psicológicos também correspondem a um tipo de determinantes para doença mental, pesquisas revelam que a afetividade e os cuidados, norteados, pela atenção dos pais dada nos relacionamentos familiares respondem como um desenvolvimento de funções como a “*linguagem, o intelecto e a regulação emocional*”, segundo a Organização Mundial da Saúde. A criança privada desse vínculo apresenta maiores probabilidades de apresentar transtornos mentais, assim pontua Fantazia (1997, p.156):

A ciência psicológica mostra que certos transtornos mentais podem ocorrer em consequência da incapacidade de se adaptar a uma ocorrência vital estressante ou através de comportamentos aprendidos, demonstrando mais uma vez que a atenção e o afeto são essenciais ao desenvolvimento humano.

E por fim os determinantes sociais são desencadeados na condição socioeconômica, estudos apontam que a pobreza, miséria, violência, desemprego, a drogadição, dentre outros podem acometer doença mental no indivíduo, que fragilizado e vulnerabilizado socialmente se defronta com o estresse, o desespero de não ter e de terem sido excluídos da sociedade. Ressalta FANTASIA (1997, p.158): “Certamente essas pressões sociais que vitimizam esses grupos podem causar transtornos mentais, pois repercutem direta ou indiretamente sobre a vida desses indivíduos.”.

Segundo DELIUZE e GUATTARI (1976, apud Bisneto, 2005, p.123):

Quando se diz que a esquizofrenia é a nossa doença, a doença de nossa época, não se deve querer dizer somente que a vida moderna enlouquece. Não se trata de modo de vida, mas de processo de produção [...] De fato queremos dizer que o capitalismo, em seu processo de produção, produz uma formidável carga esquizofrênica.

Na sociedade contemporânea a difícil tarefa de cuidar, proteger e amar os filhos se torna cada vez mais complexa. Pois segundo MELMAN (2002, p.19): “Os pais jamais estão seguros de seus sentimentos e de como agir em relação aos seus filhos. Nunca sabem se estão agindo corretamente”. Diante dessa realidade quando alguém da família adoece mentalmente, se instala no lar a insegurança e o desconforto, representando um forte abalo, pois os pais não sabem como reagirem

diante desta “catástrofe”, buscam respostas para o ocorrido desencadeando dúvidas e conflitos.

Os seres humanos são seres tribais que não consegue viver isolado da vida comunitária. Aprendemos e vivemos juntos e isso nos fortalece diante das dificuldades, isso representa o poder grupal, diante da doença mental esse poder é enfraquecido gerando impotência na relação familiar. Assim pontua MELMAN (2002, p.20):

Naqueles casos em que a gravidade do quadro é maior e a duração dos sintomas se prolonga por muito tempo, os respectivos fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação, os freqüentes insucessos nos tratamentos produzem mais frustração e desespero e são um convite para em progressivo isolamento da vida comunitária. Suas próprias vidas ficam esvaziadas aquém de suas possibilidades existenciais.

Com a doença mental em um dos membros do lar, ocorre a cultura da vergonha, da omissão e do isolamento em não querer lidar com o problema. Pois a família enfrenta o rompimento e a desordem em sua estrutura, enfraquecendo o convívio.

O evento representa de certa forma, o colapso dos esforços, o atestado da incapacidade de cuidar adequadamente do outro, o fracasso de um projeto de vida, o desperdício de muitos anos de investimento e dedicação. A doença mental continua sendo com freqüência, o motivo de muita vergonha para os familiares. (MELMAN J., 2002, p. 23).

O sentimento de culpa que permeia a família, retarda o tratamento, os comentários culpabilizantes a responsabilizam ainda mais, reforçando a resistência de levar o doente a um tratamento adequado. Dessa forma a família acaba se excluindo e aumentando sua impotência em relação ao problema. A sociedade com seu processo de exclusão intensificam o surgimento das doenças mentais e conseqüentemente há necessidade da presença da família durante todo processo de tratamento.

Segundo CARRAPATO; CHAVES (2006, p. 169):

A maioria da população sente os reflexos da exclusão social, que provoca sentimentos de inutilidade, desafiliação, rompimento de vínculos, a destituição do direito de ter direito e sentindo-se excluído poderão apresentar problemas psíquicos, dependências de substâncias psicoativas e até mesmo atos de violência.

O preconceito ao redor intimida ainda mais os membros da família. O receio de como agir diante de um quadro de transtorno mental desencadeia sentimentos de rejeição ou indiferença. O tempo investido com um envolvimento maciço nos vínculo familiar afetivo é muito pouco, pois, segundo MELMAN (2002, p.37): “Os sujeitos se preocupam tanto em resolver os problemas que sobra pouco tempo e espaço para os outros relacionamentos, havendo uma sobrecarga nas relações de cobrança e exigência dentro da família.” Diante de um quadro de doença mental a ausência da convivência pode intensificar a crise e o isolamento não correspondera em nenhum tipo de ajuda.

DOENÇA MENTAL - CONCEITO:

A doença mental, não existe numa pessoa, mas num sistema de relações. Ela é resultado de certas estruturas sociais alienantes, pois, é associada à incapacidade de pensar coerentemente dentro dos padrões considerados normais, como determina alguns estudiosos.

Segundo pesquisadores a classificação de normalidade relaciona-se às expectativas sociais, que mantém o equilíbrio, a conformidade e a concordância ajustados a normas e valores sociais, sendo assim, o anormal corresponde ao contrário daquilo que fora estabelecido socialmente. Jaccard (1981, apud PUEL, 1997, p. 31): “[...] é a sociedade que define as normas do pensamento e do comportamento e, uma vez que os sintomas da enfermidade mental são sempre oponentes à norma social, é a sociedade que determina os limites da loucura”.

