



Universidade
Estadual da
Paraíba



Centro de
Estudos,
Pesquisa e
Extensão em
Logoterapia e
Imaginário



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESPECIALIZAÇÃO EM LOGOTERAPIA E SAÚDE DA FAMÍLIA

JOEL LIMA JÚNIOR

(RE)CONECTANDO PONTOS E AMPLIANDO LAÇOS:

uma discussão acerca de relações familiares perpassadas pelo transtorno mental à luz da
Logoterapia

CAMPINA GRANDE-PB

2023

JOEL LIMA JÚNIOR

(RE)CONECTANDO PONTOS E AMPLIANDO LAÇOS:

uma discussão acerca de relações familiares perpassadas pelo transtorno mental à luz da
Logoterapia

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Logoterapia e Saúde da Família, do Centro Paraibano de Estudos do Imaginário, em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Logoterapia e Saúde da Família.

Área de concentração: Tratamento e Prevenção Psicológica

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde e Qualidade de Vida

Orientador: Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião.

CAMPINA GRANDE-PB

2023

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732r Lima Júnior, Joel.

(Re)conectando pontos e ampliando laços [manuscrito] : uma discussão acerca de relações familiares perpassadas pelo transtorno mental à luz da Logoterapia / Joel Lima Júnior. - 2023.

21 p.

Digitado.

Monografia (Especialização em Logoterapia e Saúde da Família) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião, Departamento de Psicologia - CCBS. "

1. Logoterapia. 2. Transtorno mental. 3. Relações familiares. 4. Centro de Atenção Psicossocial. I. Título

21. ed. CDD 158.24

JOEL LIMA JUNIOR

(RE)CONECTANDO PONTOS E AMPLIANDO LAÇOS: UMA DISCUSSÃO
ACERCA DE RELAÇÕES FAMILIARES PERPASSADAS PELO
TRANSTORNO MENTAL À LUZ DA LOGOTERAPIA

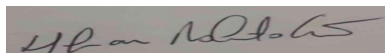
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Logoterapia e Saúde da Família, do Centro Paraibano de Estudos do Imaginário, em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Logoterapia e Saúde da Família.

Área de concentração: Tratamento e Prevenção Psicológica

Linha de pesquisa: Promoção à Saúde e Qualidade de Vida.

Aprovada em: 15/04/2023

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Wilmar Roberto Gaião (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba



Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio
Universidade Federal de Campina Grande



Prof. Dra. Thaís Augusta Cunha de Oliveira Máximo
Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	05
2 MÉTODO	06
2.1 Aspectos éticos	06
2.2 Tipo de estudo	07
2.3 Local da pesquisa	07
2.4 Participantes	07
2.5 Instrumentos	08
2.6 Procedimentos de coleta de dados	08
2.7 Procedimentos de análise de dados	08
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	09
3.1 O INÍCIO DO TRANSTORNO MENTAL	09
3.2 LIDANDO COM SITUAÇÕES ADVERSAS	11
3.2.1 A Resiliência frente ao Sofrimento	14
3.3 O TRATAMENTO DADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	19
APÊNDICE A: Roteiro de entrevista semiestruturado.....	21

(RE)CONECTANDO PONTOS E AMPLIANDO LAÇOS:

uma discussão acerca de relações familiares perpassadas pelo transtorno mental à luz da Logoterapia

JOEL LIMA JÚNIOR¹

RESUMO

Diante dos avanços advindos com o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, a instituição familiar se tornou protagonista nas discussões sobre saúde mental. Logo, a diminuição do internamento asilar teve como consequência maior responsabilização da família frente ao cuidado do familiar com transtorno mental. Tendo como fundamento a Logoterapia, este artigo teve como objetivo identificar como pais e mães de pessoas com transtorno mental lidam com esse contexto de cuidado. Utilizou-se, no estudo de campo, um roteiro de entrevista semiestruturado. Foram entrevistados 16 colaboradores, sendo 2 pais e 14 mães com idades entre 45 e 78 anos. Mediante análise dos dados a partir da proposta de Análise de Conteúdo, observou-se que as relações estabelecidas diariamente entre o familiar cuidador e a pessoa com transtorno mental são tensas, frequentemente perpassadas por situações de violência verbal e física. Tal situação comumente reforça um estereótipo negativo do sujeito que sofre mentalmente: um ser irascível e violento; logo, não merecedor de confiança. Consequentemente, abre-se espaço para maior segregação e para a ideia de que o tratamento asilar e medicamentoso é o meio mais viável de lidar com esse sujeito, podendo acarretar, ainda, significativo distanciamento afetivo por parte dos familiares. Por mais que promovam uma atenção diferenciada, os CAPS ainda não conseguem abarcar a realidade de todos que sofrem com transtornos mentais. Dar voz ao cuidador familiar e promover situações de psico-higiene são medidas necessárias para a reconstrução da assistência em saúde mental. Compreende-se que o diálogo, a informação e o acolhimento dos envolvidos são fundamentais no processo de mudança dessas relações familiares e de cuidado.

Palavras-Chave: Logoterapia; Transtorno mental; Relações familiares; Centro de Atenção Psicossocial.