O padrão de normalidade relaciona-se com a capacidade que possuímos e produzimos, mantendo um equilíbrio social, assim é considerado útil e normal à pessoa que tem uma participação social produtiva, porém, à medida que ela se afasta desse processo muda-se o modo pela qual ela vista. “O pensar e agir do doente mental passa a ser condicionados pelo que os outros delimitam” (PUEL, 1997, p. 32).

Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10 (1993, p.05) o transtorno mental é:

[...] um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais. Desvio ou conflito social sozinho, sem disfunção pessoal [...]

Dentro desse conceito ainda podemos destacar que os padrões de transtorno mental relacionam-se com comportamentos que se diferem do socialmente estabelecido, porém, ao refletirmos sobre doença mental pensamos no oposto para classificarmos seu conceito. Amarante (2007, p.18) reflete:

Mas, o que é 'doença mental'? É o oposto de saúde mental? É o desequilíbrio mental? Deparamo-nos agora com um outro sentido da expressão saúde mental, ou seja, com a idéia de que saúde mental seja um estado mental sadio, portanto, poderíamos concluir, um estado normal. Ou dito de outra forma, de um estado de bem-estar mental, ou de sanidade mental, ou ainda, de não existir nenhuma forma de desordem mental.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a saúde é um bem estar físico, mental e social, não apenas ausência de doenças, assim, constatamos avanços, mas nos remetemos ao impasse de delimitar o que de fato é o "bem-estar", a definição de doença também fica restrita. Pois, segundo Hegenberg (1998, *apud* AMARANTE 2007, p. 18 – 19): "Em muitos livros, encontramos a definição de saúde como a ausência de doença; do mesmo modo que encontramos que doença é ausência de saúde!". A utilização do termo saúde pra definição do oposto é comum e vice e versa.

Os estudos mais recentes abordados pela Antipsiquiatria destacam que a patologia ocorre não no indivíduo enquanto corpo e mente, mas nas relações estabelecidas entre ele e a sociedade. (AMARANTE, 2007, p. 52). Segundo esse movimento a doença mental não existe enquanto objeto natural, ela é uma experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social.

Segundo Vasconcelos (2000, p. 272) no tocante ao conceito da doença mental:

Diferentemente das doenças de base anatomofisiológicas, identificáveis clinica e laboratorialmente, o transtorno mental tem origem multifatorial (biológica, social, psíquica e cultural) e é identificado sobre tudo pelos seus sintomas, com freqüência o comportamento desviante, transgressor, que viola as normas socialmente aceitas.

Podemos considerar que as causas do transtorno mental estão relacionadas aos fatores biopsicosociais, contudo, seus efeitos são diretamente sociais, pois interferem no comportamento e nas reações que a sociedade e a ordem moral repudiam e principalmente nos relacionamentos com familiares e amigos ou mesmo no rompimento destes, desencadeando uma série de fatores que estigmatizam e geram rupturas afetivas.

Devemos considerar que as pessoas com sofrimento psíquico são seres humanos em potencial, com habilidades e capacidades humanas e que não podem ter suas vidas estigmatizadas pela “loucura”, deixando de exercer atividades cotidianas, momentos de crise devem ser entendidos como resultado de uma série de fatores que envolvem terceiros (familiares, vizinhos, amigos ou mesmo desconhecidos), pois a crise, assim como a doença é mais uma questão social do que biológico-psicológica.

Tipos de Transtornos:

Neurose de sintoma:

Nas neuroses de sintoma uma parte do ego está intacta e a outra é fraca. Ela ocorre quando a defesa de caráter substitui a ansiedade fazendo com que o ego reduza sua capacidade de funcionar adequadamente. A claustrofobia afeta pessoas normais em todos os aspectos, entretanto em lugares fechados a pessoa fica descontrolada, com intensa ansiedade, essa intensidade reflete a deficiência específica de funcionamento do ego.

Neste caso a pessoa manifesta as defesas do ego para não se expor em lugares cheios ou onde possa ficar fechada, diz que não gosta de gente, que tem poucos amigos; tudo para reduzir sua ansiedade. Os sintomas neuróticos atuam com as defesas de caráter e é inconsciente, o caráter é moldado pela ansiedade devido à fraqueza do ego.

Existe quadro tipos de neurose de sintomas: a histeria, as hipocondríacas, fobias e compulsivo-obsessivas:

Histeria: A pessoa usa a negação para neutralizar a ansiedade ocasionada pela fraqueza do ego, mas fracassa nessa tentativa e usa a negação então para bloquear a área de funcionamento físico e mental obtendo resultado. A ansiedade é convertida para deficiência física ou mental culminando para a neurose. É o caso da cegueira e surdez histérica, perda da sensibilidade em algumas áreas do corpo, impotência e frigidez sexual. Sintomas mentais como ausência, lapsos de memória e amnésia. Esses sintomas são encontrados em pessoas ignorantes, supersticiosas e com o QI abaixo do normal.

Hipocondríacos: Neste caso a pessoa tem a doença imaginária, porém sua capacidade física ou mental é normal, essa doença está associada aos órgãos vitais e estimulam doenças de origem verdadeiras; no coração, intestino, estômago, ou câncer de vários órgãos (GLASSER 1960, p.84).

O hipocondríaco acredita que realmente está doente e para suas atividades normais quando acha que está doente perde também parte de seu funcionamento por acreditar na realidade de sua doença.

Fobias: Segundo GLASSER, 1960, p. 84: “As fobias são medos específicos e irracionais em relação a uma determinada situação, lugar ou pessoa”. A pessoa com essa doença tem consciência, porém não deixa de sentir medo, o sentimento que permeia é o de terror diante de algum lugar, pessoa ou situação.

Compulsivo-obsessivas: Pessoas com essa neurose enfrentam certas obsessões e/ou compulsões para evitar a ansiedade, sofrendo muito para contê-la, tem consciência de sua realidade apesar de não se controlar.

Esquizofrenia:

A esquizofrenia é a mais comum e a mais importante categoria de transtornos mentais, é um transtorno do funcionamento do cérebro. Pode ser causada por vários fatores. Segundo a Classificação Internacional de Doença, a esquizofrenia é caracterizada; “por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado” (CID-10, 1993, p.85). O estado de consciência clara e o intelecto são temporariamente mantidos.

Como uma das características do indivíduo esquizofrênico, a perturbação o acompanha, resultando em um senso de individualidade, unicidade e de direção de si mesmo (CID-10, 1993, p.85). Estranhas formas de expor os sentimentos e pensamentos também compõem o quadro do transtorno, além dos delírios. O paciente se sente o centro de tudo, tem alucinações auditivas que incidem sobre o seu comportamento.

Dentro das perturbações, a percepção também é afetada, juntamente, a perplexidade traz a idéia de que situações do cotidiano representam algum significado especial, algo fora do comum que envolve o indivíduo, isso faz com que as palavras muitas vezes se tornam incompreendidas devido ao pensamento vago e obscuro expresso em palavras.

Esta doença pode acontecer gradativamente, a ponto de nem mesmo a pessoa afetada perceber, tão pouco os familiares, pode levar meses para esta ser caracterizada, porém há casos identificados rapidamente, a pessoa muda, entra num estado esquizofrênico e em dias, meses ou semanas assusta parentes e amigos. Segundo pesquisas:

Não há uma regra fixa quanto ao modo de início: tanto pode começar repentinamente e eclodir numa crise exuberante, como começar lentamente sem apresentar mudanças extraordinárias, e somente depois de anos surgir uma crise característica
(www.psicosite.com.br/tra/psi/esquizofrenia.htm).

O que ocorre é um processo, onde o humor é algo superficial, caprichoso ou inconveniente, essa mistura de sentimentos opostos e de perturbações pode representar intolerância, negativismo ou morbidez. Segue abaixo o grupo de sintomas para diagnosticar a esquizofrenia:

- (a) eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento;
- (b) delírios de controle, influencia ou passividade claramente referindo-se ao corpo ou movimentos dos membros ou pensamentos específicos, ações ou sensações, percepção delirante;
- (c) vozes alucinatórias comentando o comportamento do paciente ou discutindo entre elas sobre o paciente ou outros tipos de vozes alucinatórias vindo de alguma parte do corpo;
- (d) delírios persistentes de outros tipos que são culturalmente inapropriados e completamente impossíveis, tais como identidade política ou religiosa ou poderes e capacidades políticas sobre-humanas (p. ex. ser capaz de controlar o tempo ou de comunicar com alienígenas de outro planeta);

- (e) alucinações persistentes de qualquer outra modalidade, quando acompanhada por delírios “superficiais” ou parciais, sem claro conteúdo afetivo, ou por idéias sobrevaloradas persistentes ou quando ocorrem todos os dias durante a semana ou meses continuamente;
- (f) intercepções ou interpolações no curso do pensamento resultando em discurso incoerente, irrelevante ou neologismos;
- (g) comportamento catatônico, tal como excitação, postura inadequada ou flexibilidade cérea, negativismo, mutismo e estupor;
- (h) sintomas “negativos”, tais como apatia marcante, pobreza do discurso e embotamento ou incongruência de respostas emocionais, usualmente resultando em retraimento social e diminuição do desempenho social; deve ficar claro esses sintomas não são decorrentes de depressão ou medicação neuroléptica;
- (i) uma alteração significativa e consistente na qualidade global de alguns aspectos do comportamento pessoal, manifestada por perda de interesse, falta de objetivos, inatividade, uma atitude ensimesmada e retraimento social. (CID-10, 1993, p. 86)

Para se diagnosticar a esquizofrenia, os sintomas de (a) e (d) ou (e) e (h) precisam estar claros e constantes em torno de um mês, quando esses sintomas decorrem em menos desse prazo, pode significar um transtorno psicótico esquizofreniforme agudo, podendo com o passar do tempo tornar-se esquizofrenia.

MELMAN(2002, p.69) pontua:

A esquizofrenia, além de ser a patologia emblemática na história da psiquiatria, constitui um problema social e sanitário de grande relevância. Não tanto por sua prevalência na população, em torno de aproximadamente 1%, mas seguramente pela gravidade e pelos elevados custos econômicos e sociais.

Transtornos psicóticos

A psicose é definida como uma ruptura com a realidade, a pessoa não age de forma realista, age com um comportamento excêntrico e imprevisível. A pessoa psicótica estabelece sensações criadas por ela mesma, com alucinações, sintomas, vozes e delírios. O comportamento psicótico é variado e sem relação com o mundo ao redor.

O ego de uma pessoa psicótica é rígido e expresso, servindo de uma barreira entre a pessoa e o mundo, ocorrendo um rompimento das funções normais, havendo um desligamento com as com estímulos externos, a pessoa se expõe a dor e ao sofrimento sem se abalar, além de se isolar.