(RE)CONNECTING DOTS AND EXPANDING BONDS:

a discussion about family relationships permeated by mental disorder in the light of Logotherapy

ABSTRACT

In light of the advances brought about by the Psychiatric Reform Movement in Brazil, the family institution has become a protagonist in discussions about mental health.

¹ Aluno do Curso de Especialização em Logoterapia e Saúde da Família do Centro Paraibano de Estudos do Imaginário - CEPESI e da Universidade Estadual da Paraíba - Campus I.
E-mail: joellijr@yahoo.com.br

Therefore, the reduction of hospitalization had as a consequence a greater responsibility of the family in the care of the family member with mental disorders. Having Logotherapy as a foundation, this article aimed to identify how parents of people with mental disorders deal with this context of care. A semi-structured interview script was used in the field study. Sixteen collaborators were interviewed, two fathers and fourteen mothers, aged between 45 and 78 years. Through data analysis based on the proposal of Content Analysis, it was observed that the daily relationships established between the family caregiver and the person with mental disorder are tense, often permeated by situations of verbal and physical violence. Such situation commonly reinforces a negative stereotype of the subject who suffers mentally: an irascible and violent being; therefore, not trustworthy. Consequently, there is room for more segregation and the idea that asylum and drug treatment are the most viable means of dealing with this subject, which can also lead to significant affective distancing on the part of family members. As much as they promote a differentiated attention, the CAPS still cannot encompass the reality of all those who suffer from mental disorders. Giving voice to the family caregiver and promoting psycho-hygiene situations are necessary measures for the reconstruction of mental health care. It is understood that the dialogue, the information, and the welcoming of those involved are fundamental in the process of changing these family and care relationships.

Keywords: Logotherapy; Mental disorder; Family relationships; Psychosocial Care Center.

1. INTRODUÇÃO

A instituição familiar é considerada por muitos teóricos como o grupo mais importante no desenvolvimento do sujeito, tendo em vista sua força na constituição e na vida de cada pessoa. Diante disso, há um grande interesse de áreas como a Psicologia, a Sociologia e a Filosofia pelo campo familiar.

Etimologicamente, o termo família vem do latim *famulus*, que originalmente significava um conjunto de pessoas ligadas por consanguinidade, além de servos e protegidos dentro da prática comum de um ofício (PRADO, 2013; ARIÈS, 1981).

Atualmente, compreende-se família como uma “comunidade formada por indivíduos que são ou que se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou vontade expressa, independente da orientação sexual” (BRASIL, 2011, p.16). A partir desse conceito, percebe-se a pluralidade existente dentro da concepção de família, apresentando cada modelo características próprias, fundamentadas em sua

história, bem como seus valores, sendo estas variáveis fundamentais para a compreensão da dinâmica de funcionamento de cada núcleo familiar.

No tocante ao transtorno mental, outro pilar que sustenta as discussões do presente artigo, percebe-se nos dias atuais uma visão mais humanizada, por parte do saber médico, sobre as pessoas que vivenciam os diversos níveis de sofrimento psíquico. O surgimento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como alternativa para o acolhimento de pessoas com transtorno mental, bem como para o suporte de seus familiares, marcou um olhar focado no sujeito que sofre e não apenas no seu diagnóstico, como pressupunham as diversas práticas de cuidado no passado (BRASIL, 2004).

De acordo com Moreno e Alencastre (2003), a instituição familiar está cada vez mais ocupando um espaço de destaque nas discussões acerca de políticas públicas no âmbito da saúde mental. No entanto, quando a dinâmica familiar é perpassada pelo transtorno mental, percebe-se uma complexidade ainda maior no campo das relações daqueles que compõem o núcleo familiar. Tal complexidade pode imprimir no dia a dia das famílias uma gama de dificuldades, trazendo, assim, sérias complicações para os relacionamentos familiares. Sabe-se que as discussões acerca dos transtornos mentais ainda são insuficientes; em termos sociais, geralmente, o contato com a pessoa que possui transtorno mental é carregado de representações capazes de rotular negativamente o sujeito adoecido mentalmente, bem como sua família. Essas representações distanciam cada vez mais as pessoas desse núcleo, inviabilizando, na maioria das vezes, a possibilidade de se compreenderem melhor.

Além da literatura dos autores da Psicologia e de áreas afins, ressalta-se neste estudo o olhar da Logoterapia, considerada a Terceira Escola Vienense de Psicoterapia, idealizada pelo psiquiatra e neurologista austríaco Viktor Emil Frankl. A Logoterapia também norteará as discussões frente à seguinte pergunta de partida: como pais e mães de pessoas que vivenciam o transtorno mental lidam com esse contexto de cuidado?

Diante dessa questão, o presente estudo de campo mostra sua relevância ao buscar aprofundar uma discussão ainda tida como tabu para a maioria das pessoas e

geralmente negligenciada pela sociedade. Parte-se do seguinte objetivo geral: identificar como pais e mães de pessoas com transtorno mental lidam com este contexto de cuidado. Tem-se como objetivos específicos: verificar o que pais e mães compreendem sobre o transtorno mental de seu(sua) filho(a); discutir sobre as possíveis dificuldades advindas deste relacionamento; identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pais e mães para lidarem com as possíveis adversidades advindas da relação com a pessoa com transtorno mental.