O indivíduo com essa patologia satisfaz suas necessidades fora da concepção de realidade, GLASSER (1960, p.107) constatou:

[...] – o psicótico não precisa do mundo porque se ego funciona como substituto do mundo. Ele é auto-suficiente. Um exemplo disso é um paciente internado no hospital com problemas mentais, que parece estar morrendo de fome. Quando perguntamos à enfermeira porque ele se encontra naquela condição ela responde que ele não come, necessitando então ser alimentado a força através de um tubo. O paciente pode, porém, resistir à alimentação pelo tubo, dizendo que não sente fome e talvez até afirmando que tem se alimentado satisfatoriamente. Ele não percebe a situação real, percebe apenas o que seu ego dita. Se ninguém intervir energicamente, ele poderá morrer.

Para o psicótico existem duas condições inerentes, a primeira se trate de um desligamento da realidade e a segunda, a substituição deste por um sistema de realidade pessoal que satisfaça seu ego.

Além desses fatores, a patologia tem uma natureza instável onde o doente pode apresentar-se racionalmente bem em situações de choque, como o fato de ser internado, a pessoa pode demonstrar-se normal diante dessa realidade e confundir a todos, ao passar esse período volta à psicose. Atualmente a psicose representa um comprometimento grave do funcionamento social e pessoal, impedindo a pessoa de executar tarefas simples do dia-a-dia.

O início de psicose é revelado diante de uma suscetibilidade nos primeiros anos de vida, podendo ocorrer em qualquer idade. As pessoas com dificuldade de relacionamento com familiares e outros podem desenvolver uma psicose futura.

Transtorno bipolar:

O transtorno bipolar é acometido por situações repetitivas, onde o humor e os níveis de atividades do indivíduo estão perturbados, caracterizado como mania ou hipomania, ocorrendo à elevação do humor, o aumento da energia e atividade, em contrapartida, ocorre situações onde o humor decai e a atividade e energia também, resultando em depressão.

A duração dos episódios maníacos gira em torno de quadro há cinco semanas, já as depressões permanecem por seis meses, podendo chegar a um ano. Existe uma variação dos episódios, mesmo que se tornem mais comuns com o passar do tempo, estes podem ocorrer em qualquer idade e tem duração maior na idade adulta.

Transtorno obsessivo compulsivo:

São pensamentos obsessivos ou atos compulsivos recorrentes. A CID-10 (1993, p.140) conceitua: “[...] Pensamentos obsessivos são idéias, imagens ou impulsos que entram na mente repentinamente de uma forma estereotipada”.

O paciente tenta resistir aos impulsos que deriva de seu pensamento, como algo involuntário e repugnante. Esses seguem atos de rituais compulsórias repetidas vezes para prevenir-se de algum evento improvável que envolve algum dano por ele causado ou que lhe causara dano.

Sintomas de ansiedade, sentimentos de angustia são comuns e uma relação dos sintomas obsessivos com a depressão, indivíduos com esse tipo de transtorno comumente apresentam depressão recorrente. Os sintomas característicos são relacionados na CID-10 (1993, p. 141):

- (a) eles devem ser reconhecidos (sintomas) como pensamentos ou impulsos próprios do indivíduo;
- (b) deve haver pelo menos um pensamento ou ato que é ainda resistido, sem sucesso, ainda que possa estar presentes outros aos quais o paciente não resiste mais;
- (c) o pensamento de execução do ato não deve ser em si mesmo prazeroso (o simples alívio de tensão ou ansiedade não é, neste sentido, considerado como prazer);
- (d) os pensamentos, imagens ou impulsos devem ser desagradavelmente repetitivos.

TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS:

Atualmente o tratamento de doença mental de pacientes com transtornos graves é feito em hospitais psiquiátricos. A esse respeito MELMAN (2002, p56) ressalta:

No hospital psiquiátrico o desejo de normatização é explícito, escancarado: a arquitetura, a separação entre sexos, a onipresença do regulamento, a ruptura dos laços familiares e a vizinhança, o controle rígido do tempo, as relações de poder, tudo esta a serviço da reprogramação complexa da existência, em virtude das exigências da ordem e da disciplina.

O isolamento do sujeito é o principal fator dos aspectos do tratamento, neste sentido os manicômios representam uma contradição em meio à busca de qualidade de vida apregoada a sociedade. Essas instituições reproduzem formas de olhares sobre os indivíduos doentes que geram exclusão e preconceito.

No tocante a antipsiquiatria, havia certa idealização da figura do louco, que era visto como um contestador das normas e dos valores sociais e uma vítima da alienação geral de uma sociedade doente e alienante (MELMAN, 2002, p. 67).

Na década de 60 a psiquiatria era muito criticada pelos conservadores que questionavam o saber medico psiquiátrico, para estes a loucura não podia ser considerada um doença, viam esta como um fato social e político. Entendia a doença mental como uma relação desastrosa da família sobre o individuo, representando a negligencia e a incapacidade de cuidar de membros “frágeis” no grupo familiar, estabelecendo assim a fase de culpabilização da família, aumentando ainda mais o sofrimento destas.

Hoje em dia a proposta de trabalho terapêutico se remete a um “processo de reconstrução das pessoas como atores sociais em suas múltiplas dimensões sociais” (MELMAN, 2002, p.59). Isso envolve um processo de transformação nas distintas esferas que sustentam a saúde mental e as relações de poder que articulam no manicômio.

O tratamento terapêutico envolve uma revisão no modelo medico ou psicológico que observa a causa e o efeito da doença, considerando o individuo em suas múltiplas convenções sociais. Esse modelo de tratamento expressa uma nova cultura de atribuir participação dos sujeitos com a liberdade, não se trata apenas de

recuperar a pessoa, mas de repensar novas possibilidades apesar “de”. MELMAN (2002, p.60) completa: “Isto significa entender que o valor do homem – que ele fosse doente ou não – estaria além das noções de saúde e da doença.”.

Neste sentido o investimento na pessoa, resultaria em procedimentos assertivos, do contrario continuaremos um isolamento contínuo e a reprodução de apropriação e alienação do homem.

O movimento de critica e reforma na psiquiatria trouxeram a tona uma nova realidade no contexto de saúde mental, onde novas teorias e praticas englobam uma pratica diferenciada que estimula a inclusão social e a responsabilidade para a família.

MELMAN (2002, p.61) ressalta:

As famílias se viram estimuladas e pressionadas a voltar a assumir a responsabilidade pelo cuidado de seus membros doentes. A presença do usuário na comunidade demandava a criação de dispositivos terapêuticos mais complexos e abrangentes de existência cotidiana dos pacientes psiquiátricos no espaço social.

O fechamento de alguns hospitais e a diminuição dos leitos transferiu um desafio para os profissionais de saúde mental, de incluir esses pacientes e lidar com essa situação com outros meios, novas posturas, uma nova pratica.

DOENÇA MENTAL E CIDADANIA

A historia do Brasil no tocante aos direitos dos cidadãos desenvolveu-se de forma lenta. O Estado criou e institucionalizou uma política previdenciária baseada no modelo do seguro social, não considerou seu dever de assegurar políticas sociais e se tornou um agente captador de recursos de vários segmentos das classes. MARSIGLIA,1996, p.17) pontua: “ Para que o indivíduo tivesse o direito, precisava ser “contribuinte”, criou-se o direito do “contribuinte” e não o direito do “cidadão””. No modelo de seguro social a exigência da contribuição garantia o acesso aos serviços, o que ocorria de forma desigual.

No período Imperial brasileiro a cidadania era abordada de maneira restrita, os cidadãos eram os donos de propriedade, tinham direitos civis. Os direitos

políticos se asseguram a parcela dos grandes proprietários, excluindo os pequenos e médios. Os direitos sociais nesse período protegiam apenas os servidores públicos militares, o restante da população, ficava entregue a filantropia, pois o Estado não se envolvia nas questões sociais.

No tocante aos doentes mentais, em 1852, institui-se a lei de assistência por influência da psiquiatria francesa, cuja intenção era manter afastado esse grupo do convívio social. Concomitante, criou-se o hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro, incentivando a política oficial de tutela e segregação do doente mental.

No período de Império podemos destacar:

Os únicos grupos aos quais se deviam oferecer alguma proteção eram os funcionários militares, dadas suas funções de preservação de Estado, e os grupos de doentes mentais, pelas dificuldades que poderiam representar para a vida em sociedade. (MARSIGLIA, 1996, p. 18-19)

Foi durante a primeira República, entre a proclamação e a revolução de 30 que começaram ocorrer algumas transformações. O direito civil no caso da escravidão não ocorreu plenamente, porém, estes já não eram mais vistos como instrumento de trabalho. Os direitos políticos foram ampliados com a Constituição de 1891 com o voto a “todos”, exceto analfabetos, mulheres, etc., a constituição dizia também que o Estado não deve interferir nas questões de regulamentação das profissões. As pessoas trabalhavam no conjunto de sociedade, com livre competição, no entanto houve maior proteção aos servidores públicos civis. Foi um período de algumas concessões aos trabalhadores, com lutas e criação de leis. Em 1923 foi criada a Caixa de Aposentadorias e Pensões, destinadas aos ferroviários, era a Lei de Elói Chaves.

MARSIGLIA, (1996, p. 20) pontua:

O Estado começou a lidar com as questões sociais fora do âmbito policial; no entanto, nesse momento o benefício devia depender da relação empregado/empregador, cabendo ao Estado apenas a sua regulamentação, sem nenhum compromisso de ordem financeira que assegurasse a existência do benefício.

Em relação ao doente mental, em 1890, ocorreu o desenvolvimento da tutela, com o serviço de Assistência Médica aos Alienados, e a criação de uma legislação que classificava o “louco” como prejudicial à população, a função desta lei era de controle sobre esse grupo, MARSIGLIA, (1996, p.21) destaca: “Artigo 5º, § 2

– que são absolutamente incapazes de exercer pessoalmente aos atos da vida civil, os loucos de todo gênero;”. Na primeira República o Estado nada fez para garantir os direitos sociais, mas intervinha nas questões relativas à doença mental.

Em 1930, houve modificações importantes na busca de igualdade, a ênfase era na educação e se estabelecia a legislação sindical e previdenciária. O direito do cidadão se pautava na questão profissional. MARSILGIA, (1996, p.22): “Existia o cidadão no indivíduo cuja ocupação fosse regulamentada, definida pela legislação trabalhista e com a contribuição definida pela previdência social [...]”. A carteira profissional caracterizava a pessoa cidadã.

Essa legislação garantiu a desigualdade na formação da cidadania entre diversos segmentos de classe, contudo, MARSIGLIA, (1996, p.23) ressalta: “E os doentes mentais, que nem trabalhadores eram? E doente mental não tinha direito ao trabalho, muito menos a profissão e menos ainda à cidadania;”.

O doente mental não era produtivo, nem tinha profissão regulamentada, não era visto como cidadão ficava, pois, sobre a tutela do Estado, excluído da vida social, varias leis foram criadas, sanatórios públicos e privados, no sentido de isolar o doente do convívio social, fragmentando seus direitos e anulando sua cidadania. “O doente mental [...] tornou-se importante instrumento de lucro para o setor privado, de prestação de serviços de saúde” (MARSIGLIA, 1996, p.26).