2. MÉTODO

2.1 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), respeitando todas as etapas relativas aos procedimentos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos.

Ressalta-se que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) só foi assinado após os esclarecimentos de todas as dúvidas que surgiram diante da leitura feita para os colaboradores. Cada entrevistado recebeu uma cópia do TCLE e do Termo de Consentimento de Gravação de Áudio. Sendo assim, os colaboradores estavam cientes dos riscos e benefícios do estudo, assim como de que sua participação era voluntária e que poderiam retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhuma implicação para a pesquisa.

2.2 Tipo de estudo

De acordo com Gil (2002), o presente estudo qualitativo se caracteriza como descritivo e exploratório. Os estudos descritivos têm como meta o delineamento das principais características da população ou fenômeno estudado. Por exploratórios, compreende-se os estudos que objetivam se aproximar mais do problema estudado, deixando-o mais explícito.

2.3 Local da pesquisa

O presente estudo teve como universo da pesquisa dois CAPS (unidade A e unidade B), localizados na região metropolitana de Natal (RN).

2.4 Participantes

O número total de participantes da pesquisa ($N = 125$) foi obtido por meio do cálculo amostral proporcional estratificado, definindo $N = 70$ para unidade A e $N = 55$ para unidade B. Foram utilizados como critérios de inclusão dos participantes: ser maior de idade, desempenhar a função de cuidador familiar e ser o responsável legal pelo familiar que possui transtorno mental.

Para o presente artigo, foram utilizadas apenas as categorias pai e mãe, compreendendo um total de 16 colaboradores entrevistados, sendo 2 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, com idades entre 45 e 78 anos.

Ainda a respeito dos participantes, observou-se no tocante à religião: 8 disseram ser católicos e 8 evangélicos. Estado civil: 2 solteiros(as), 7 casados(as), 2 divorciados(as) e 5 viúvos(as). Escolaridade: 10 possuíam o Ensino Fundamental incompleto, 2 o Ensino Médio incompleto, 2 o Ensino Superior completo e 2 informaram que não foram alfabetizados. Por fim, a renda familiar dos colaboradores ficou entre 1 e 5 salários mínimos.

2.5 Instrumentos

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado, composto de dados sociodemográficos e de 12 perguntas que objetivaram a investigação acerca do cotidiano dos colaboradores da pesquisa e da pessoa com transtorno mental (APÊNDICE A).

2.6 Procedimentos de coleta dos dados

Após a liberação da coleta de dados pela secretaria Municipal de Saúde de Natal (RN), bem como o recebimento do parecer final do Comitê de Ética e Pesquisa, o pesquisador responsável foi convidado pelas coordenadoras das unidades A e B para participar da reunião de família, realizada mensalmente nas referidas unidades.

No início da reunião, o pesquisador responsável foi apresentado pelas coordenadoras, tendo a possibilidade de apresentar seu estudo, os objetivos, os possíveis riscos, os benefícios, bem como o caráter voluntário da participação no estudo.

Ao término da reunião, os familiares que desejaram colaborar com o presente estudo forneceram seus respectivos contatos telefônicos, visando à criação de um cronograma de coleta de dados. Para que nenhum ônus fosse gerado ao colaborador pela participação no presente estudo, optou-se por coletar dados quando o participante comparecia às unidades para acompanhar seu parente no atendimento médico e para reunião familiar. As entrevistas, gravadas com autorização prévia do colaborador, foram realizadas em uma sala de atendimento disponibilizada pela coordenação das unidades.

2.7 Procedimentos de análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a proposta de Análise de Conteúdo (DEMARTINI, 1988). De acordo com a referida proposta, inicialmente foi transcrito integralmente todo o conteúdo gravado, sem fazer cortes por assunto. O processo de transcrição foi feito pelo próprio entrevistador, na tentativa de fazer o discurso escrito ser o mais fiel possível ao discurso falado.

Passou-se, então, para uma nova etapa do trabalho, na qual o pesquisador começou a trabalhar com o material escrito, que lhe exigiu novas atenções. Ainda segundo Demartini (1988, p. 64),

A dialética entre os dois tipos de registros - escrito e oral - parece existir durante toda a pesquisa. O pesquisador, mesmo ao trabalhar apenas com material escrito, está constantemente utilizando as imagens que ele próprio registrou em sua mente, e que, embora às vezes incompletas, lhe permitem estabelecer a todo momento a ligação entre uma informação particular dada por um informante e o contexto todo do qual ela foi tirada.

Após a transcrição, o material coletado foi cuidadosamente lido, tendo sempre em mente os objetivos do estudo. Passou-se, então, para uma nova etapa do trabalho: o fichamento, recortes e agrupamentos das informações segundo temas e subtemas. Já a análise final do material se deu quando o conjunto das informações coletadas, fichadas e agrupadas por temas começou a ser visto em suas especificidades, em suas semelhanças e diferenças.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise de cada entrevista, segundo preconiza Demartini (1988), o conteúdo foi organizado em quatro categorias, conforme pode ser observado a seguir. Sendo assim, neste item, serão apresentadas as sequências discursivas que compreendem os fragmentos daquilo que foi relatado em cada entrevista.