Percebemos os reflexos da cidadania atrelada aos direitos civis, políticos e sociais, e a deterioração da cidadania do doente mental, por não possuir “direito” e não ser produtivo. Na contemporaneidade o homem é um sujeito de direitos e deveres e dentro da Constituição este é visto com dignidade simplesmente por existir. Podemos então refletir a situação da pessoa com a patologia em relação à cidadania, no que se refere aos seus direitos, é preciso compreender que sua dignidade é fato por se tratar de uma pessoa e embora aja algum tipo de limitação psíquica não podemos anular seus direitos e deveres enquanto pessoa.

A sociedade é marcada por conceitos ligados à lógica de mercado e reproduz a necessidade de produção e consumo, esta, rotula a pessoa com transtorno mental e não consegue perceber a cidadania deste, justamente por conta da conjuntura do passado que criou valores e conceitos difíceis de desmistificar, pois até o Estado contribuiu para a segregação deste grupo e anulou a cidadania.

A família é responsável pela defesa da cidadania do portador de transtorno mental, ela mediatiza a relação que este deveria ter com o Estado. A

cidadania é construída no plano político e social, é uma luta e sofre transformações ao longo do processo, ROSA (2003, p. 332, apud Vasconcelos, 1997) pontua:

Neste sentido, a luta pela cidadania do PTM (portador de transtorno mental) se inscreve na luta pelos direitos da minoria, mas não só isso, pois, além dos clássicos direitos civis, políticos e sociais, postula-se a invenção de uma cidadania especial, que abarque a dimensão da subjetividade e da desrazão.

SAÚDE MENTAL, QUALIDADE DE VIDA E SERVIÇO SOCIAL

Segundo AMARANTE (2007, p. 15): “[...] saúde mental é um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde”.

A saúde mental abrange distintas áreas que fomentam saberes rumo a sua atuação, é um campo que não tem fronteiras. AMARANTE (2007, p. 16), ressalta: “Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais...”. O conceito de saúde segundo a Organização Mundial da Saúde, é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não é apenas a questão da ausência da doença, reflete a totalidade do indivíduo.

Saúde é direito universal garantido pelo Estado, ou seja, todos têm direito a saúde, no tocante à saúde mental, ROSA, 2003, p.57 pontua:

Os serviços de saúde mental de base comunitária ganham ênfase, a relação da família com o portador de transtorno mental é redimensionada no plano teórico e, na prática, com interveniência dos novos procedimentos terapêuticos.

Dentro do conceito de saúde ainda podemos destacar, vários outros aspectos:

Envolve, ainda, cuidados de vigilância sanitária e epidemiológica, atende as necessidades apresentadas pelas condições em que o trabalho é realizado e a distribuição de renda é feita. Pauta-se também o aspecto subjetivo-individual, considerando as expectativas pessoais e crenças pessoais, ainda que socialmente construídas. Traz, inserida na sua concepção homem-mundo, a idéia de coexistência, mais do que convivência, “existir com”,

repartir, apoiar, amparar. Saúde, a nosso ver é também coexistência e paz, respeito e cidadania. (BERTANI, 2007, p.21)

É importante salientarmos que saúde representa vida com qualidade. Atualmente o estado consumista e mecânico representam sinônimos de uma boa forma de viver e declaradamente dissimulam à idéia de que qualidade de vida se resume em padrões de beleza, formas físicas e bens materiais. Outro aspecto que acompanha essa lógica, é a medicação, que se tornou um instrumento de dominação cultural, auto-medicação é a busca para o alívio, BERTANI (2007, p.23) destaca: “[...] mesmo sem se conhecer a origem do mal, supõe-se conhecer a cura. A medicação surge, então, como um dos ícones da saúde do nosso tempo”.

Contudo, ao pensarmos em qualidade de vida, precisamos rever o conceito de saúde, e resgatarmos a importância de sua definição em nossa vida, talvez seja necessário vivermos de uma forma mais simples, focando os relacionamentos e estabelecendo atividades diárias que envolva menos articulação dos valores consumistas, até para que o adoecimento mental tenha índices reduzidos, ou ainda, para que possamos oferecer qualidade de vida ao doente mental.

Após a reforma psiquiátrica o Serviço Social obteve uma posição de destaque para criar projetos de intervenção; trabalhar a questão da qualidade de vida, com atenção domiciliar, projeto de trabalho e moradia, atenção psicossocial, além de possuir uma importante atividade de escuta para com as demandas imediatas, etc.

Segundo VASCOLCELOS (2002, p. 252):

O contato privilegiado com a família e a realidade social do usuário passou a expressar um novo potencial de trabalho ao ser realizado, em que o assistente social poderia mostrar para os outros profissionais e para a instituição dimensões da vida do usuário que antes não eram privilegiadas pela psiquiatria tradicional.

O projeto ético político do serviço social visa os direitos humanos, a consolidação da cidadania, a garantia de direitos civis e sociais, a democracia, a equidade e justiça social, a universalidade de acesso aos bens e serviços, entre outros. Dentro de seus princípios podemos destacar:

“Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças”. (LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA O SERVIÇO SOCIAL, 2006, p.39).

O preconceito é uma grande dificuldade tanto para a família quanto para o doente, ele se estabelece como um árbitro que limita o acesso ao tratamento e conseqüentemente contribui para a exclusão, gerando mais estigma e condenando ao isolamento o membro com a patologia.

A garantia de cidadania e inclusão social dessa demanda marginalizada socialmente, faz se emergente uma vez que muitos dos que sofrem com transtorno mental encontra-se em situação de vulnerabilidade e/ou risco social. Uma grande parcela dessa demanda residiu em clínicas psiquiátricas e tiveram seus vínculos familiares rompidos; esses pacientes foram cronificados e despersonalizados, tiveram sua identidade minimizada a repetição de praticas apreendidas e repetitivas, perderam completamente a noção de cidadania.

O serviço de atenção psicossocial diário serve de apoio para lhe dar com o estresse do cuidado com o usuário, facilitando a compreensão da família neste processo contínuo de tratamento, além de oportunizar a cidadania do paciente, que corresponde a um sujeito de direito e deveres, podendo ter autonomia no tocante a suas escolhas e agir conforme sua vontade.

7 MATERIAIS

Para realização da pesquisa foi utilizada várias fontes para levantamento bibliográfico como: livros específicos de saúde mental, saúde pública, cidadania, preconceito social e serviço social; biblioteca eletrônica; sites relacionados ao tema; revistas e a experiência de estágio na área da saúde mental.

8 MÉTODOS

O presente trabalho será desenvolvido através de pesquisa descritiva de nível exploratório. Utilizaremos de pesquisa bibliográfica e documental, na qual buscaremos o assunto sobre doença mental, família, os diferentes tipos de tratamento e a importância do Serviço Social em livros, revistas, documentos eletrônicos e folhetos.

9 RESULTADOS

- A família é o suporte do ser humano, é ela que contribui para sua formação biopsicossocial, ela alimenta as relações com amor, acolhimento, cuidados; estabelece relação com a nossa qualidade de vida. A qualidade de vida implica em saúde, isso envolve a totalidade do indivíduo, não se trata apenas de ausência de doença, é o bem estar físico, mental e social; dentro desse contexto, os relacionamentos contribuem muito para prevenir e amenizar crises e transtornos mentais, neles ocorre à expressão do sentir, falar, pensar, as necessidades mais profundas como a de amar e ser amado, são supridas. Nestas relações, principalmente, iniciada com a mãe, as pessoas se sentem fortalecidas e conseguem lidar melhor com as intempéries da vida;

- Família se conceitua nas relações afetivas, nas relações de amor e cuidado em que o homem necessita para viver, ela estabelece um elo para que o indivíduo passe a viver socialmente.

- Podemos considerar que as causas do transtorno mental estão relacionadas aos fatores biopsicosociais, contudo, seus efeitos são diretamente sociais, pois interferem no comportamento e nas reações que a sociedade e a ordem moral repudiam e principalmente nos relacionamentos com familiares e

amigos ou mesmo no rompimento destes, desencadeando uma série de fatores que estigmatizam e geram rupturas afetivas.

- O tratamento da doença mental deve começar dentro de casa, com o envolvimento familiar, para que todos desmistifiquem conceitos e consigam acolher o membro com a patologia, entendendo este como sujeito de direitos e deveres, sendo assim sujeito de sua própria história; a família propicia o espaço de cuidados que abrange sentimentos de pertença, aceitação e favorece para que o indivíduo sintá-se amado apesar “de”, contribuindo para reinserção social e qualidade de vida, no sentido de amenizar sofrimentos e prevenir doenças;

- O preconceito segue uma trajetória histórica, está articulado com os padrões de moral. Tem caráter cultural, pois nossa sociedade contemporânea ainda reproduz o estigma da “loucura”, interpretando a idéia de que o “louco” tem que ficar isolado, não pode viver em sociedade. Dentro de uma política de saúde mental, o grande objetivo, é a inclusão social, expressamos cidadania enxergando “a pessoa”, rompendo com estigmas que reproduzem a própria lógica do sistema capitalista e desencadeando novas formas de agir no tocante a prevenção e promoção de saúde; entretanto, evidenciamos que a cidadania é construída no plano político e social, é uma luta e sofre transformações ao longo do processo, requer a participação de profissionais, sociedade, Estado e principalmente da família.

10 DISCUSSÃO

Diante da pesquisa realizada e após amostra de resultados, evidenciamos que a qualidade de vida tem o papel de amenizar crises, transtornos mentais e atua no aspecto preventivo, no que diz respeito à doença. A família em todo seu processo de transformação se mantém como um conjunto de afetividades que fortalece e estrutura da pessoa, dentro de um parâmetro de qualidade de vida, a família se estabelece como participante do processo de reinserção social e transformação social. A qualidade de vida é saúde, se desponha nos processos de

inclusão social e cidadania do homem, principalmente, quando este vence os obstáculos dos estigmas sociais e supera o preconceito social e moralmente constituído.

11 CONCLUSÃO

A família contemporânea mudou e ainda sofre mudanças, contudo seu papel de representar pertencimento, amor, cuidado, agrega características universais e intransferíveis. Podemos constatar que somos seres com necessidades biopsicossociais e a família consegue permear toda essa relação.

Quando um membro da família adocece mentalmente, a família enfrenta preconceitos sociais e carrega consigo estigmas que ela própria sustenta, ao deparar com essa realidade, muitos acreditam que a melhor solução é o isolamento. Entretanto, neste estágio é possível refletirmos nas relações que sustentamos e o quanto nos dedicamos a elas, poderíamos chegar à conclusão que essa anulação é uma expressão do cotidiano de muitos lares que produzem e reproduzem a vida social marcada por trabalho, correria, falta de tempo, estresse, manipulação da mídia, valores de mercado, violência, entre outros.

O que presenciamos atualmente, principalmente por conta do sistema capitalista é o esfriamento das relações e conseqüentemente, a ausência de olhar para o outro, de atender as necessidades de pertença, de amor. A família neste contexto carrega a fragmentação das relações, para tanto os cuidados em torno da pessoa com a patologia se tornaram fragilizados também. Além disso, há um contexto histórico marcante de que a loucura é problema da família que não soube cuidar e ainda é considerado um problema moral.