3.1 O INÍCIO DO TRANSTORNO MENTAL

O surgimento do transtorno mental ou de qualquer outra patologia, no seio familiar, geralmente vem acompanhado de uma gama de fatores capazes de provocar medo e insegurança em todos os envolvidos. De acordo com Amaral (2022), tal impacto pode afetar de forma tão profunda a estabilidade do grupo que será necessária a vivência de um ciclo adaptativo² visando à retomada do equilíbrio perdido frente à má notícia.

A partir das análises das entrevistas, evidenciou-se que o início do relacionamento com aquilo que será posteriormente denominado transtorno mental acontece de uma forma muito particular para cada entrevistado(a), como pode ser observado nas sequências discursivas:

Ele foi espancado barbaramente por três policiais, depois disso desenvolveu esquizofrenia. (E05 - MÃE – 55 ANOS)³

Tive muito aborrecimento na gestação, ele foi puxado a ferro. Desde criança é diferente dos outros, nunca gostou de brincar como as outras crianças. (E03 - MÃE – 77 ANOS)

Desde criança ele é diferente, muita gente dizia para eu levar ao médico, mas acho que o uso de drogas foi o que piorou a situação dele. (E08 - PAI – 67 ANOS)

Ela tinha 16 anos quando isso começou. Foi dormir boazinha e quando acordou já estava diferente, com medo de tudo. Aí começou a primeira crise. (E06 - MÃE - 51 ANOS)

Fatores externos, problemas no parto e dificuldades na infância são alguns dos elementos apresentados pelos entrevistados para justificar o início do que

² De acordo com a autora, o ciclo compreende as seguintes fases: choque, expressões contraditórias de sentimentos, negação da realidade, raiva, tristeza, reequilíbrio e, por fim, reorganização psíquica.

³ Visando manter o anonimato dos colaboradores, foi atribuído um número a cada entrevista, seguido da categoria parental (pai ou mãe) e suas respectivas idades.

posteriormente foi compreendido como transtorno mental. É interessante ressaltar que o adoecimento, para a maior parte dos entrevistados, não é percebido como um processo construído ao longo do desenvolvimento do sujeito. Acreditam na existência de algo pontual como a principal causa do surgimento do adoecimento psíquico de seus familiares. Somente a E06 não conseguiu visualizar um momento disparador associado ao início da crise.

As mudanças no comportamento da pessoa que adoecer acabou imprimindo no núcleo familiar uma rotina diferenciada. Trata-se de uma situação que não estava nos planos das pessoas que compõem o grupo familiar e que, paulatinamente, vai definindo novos contornos para o relacionamento desse grupo, novas expectativas acerca daquilo que se pode esperar de cada um, confrontando os cuidadores familiares com o binômio liberdade/responsabilidade (FRANKL, 2020). As exigências do dia a dia acabam delimitando os passos daqueles que se percebem como cuidadores familiares, imputando-os responsabilidades que vão além do que se tinha como expectativa.

Ressalta-se que, independente da origem ou do nome que posteriormente será atribuído àquele conjunto de comportamentos, o tratamento atual, amplamente discutido com a Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirada nos trabalhos de Franco Basaglia, na Itália, surgiu para mudar a hegemonia da perspectiva hospitalocêntrica, com a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, promovendo um novo modelo de atenção psicossocial. Além de evidenciar o papel da família como protagonista no contexto de cuidado, orienta ainda que qualquer diagnóstico não deverá ser usado para apagar a subjetividade do sujeito que adoecer (CLEMENTINO et al., 2019).

3.2 LIDANDO COM AS SITUAÇÕES ADVERSAS DO DIA A DIA

O convívio diário com a pessoa que possui transtorno mental foi descrito pelos cuidadores familiares como um momento complexo e tenso para todos os envolvidos, conforme pode ser observado nas sequências discursivas:

Depois que a mãe dele morreu, minha vida com ele ficou muito complicada. Nem onde eu moro ele pode saber, senão vem fazer barraco aqui na porta [...] ele adora um escândalo. Se algum dia ele descobrir onde eu moro, acabou minha vida. Cuido dele à distância,

pago a comida, o aluguel, dou de tudo, mas não quero contato. (E01 - PAI - 78 ANOS)

Aqui em casa, todo mundo fica nervoso com ele. Já me deu um bofetão que passei quinze dias com as costelas doendo. Só não bateu no pai dele ainda porque ele reage. (E02 - MÃE - 67 ANOS)

Fico com medo quando ele está em casa, guardo todas as facas. Quando saio, deixo ele na rua, em casa ele sempre arruma confusão. Só consigo dormir quando tranco a porta do meu quarto. (E03 - MÃE - 77 ANOS)

Quando ele fica agitado chama nome comigo e com a mãe dele. Diz que queria a nossa morte. Tem dia que ele trata a gente bem, no dia que está alterado, fica agressivo. (E08 - PAI - 67 ANOS)

O pai dele tem medo dele, eu não [enfático]. Tudo que ele quer o pai faz. Meu esposo só vive na rua, chega em casa muito tarde, fica bebendo de bar em bar. Ele foge do filho. (E14 - MÃE - 65 ANOS)

Diante do que foi apresentado acima, as agressões físicas e verbais se fazem presentes no cotidiano do cuidador familiar. Praticamente todos relatam medo e/ou preocupação com sua integridade física, tendo em vista o comportamento do(a) filho(a) com transtorno mental. O medo reforça ainda mais o estereótipo negativo que acompanha àquele que sofre psicicamente, construído ao longo de vários séculos, conforme relata Foucault (2019): um ser irascível, que tem muita força, capaz de atacar a qualquer momento; logo, não merecedor de confiança. Diante disso, a família tende a se sentir segura apenas quando se afasta fisicamente do familiar com transtorno mental.

Dependendo da complexidade do conflito vivenciado, medidas ainda mais contundentes são tomadas, a exemplo do que relata E09 na sequência discursiva:

Eu tenho outra filha com o mesmo problema [...] ela é mais medonha do que ele, tem uma força [enfático]. O dia que ela não quer, eu nem chego perto. Eu já apanhei dela, quase todo mundo aqui já apanhou. O quartinho dela fica no quintal (E09 - MÃE - 67 ANOS).

Esse cenário de insegurança e medo reforça a segregação. Foi possível observar no discurso de alguns entrevistados a existência do "lugar do louco" dentro de casa. Quando o quarto não era situado no quintal, alguns cuidadores familiares colocaram grades na porta do quarto desse familiar específico, justificando que só assim conseguiam dormir tranquilamente. O risco é real, no entanto, torna-se necessário refletir: até que ponto toda a estrutura que já se tem montada para lidar com o sujeito adoecido psicicamente não pode se tornar, em algum momento, um elemento capaz de

reforçar as crises?

Diante desse contexto, Lukas (1990) afirma que o familiar cuidador precisa também ser orientado, por parte da equipe de saúde, a novas formas de lidar com a pessoa adoecida, uma vez que acaba passando muito mais tempo em contato com ela do que o próprio profissional de saúde. Por outro lado, ao dizer que o “neurótico neurotiza seu ambiente” (p. 106), a autora alerta para uma possibilidade de adoecimento que vai muito além das relações estabelecidas entre a pessoa com transtorno mental e seu cuidador familiar. Tal situação, percebida pelo viés sistêmico, apontaria ainda para a possibilidade da pessoa adoecida ser a porta-voz, em algum momento, de um contexto previamente adoecido. No entanto, a autora salienta que, por maior que possa ser a influência do meio, “sempre haverá espaço livre para decisões pessoais” (p.107), relativizando a ideia de culpa, frequentemente relatada pelo cuidador familiar diante do contexto de cuidado com a pessoa com transtorno mental.

Paralelo a isso, percebe-se que variáveis como medo, sentimento de insegurança, mágoas, bem como a desesperança frente ao prognóstico do tratamento do sujeito com transtorno mental, imprimem contornos bem evidentes no que concerne ao cuidado oferecido ao familiar. Logo, questionamentos acerca do sentido da vida que se tem com aquele familiar se torna algo corriqueiro para o cuidador. Para Frankl (2016), o processo de descoberta do sentido exige do cuidador familiar a compreensão do seu momento vivenciado, uma vez que esse processo o convoca para uma tomada de decisões frente à sua própria existência. Isso pode ser observado na sequência discursiva:

Eu tenho responsabilidade por ele. Ao longo de todo esse tempo, estou desgastado, não consigo mais ter carinho, nem amizade [...] Eu digo com sinceridade, tenho compromisso, não carinho de pai, ele só me dá desgosto (E01 - PAI - 78 ANOS)

O desgaste advindo dos conflitos diários acaba promovendo um afastamento afetivo entre o cuidador familiar e a pessoa com transtorno mental, fazendo muitas vezes que apenas o senso de responsabilidade se torne o elo que os unem. Observa-se que esse é um valor atitudinal do pai (E01) em relação ao contexto que vivencia com seu filho.

Para Frankl (1991), a realização do sentido da vida ocorre por meio da concretização dos valores: criativos (trabalho e nossas ações), atitudinais (posição assumida frente ao sofrimento inevitável) e vivenciais (experiências vivenciadas com terceiros). Frente a um cuidado muitas vezes percebido como vazio, por parte dos cuidadores familiares, pode-se observar um constante apelo para o que cada um decidirá ser, diante de um contexto imutável. Apesar dos conflitos, do medo e da relação desgastada, E01 decidiu assumir sua responsabilidade frente ao papel que a vida lhe confiou, dizendo sim ao seu destino, apesar de todas as adversidades.

Frente aos dados coletados, percebeu-se que pais e mães, na maioria das vezes, não entendem a doença de seu(sua) filho(a), e a falta de suporte familiar, bem como profissional, torna essa vivência ainda mais adoecedora. Segundo Lukas (1990), a falta de otimismo, que também pode ser compreendida como sentimento de desesperança, muitas vezes impresso no cuidado oferecido ao familiar com transtorno mental, pode em algum momento provocar apreensões, inseguranças, bloqueios e conseqüentemente a construção de uma autoimagem limitada.

3.2.1 A Resiliência frente ao Sofrimento

Segundo Moreira e Holanda (2010), o conceito de resiliência é compreendido como a capacidade de se enfrentar situações adversas e sair fortalecido pelas experiências vivenciadas, apresentando uma adaptação positiva como resposta às adversidades. A esse respeito, Fernandes, Fernandes e Castro (2020) afirmam que a resiliência familiar é de suma importância, uma vez que, ao promover a superação de situações adversas, pode ter como resultado o bem-estar familiar. Ressaltam ainda que cada sujeito reage às adversidades de forma peculiar, dependendo, assim, das suas experiências individuais.

Diante da análise dos dados, percebe-se uma "luta" solitária para a maioria das mães cuidadoras. Muitas vezes, existe um companheiro que não representou, necessariamente, uma divisão justa das atribuições frente ao cuidado do(a) filho(a) com transtorno mental. Isso exige a construção de uma narrativa que permita a convivência

com a realidade que se delineia diante dela, como pode ser observado nas sequências discursivas:

Quando ela está assim [em crise], eu converso com ela [...] o pai não é de conversar. Eu sento no chão para conversar com ela até ela se acalmar. (E06 - MÃE – 51 ANOS)

Meu relacionamento com ele é bom. Mãe não tem relacionamento ruim com filho. Ele é trabalhoso, mas é um menino de natureza boa, nunca foi agressivo comigo, só me grita às vezes (E12 - MÃE - 75 ANOS)

A maior participação da mulher frente ao cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental, observado no presente estudo, é corroborada em outros trabalhos (KANTORSKI, L.P. et al., 2019; BARONIO; GEIGER, 2018; PASSOS, R. G., 2017) onde mães, esposas e irmãs relatam que assumiram quase que compulsoriamente a tarefa de cuidar das crianças e dos doentes em geral. Essa realidade remonta a como os papéis de gênero são observados na sociedade. Enquanto os homens podem ter a possibilidade de atingirem maiores níveis profissionais e de escolaridade, as mulheres ainda são associadas à procriação e à tarefa de cuidar dos seus filhos e maridos.

A busca por uma religiosidade, perpassada por um discurso de fé e esperança em um “salvador”, aparece no discurso dos cuidadores familiares como um *coping* religioso necessário para não vivenciarem uma relação vazia com aquele familiar. Isso pode ser observado nos seguintes relatos:

Eu tenho esperança dele ser curado. Eu já fui curada de câncer, então ele [Deus] também pode fazer isso por ele. Hoje não posso trabalhar, não posso nada, tenho que cuidar dele [...] mas tudo que ele me faz de ruim é perdoado. Meu sonho é Deus colocar uma mulher na vida dele. Ele é bonito, não é de se jogar fora. (E05 - MÃE – 55 ANOS)

Eu sou evangélica, quando ele está agitado, eu rezo muito para ele melhorar. (E05 - MÃE - 55ANOS)

Na hora da crise, todo mundo diz para eu internar ele. Ele morre ou me mata, mas não interno de forma alguma [...] Na hora do desespero já busquei Centro Espírita, Igreja Universal e terreiro de Umbanda, tudo que você possa imaginar. (E17 - MÃE - 47 anos)

Segundo Panzine e Bandeira (2007), o *coping* religioso descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidarem com o estresse e os problemas pessoais,

podendo se dividir em estratégias positivas (proporcionando um efeito benéfico ao praticante, auxiliando-o a buscar ajuda) e negativas (gerando consequências prejudiciais ao indivíduo, contribuindo para que ele redefina o elemento estressor como punição/castigo).

Em uma compreensão logoterapêutica, percebe-se que o sofrimento, ao fazer parte da existência humana, é naturalmente rejeitado, pois carrega elementos como angústia, ansiedade, culpa e medo. No entanto, para Frankl (1991, p. 101), “quando já não somos capazes de mudar uma situação, somos desafiados a mudar a nós próprios”. Embora o sofrimento não seja “de modo algum necessário para se encontrar sentido” (p. 101), quando se consegue encontrar um sentido para ele, tal situação pode permitir ao indivíduo ampliar e desenvolver um potencial para enfrentar determinado desafio e, conseqüentemente, superá-lo.

3.3 O TRATAMENTO DADO À PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL

Até o final do século XVI, era tênue o limiar entre loucura e razão, visto que a expressão artística aproximava sabedoria e loucura. Foi ainda nesse século que a loucura começou a assumir novos contornos, tendo a internação como principal resposta (FOUCAULT, 1999). Por mais que o Movimento de Reforma Psiquiátrica tenha surgido com o objetivo de transformar o modelo de atenção à saúde mental, minimizando, cada vez mais, a necessidade do tratamento asilar, percebe-se que esse modelo focado na medicalização ainda é uma realidade nos dias atuais, como pode ser observado nas sequências discursivas que seguem:

Quando ele está agitado a gente interna, já foi internado várias vezes. Sempre sai pior. (E03 - MÃE – 77 ANOS)

Quando ele está agitado, eu mesmo aumento a dose. Não pretendo levar ele para aquele lugar novamente [hospital psiquiátrico]. (E11 - MÃE - 67 ANOS)

Quando ele está assim, eu aumento a medicação por conta própria. Já tenho experiência, vi o médico fazendo assim, dá certo. (E16 - MÃE – 47 ANOS)

Torna-se evidente, nos discursos das entrevistadas, que a internação ainda é a forma mais célere de lidar com as adversidades apresentadas pelo transtorno mental no

contexto familiar. Retirar a pessoa adoecida do convívio social, pelo internamento ou pelo excesso de medicação, é a alternativa mais viável para a maior parte dos entrevistados.

Embora ainda não consigam abranger todos que deles necessitam, os CAPS surgem como alternativa ao tratamento asilar e com a finalidade de focar o sujeito que sofre – não apenas seu diagnóstico, como foi apresentado anteriormente. Destinam-se ao acolhimento das pessoas com transtorno mental e seus familiares, estimulando a aquisição de autonomia, integração social e familiar. Nas suas dependências, os usuários e familiares recebem atendimento multidisciplinar, participando de encontros que possibilitem o desenvolvimento de um novo olhar para a sua realidade, constituindo, assim, a principal estratégia da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Clementino et al. (2019) ressaltam a importância dos cuidadores familiares receberem um suporte para o tratamento em âmbito domiciliar, uma vez que a falta desse apoio pode acarretar uma sobrecarga diante dos cuidados com a pessoa com transtorno mental, promovendo, em muitos casos, o distanciamento afetivo entre eles. “Cuidar da pessoa com transtorno mental é um aprendizado diário, que exige enfrentamentos de problemas, e leva o cuidador a praticar o que se sabe e a arriscar no que lhe é novo para efetuar o cuidado” (MITRE, 2017, p. 17). É de grande importância a existência de espaços onde os cuidadores podem falar sobre suas realidades, sem a preocupação de serem julgados por isso e, conseqüentemente, receberem orientações de como poderão agir diante das demandas compartilhadas.

De acordo com as entrevistadas abaixo, após seus(suas) filhos(as) iniciarem o tratamento no CAPS, puderam ser observadas mudanças significativas em suas vidas, bem como na vida das pessoas com transtorno mental:

Depois que ele entrou no CAPS nunca mais se internou, aceita bem o tratamento. É uma maravilha! (E02 - MÃE – 67 ANOS)

No CAPS ele melhorou um pouco, aqui ele toma os remédios. (E03 - MÃE – 77 ANOS)

O CAPS é uma benção de Deus [enfático] ai de mim se não fosse esse tratamento. (E06 - MÃE - 51 ANOS)

Depois que foi para o CAPS melhorou tudo, parece um milagre. Lá, eu também fui orientada a como lidar com ela. (E07 - MÃE – 48 ANOS)

Não existiu, por parte dos colaboradores, qualquer crítica negativa às unidades A e B que compuseram o universo da presente pesquisa. As orientações lá obtidas, as várias atividades destinadas aos usuários e o acolhimento oferecido por parte dos profissionais foram apontados como grande diferencial do tratamento. Torna-se importante ressaltar que como as entrevistas aconteceram no interior das respectivas unidades, isso pode também ter contribuído para o não aparecimento de críticas negativas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo aqui apresentado teve como objetivo principal identificar como pais e mães de pessoas com transtorno mental lidam com o contexto de cuidado. Diante das análises realizadas, foi possível observar, na maioria das vezes, uma dinâmica familiar complexa e tensa entre cuidador familiar e a pessoa transtorno mental. Frente ao risco real de agressões físicas e verbais, os pais acabam criando estratégias que promovem, cada vez mais, a segregação do familiar adoecido.

Verificou-se que a maior parte dos entrevistados não compreende o adoecimento psíquico como um processo. Ao se conectarem com a existência de um elemento único que origina o problema, acabam se afastando da realidade do seu parente e, conseqüentemente, da possibilidade de compreender o sujeito que sofre psiquicamente. O desgaste da relação familiar, frente às adversidades diárias, foi apresentado de forma tão intensa que em alguns casos o cuidado a distância se tornou a única possibilidade.

Sendo assim, observa-se que para os cuidadores, medidas mais contundentes e céleres necessitam ser administradas diante da crise. Logo, a internação e a medicalização excessiva se tornam os elementos mais viáveis diante do abalo causado pelo transtorno mental no dia a dia das famílias investigadas. Ressalta-se ainda que o baixo nível de escolaridade do cuidador familiar, a faixa etária avançada e o poder aquisitivo limitado acabam contribuindo para a compreensão do tratamento asilar como única alternativa.

Constatou-se que as relações familiares perpassadas pelo transtorno mental são complexas e difíceis de lidar para a maioria dos envolvidos. Diante de um olhar logoterapêutico, compreende-se a urgência de se proporcionar uma psico-higiene ao cuidador familiar. É importante propiciar que pais e mães possam ser ouvidos e, principalmente, que possam falar abertamente sobre suas dores e dificuldades sem se preocuparem com a possibilidade de serem julgados por isso.

Embora o surgimento do CAPS promova mudanças significativas no cuidado oferecido à pessoa com transtorno mental e seu familiar, a instituição ainda não dá conta da totalidade das demandas vivenciadas pelas famílias. Muitos cuidadores se tornam reféns daquele contexto, não conseguindo elaborar o luto diante de um(a) filho(a) totalmente diferente de suas expectativas.

Diante da complexidade do tema aqui proposto, compreende-se a necessidade de mais estudos que abordem o protagonismo da família nas discussões acerca da saúde mental. Os resultados aqui obtidos, corroborados por outros estudos, ressaltam a importância dessa temática para a comunidade científica, podendo contribuir para o desenvolvimento de discussões que objetivam a promoção de melhor qualidade de vida àqueles que têm suas realidades perpassadas pelo transtorno mental, bem como a promoção de novos estudos com outras categorias de cuidadores familiares, a exemplo de cônjuges, irmãos(ãs) e filhos(as).

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. A. **Conhecendo a deficiência**: em companhia de Hércules. 2ed. São Paulo: Blucher, 2022.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BARONIO, F. C.; GEIGER, L. A construção do ser mulher a agricultura familiar: uma perspectiva logoterapêutica. **Revista da Abordagem Gestáltica** - XXIV, Jan-Abr, 2018.

BRASIL. Lei Maria da Penha (2006). **Lei Maria da Penha e Legislação Correlata**. – Brasília : senado Federal, subsecretaria de Edições técnicas, 2011.

BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CLEMENTINO, F. S. et al. Atendimento Integral e Comunitário em Saúde Mental: Avanços e Desafios da Reforma Psiquiátrica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2019, 17(1).

DEMARTINI, Z. B. F. História de Vida na Abordagem de Problemas Educacionais. In: sismo, O.M.V. (Org) **Experimentos em Histórias de Vida**: Itália-Brasil, São Paulo: Revista dos Tribunais, 1988.

FERNANDES, J.B.; FERNANDES, S.B.; CASTRO, F.V. Resiliência em família de pessoas com esquizofrenia: um estudo qualitativo. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. Nº2, 2020.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FRANKL, V. E. **Psicoterapia e Existencialismo**: Textos selecionados em Logoterapia. São Paulo: É Realizações, 2020.

_____. **Psicoterapia e sentido da vida**: fundamentos da logoterapia e análise existencial. São Paulo, SP: Quadrante, 2016.

_____. **Em busca de sentido**. Petrópolis, Vozes, 1991.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas**. São Paulo: Atlas, 2002.

KANTORSKI, L. P. et. al. Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, 27 (1), 2019.

LUKAS, E. **Mentalização e Saúde**: a arte de viver e logoterapia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.

MITRE, A. N. M. A loucura em diferentes épocas: a convivência da família com o portador de transtorno mental. **Mental** - 11(20) Jan-Jun, 2017.

MOREIRA, N.; HOLANDA, A. Logoterapia e o sentido do sofrimento: convergências nas dimensões espiritual e religiosa. **Psico-USF**, 15 (3), 2010.

MORENO, V.; ALENCASTRE, M.B. A Trajetória da família do portador de sofrimento psíquico. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2003; 37(2).

PANZINI, R.G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiq. Clín**. 34, supl 1; 126-135, 2007.

PASSOS, R. G. "De escravas a cuidadoras": invisibilidade e subalternidade das mulheres negras a política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão** - Ano XX (n.38) Mai a Ago, 2017.

PRADO, D. **O que é família?** Coleção primeiros passos. Brasiliense, 2017.

SILVA, Matheus Ferreira da. **O dilema do cuidado**: as masculinidades e os cuidados a saúde mental. 2023. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2023. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/22183>>. Acesso em: 6 mar. 2023.

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturado

Dados sociodemográficos:

1 – Nome: 2 – Sexo: 3 – Data de nascimento: 3.1 Idade:

4 – Estado Civil: 5 – Tem alguma prática religiosa? Qual?

6- Grau de parentesco do cuidador familiar:

7 – Escolaridade:

Sem Escolaridade

Ensino Fundamental: completo incompleto

Ensino Médio: completo incompleto

Ensino Superior: completo incompleto

8 – Trabalha: Sim Não 8.1 – Profissão: 8.2 – Tempo de Trabalho:

8.3 – Aposentado (a): Sim Não

8.4 – O familiar com transtorno mental recebe algum benefício? Sim Não

- Em sua opinião, o que o (a) usuário (a) tem?
- Por que ele (a) ficou assim?
- Como os outros familiares se relacionam com o (a) usuário (a)?
- Quais foram os maiores conflitos vivenciados no lar?
- Como buscou lidar com esses conflitos?
- O que os familiares fazem quando o (a) usuário (a) encontra-se em crise?
- O usuário faz uso regular dos medicamentos?
- Diante de qualquer dificuldade frente a utilização do medicamento, quais as estratégias utilizadas para conseguir administrar a medicação?
- Antes de ser levado (a) para o CAPS, quais locais o (a) usuário (a) já foi levado para tratamento?
- Já observou situações de preconceito vivenciados pelo usuário devido ao transtorno mental? Descreva-a.
- Como avalia o tempo que o usuário (a) está no CAPS?
- Como o (a) Sr. (a) avalia os serviços oferecidos pelo CAPS?