O adoecimento mental tem várias causas e determinações psicológicas, biológicas e sociais, incluindo a necessidade de cuidados para o resto da vida, a família neste caso precisa aprender a desenvolver atitudes de acolhimento e acompanhamento para criar subsídios que os faça viver com qualidade de vida; neste aspecto todas as questões que permeia a patologia devem ser consideradas, principalmente a atuação de profissionais, que articulam com a família, entre eles: médicos, psicólogos, assistente sociais, terapeutas ocupacionais.

O transtorno mental é um reflexo da experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social, por isso, é necessário um tratamento adequado, que valoriza o ser humano e que resgate sua autonomia com possibilidades de exercer atividades de vida diária e prática, considerando, contudo, a família em todo esse contexto.

Esclarecemos que os relacionamentos muito contribuem para evitar problemas mentais e auxiliam também para a superação de crises no cotidiano daquele que já está mentalmente adoecido. A família se faz necessária nos tratamentos de transtorno mental, diferentemente das teorias do passado, esta não pode ser anulada do processo, na verdade ela é parte fundamental do processo.

Muitas vezes as experiências do doente com seus familiares foram desastrosas, porém, tratamentos terapêuticos podem ajudar a reconstruir um novo relacionamento e novas perspectivas de vida para todos.

O modelo terapêutico atual articula a causa e efeito da doença, considerando o paciente na sua totalidade, preocupando-se em valorizar a pessoa, entendendo este como ser humano antes mesmo da patologia.

O conceito de saúde compreende o bem estar físico, mental e social, dentro dessa perspectiva a saúde mental se insere, com novas alternativas que articulam na participação familiar retratando novas formas de agir, resgatando o papel da família e reconstruindo novas relações, novas possibilidades de interação social.

Resgatar a autonomia da pessoa com transtorno mental é também lhe atribuir cidadania, que em linhas gerais representa sua atuação no meio social com direitos e deveres, além da garantir a liberdade, efetivando os direitos civis. Todos esses direitos se deterioraram com o modelo psiquiátrico do passado, a sociedade e a família, enxergavam o “louco”, como um “alienado”, portanto condenado ao isolamento, essa segregação deixou marcas que apagaram a cidadania dessa população.

Dentro do modelo de atenção psicossocial as estratégias de inclusão social, através dos Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais Dia, as cooperativas de trabalho e residências para ex-pacientes do hospital, as formas de participação e produção social, com grupos musicais ou de teatro e oficina de trabalho contribuem para a transformação e reinserção social dessa demanda.

Concluimos que a família se insere como suporte de apoio, acolhimento e amor àquele que mentalmente adocece e precisa compreender que seu papel pode ser imprescindível para a evolução do tratamento daquele com diagnóstico de transtorno mental e na promoção de saúde e prevenção de doenças mentais aos outros membros da família. A sociedade também é fundamental para garantir o desenvolvimento deste ser humano com transtorno mental, sendo que seu papel poderá resgatar a cidadania ou estigmatizar o paciente como “louco”.

12 REFERÊNCIAS

ACOSTA, R. A. Et.al. **Família: Redes, Laços e Políticas Públicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

AMARANTE P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BERTANI, F.I.; REZENDE, M.R. **Conversas interessantes sobre saúde: Programa de Extensão QUAVISSS**. Franca: UNESP-FHDSS, 2007.

Classificação de transtornos mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CARRAPATO, J.F.L.; CHAVES, E.M.S. Emergência Psiquiátrica: uma necessidade social? **Construindo o Serviço Social**. Bauru: Edite nº. 17, p.167-180, 2006.

DOENÇA MENTAL. Disponível em: < www.psicose.com.br/psi/esquizofrenia.htm>. Acesso em: 19 nov. 2007.

MARISLIA, R.G. Et.al.: **Saúde Mental e Cidadania**. Ed. 2, São Paulo: Mandacaru, 1996.

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

D'INCAO, A. M. **Doença mental e sociedade**: uma dimensão interdisciplinar. Rio de Janeiro: Grall, 1992.

FANTAZIA, M.M. Saúde mental e questão social. **Construindo o Serviço Social**. Bauru: Edite nº. 17, p.149-166, 2006.

GLASSER, W. **Saúde mental ou doença mental?** : a psiquiatria ao alcance de todos. Rio de Janeiro: Record, 1960.

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA O SERVIÇO SOCIAL: Coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social. 2. ed., São Paulo, 2006.

BRASIL, **Ministério da Saúde:** Legislação em saúde mental. Ed. 5, Brasília-DF, 2004.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado com a família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SOUZA N.M.A. **A família e seu espaço: uma abordagem de terapia familiar**. Ed. 2. Rio de Janeiro: Agir, 1997.

VASCONCELOS M. E. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Ed.2. São Paulo: Cortez, 2002.

13 CRONOGRAMA

ATIVIDADES / PERÍODOS	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	Mar
1 Levantamento de literatura	X	X	X	X	X	X		
2 Montagem do Projeto		X						
3 Elaboração do Relatório Final				X	X	X		
4 Revisão do texto							X	
5 Entrega do trabalho								X

14 ESQUEMA DE TRABALHO

1. INTRODUÇÃO

2. FAMÍLIA E SOCIEDADE

3. DETERMINANTES DA DOENÇA MENTAL

3.1 Conceitos

3.2 Tratamento das doenças mentais

4. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE MENTAL

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS