

DOENÇA MENTAL E USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DIFICULDADES RELATADAS POR MULHERES CUIDADORAS EM FAMÍLIA*

MENTAL DISEASE AND THE USE OF ALCOHOL AND OTHER DRUGS: DIFFICULTIES REPORTED BY WOMEN CAREGIVERS

ENFERMEDAD MENTAL Y USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS U OTRAS DROGAS: DIFICULTADES RELATADAS POR MUJERES CUIDADORAS

Alda Martins Gonçalves**
Margarita A. Villar Luis***
Roseni Rosângela de Sena****

RESUMO

O artigo apresenta os resultados de uma investigação exploratória de natureza qualitativa desenvolvida com o objetivo de compreender as dificuldades enfrentadas por mulheres cuidadoras de doentes mentais que usam álcool e outras drogas, visando contribuir para melhorar a assistência prestada por esse grupo. Utilizou-se a análise de discurso para interpretar o conteúdo das falas das mulheres cuidadoras entrevistadas. A análise revelou que o consumo de substâncias psicoativas pelo doente mental dificulta seu processo de tratamento e reabilitação, agravando as relações familiares. Os resultados apontaram que os profissionais de saúde devem encontrar formas criativas para abordar o problema, priorizando o atendimento à família e buscando o envolvimento da comunidade.

Palavras-Chave: Pessoas Mentalmente Deficientes; Cuidadores; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas; Saúde da Família

A ciência tem ampliado seu campo de visão acerca do ser humano e dos fenômenos mentais. A contribuição da psicologia, da psicanálise, das ciências biológicas, sociais e econômicas, da antropologia, da neurociência e neurolinguística, entre outras áreas, tem facilitado a visão sobre o ser humano num contexto que ultrapassa a concepção do sofrimento psíquico como doença localizada no corpo, passando a entendê-lo como "existência-sofrimento". A doença mental tem sido considerada um atributo do ser humano: *temos boas razões para acreditar que a loucura não é eliminável da condição humana; ao contrário, somente o homem a reconhece e experimenta como dimensão trágica de sua própria condição*⁽¹⁾.

A mente tem sido entendida como um sistema mental cujo funcionamento operacionaliza as experiências humanas, no qual a contribuição da moderna biologia, associada aos conceitos da psicanálise, considera *atualmente que o ser humano é constituído por dois tipos de programas diferentes: o genético, que é fixo, sem nenhuma relação com o exterior, cujas modificações ocorrem ao acaso, as quais, ao ocorrerem, engendram novos programas de adaptação (...). O outro tipo de programa é o adaptativo, cuja existência serve para efetivar*

o programa genético (a reprodução), é múltiplo e tem relação direta com o ambiente (interação ambiental) sendo por este influenciado⁽²⁾.

Nesse sentido, as doenças mentais são expressões de alterações (*desorganizações*) no funcionamento do programa operacional dos programas adaptativos da espécie humana, a mente⁽²⁾. As falhas neste sistema operacional podem ocorrer tanto por deficiência cerebral (genética, lesão mecânica, alteração bioquímica, etc.) como também por fracasso funcional e circunstancial num dado momento da vida. Neste último caso o *fracasso do sistema operacional é precedido por problemas na interação ambiental*⁽²⁾.

Considerando que as duas concepções sobre a doença mental expõem a fragilidade da condição humana, mostrando a instabilidade e incompletude do ser humano, entendendo a doença mental quer como a dimensão trágica da condição humana, quer como fracasso de um sistema que operacionaliza os processos mentais, podemos inferir o quanto essa condição se torna ainda mais trágica se associada à dependência de drogas. O contexto histórico sociopolítico, econômico e cultural que envolve a problemática das drogas é complexo, configurando um problema que ameaça a qualidade

* Esse trabalho é fruto da tese "Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: desafio da prática do Programa Saúde da Família".

** Enfermeira; Professora da Escola de Enfermagem da UFMG; Doutoranda EERP-USP.

*** Professora.Doutora Associada junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP (orientadora).

**** Enfermeira; Professora. Adjunta Doutora EE-UFMG (co-orientadora).

Endereço para correspondência:
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190, sala 316, Santa Efigênia
30.130-100 - Belo Horizonte, MG
E-mail: alda@enf.ufmg.br

de vida das populações e atinge, principalmente, grupos mais vulneráveis como adolescentes, em faixas etárias cada vez mais jovens, tornando-se um grande problema para a saúde pública, que não conta, ainda, com políticas e ações de saúde capazes de superá-lo.

A associação abuso de drogas e problemas psiquiátricos constitui um capítulo em fase de estudo e elucidação. As pesquisas revelam a presença de transtornos de ansiedade e transtornos depressivos simultaneamente ao alcoolismo, e as evidências têm mostrado que esses distúrbios, via de regra, são secundários ao alcoolismo. A co-morbidade com transtorno de personalidade anti-social também tem ocorrido nas duas condições: precedendo o alcoolismo ou como decorrência do mesmo⁽³⁾.

O uso de drogas e a dependência química vêm sendo abordados a partir de diferentes enfoques: antropológico, filosófico, psicanalítico, comportamental e sociológico⁽⁴⁾, que se complementam para dar conta da complexidade das questões envolvidas.

Quando lidamos com doentes mentais, que fazem uso abusivo de drogas, não devemos considerar cada um desses enfoques que podem estar operando, a cada momento e ao longo do tempo, na existência única e intransferível de cada ser. Devemos considerar, sim, que o limite entre ser ou não ser dependente está relacionado a fatores de risco sociais, biológicos e psicológicos que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos. Por isso, *tanto no planejamento de estratégias de saúde, quanto no atendimento da clientela, é de fundamental importância o conhecimento de aspectos relacionados a cultura, filosofia, direito civil, ética e sociologia da etiologia das dependências* ⁽⁵⁾. A abordagem do uso, abuso ou dependência de drogas deve ser contextualizada para se compreender a função que esses fatores desempenham na sociedade, nos grupos sociais, nas famílias e junto ao próprio indivíduo. É preciso desenvolver sensibilidade humana, compreensão e capacidade de reflexão sobre a complexidade dos problemas envolvidos, bem como fazer uma análise crítica sobre as implicações éticas e legais, ampliando-se o conhecimento técnico, cada vez mais abrangente, sobre o tema. Sobretudo, é preciso interessar-se pela pessoa e saber que a droga é um episódio na vida dela. Não se pode esquecer que a química da droga estimula o consumo e conseqüentemente a dependência, porém, muito mais que a química, a estrutura psicológica da pessoa dependente estimula a procura da droga e a manutenção da dependência. Entendemos que o uso e abuso de drogas são parte de uma situação associada ao transtorno mental ou à fragilidade e limitação do indivíduo para responder criativamente às situações difíceis impostas pela vida.

O dependente químico engendra sua relação com a droga a partir de dois níveis inter-relacionados e interdeterminados

que estão sempre presentes na história de cada um e do grupo do qual ele faz parte. Se em um nível estão as vivências subjetivas que determinam a relação com a droga, em outro está a relação objetiva concreta na qual se dá o processo de uso da droga: acesso, tipo, quantidade, qualidade e via de aplicação. O nível das relações objetivas e subjetivas que o usuário estabelece com as drogas determina o processo de dependência e este provoca os agravos à saúde e ao relacionamento familiar e social. O uso abusivo de drogas, quando associado a problemas psiquiátricos, estabelece um círculo vicioso, tornando difícil distinguir causa e conseqüência. Essa situação dificulta as relações na família, afetando a qualidade devida do grupo familiar, sobretudo das mulheres que assumem o papel de cuidadoras.

O estudo da relação doença mental, uso de álcool e outras drogas e do cuidado por mulheres cuidadoras em família tem por objetivo compreender as dificuldades enfrentadas por essas mulheres e visa contribuir para melhorar a assistência ao grupo: doente mental/mulher cuidadora/família.

O doente mental na sociedade e na família

Entre as perspectivas de transformação da assistência em saúde mental sustentadas pela reforma psiquiátrica, a manutenção do doente mental fora do hospital é a questão que mais põe à prova a relação da sociedade com a loucura, uma vez que a sociedade tem de arcar com a convivência e com o cuidado do doente mental.

Convivemos, atualmente, com uma gradual desospitalização dos doentes mentais, o que significa para a família uma maior responsabilidade no cuidado dessas pessoas. Em conseqüência, surgem novas exigências e atribuições para a família e a sociedade, das quais não podemos nos esquivar. *As famílias se vêem estimuladas e pressionadas a voltar a assumir responsabilidades pelo cuidado de seus membros doentes. A presença do usuário na comunidade demanda a criação de dispositivos terapêuticos mais complexos e abrangentes de existência cotidiana dos pacientes psiquiátricos no espaço social*⁽⁶⁾. Um dos aspectos relacionados à existência cotidiana do doente mental na comunidade refere-se aos riscos de consumo e abuso de drogas. Se, por um lado, a permanência do doente mental na família pressupõe um maior envolvimento de todos os seus membros com a convivência e com o cuidado dos portadores destes agravos, por outro, as grandes mudanças que ocorrem nas sociedades contemporâneas refletem na dinâmica e organização interna das famílias, atuando diretamente sobre as possibilidades e formas de cuidar de seus membros, tornando esse cuidado difícil de ser assumido.

A política de desinstitucionalização pressupõe a criação de serviços substitutivos dos hospitais e tem o objetivo de assistir

ao doente mental, possibilitando preservar sua autonomia, liberdade e permanência no seu meio familiar e comunitário. Espera-se que o doente mental possa reintegrar-se a si próprio e não que seja adaptado a um certo padrão de pseudonormalidade. Sem os suportes de uma verdadeira desinstitucionalização, como propõe a reforma psiquiátrica, a família passa a ser penalizada, tendo que assumir uma tarefa para a qual não está preparada.

Por que cuidados em família?

A família, por sua própria natureza, é complexa e dinâmica. Os processos desenvolvidos dentro do grupo familiar, com a comunidade e com a sociedade, contribuem de forma a facilitar ou perturbar a saúde⁽⁷⁾. A maioria das famílias desenvolve processos de vida mais ou menos comuns que fazem parte da dinâmica da vida familiar e se ajustam às suas necessidades, aspirações e limitações; para isso, constrói estratégias de desenvolvimento ou de sobrevivência que incluem delegação de atribuições e organização de redes sociais e de solidariedade⁽⁷⁻⁸⁾.

Entendemos que a família constitui-se numa rede social na qual o ser humano nasce, cresce, se desenvolve e morre. No entanto, nem sempre isso ocorre de forma harmônica, podendo acontecer o descuido, o abandono, os problemas emocionais e mesmo transtornos mentais graves entre os membros da família⁽⁹⁾. A convivência familiar tende a tornar-se perturbada quando existe na família um doente mental e essa convivência difícil se agrava ainda mais se ele se tornar um usuário de drogas. Viver com um doente mental na família traz como consequência a responsabilidade e a obrigatoriedade de conviver também com seus conflitos, suas diferenças, suas limitações e riscos.

Atualmente, predomina na sociedade uma certa generalização da idéia de que a família encontra-se sem estrutura para suportar a convivência com o doente mental⁽⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁾. Convivemos com uma crescente intolerância para com o doente mental, consequência de uma mudança de atitude das pessoas, comum nas sociedades capitalistas avançadas e nas áreas industrializadas de países como o Brasil. As pessoas, as famílias e as instituições mostram-se cada vez mais incapazes de acomodar o "diferente", o "desviante"⁽⁹⁾ e nessa mesma ótica, o usuário de drogas. Nesse contexto, há uma imperiosa necessidade de revisão das práticas de saúde e de uma postura crítica por parte dos órgãos formadores, principalmente nas áreas de saúde e educação, no sentido de favorecer mudanças progressivas na mentalidade e nas atitudes das pessoas para com o doente mental. Não se trata apenas de desfazer o aparato e a cultura manicomial, ainda hegemônicos no cenário psiquiátrico, mas sobretudo construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura⁽¹⁾ e com o consumo de drogas.

O cuidado à saúde e à doença de todos os membros da família vem sendo uma função assumida pela mulher ao longo da história. Mesmo com as transformações ocorridas na sociedade moderna, na qual as mulheres ampliam suas funções fora do espaço doméstico, o cuidado continua prioritariamente sendo uma atribuição feminina. Nesse contexto, a mulher tem sido, para os serviços de saúde, a principal referência e para o doente mental, o principal apoio⁽⁴⁻¹⁴⁾.

Para cumprir um papel proativo e de responsabilidade no contexto da atenção ao portador de agravos mentais que usa drogas, os profissionais de saúde devem acumular conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes a fim de compreender a realidade das famílias e reconhecer a mulher como elo principal entre a família e os serviços de saúde⁽⁴⁾. Os profissionais devem desenvolver atividades de acompanhamento, esclarecimento e apoio às mulheres cuidadoras e aos familiares, buscando formas criativas para dividir as responsabilidades do cuidado entre o grupo familiar, contribuindo com o processo de reinserção do doente mental em seu grupo social.

Por um lado, as determinações históricas das contradições reproduzidas pela sociedade, constatadas na história do cuidado, juntam-se à história da mulher, evidenciando o aspecto discriminatório da dominação. Essa discriminação dificulta a inserção social, econômica, política e cultural da mulher e determina o seu fazer cotidiano no espaço privado da família, tornando-o pouco visível e desvalorizado⁽⁴⁾. Por outro, os vínculos de dependência, estabelecidos, no ato de cuidar, entre a mulher e o doente mental, bem como o usuário de drogas, reforçam a trajetória de exclusão e segregação do doente mental e do dependente de drogas na sociedade, reproduzindo-a na família. Nesse contexto, a consolidação da reforma psiquiátrica passa pelo cuidado ao doente mental e ao dependente de drogas como uma delegação, que está se definindo cultural e institucionalmente, enquanto uma tarefa atribuída a mulher⁽⁴⁻¹⁴⁾, sem, contudo, reconhecer a sobrecarga que isso lhe impõe.

Metodologia

Este estudo surgiu como desdobramento de uma pesquisa na qual analisou-se a realidade da mulher que cuida de doentes mentais em família. Posteriormente, estudos relacionados ao cuidado de dependentes químicos nos indicaram, com mais clareza, a necessidade de conhecer e compreender as dificuldades da mulher que cuida de doentes mentais usuários de álcool e outras drogas. A partir de um estudo exploratório de natureza qualitativa, utilizando-se a técnica de análise de discurso, analisamos a fala de oito mulheres que cuidam de doentes mentais em família, que convivem com dificuldades adicionais porque os enfermos por elas cuidados usam álcool

ou outras drogas. Os depoimentos dessas mulheres constituíram o material empírico que revelou as dificuldades vividas pelas cuidadoras na singularidade do ato de cuidar. Singularidade essa, captada nas semelhanças e diferenças dos relatos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ de cada cuidadora. Antes de iniciar-se a pesquisa foram observadas as exigências legais e éticas determinadas pela Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos⁽¹⁷⁾. O acesso às cuidadoras foi feito através de serviços de saúde mental públicos e privados: hospital psiquiátrico, ambulatório, urgência e centro de referência em saúde mental. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, no domicílio das cuidadoras, utilizando-se um roteiro semi-estruturado e gravação eletrônica, com transcrição após cada entrevista. As mulheres entrevistadas foram identificadas com nomes fictícios. A análise dos dados empíricos teve a finalidade de estabelecer a compreensão dos dados, buscando construir os significados das falas, criando categorias para facilitar a leitura e interpretação da realidade.

Resultados e discussões

As participantes do estudo têm idade entre 17 e 64 anos, sendo uma com 17 anos e as demais, acima de 37 anos; duas são solteiras, duas viúvas, quatro casadas e três vivem separadas dos maridos; três são alfabetizadas e as demais têm do 1º ao 2º grau de escolaridade. A maioria delas é doméstica, uma é estudante, duas têm atividades profissionais e as demais são aposentadas ou pensionistas. Todas moram em casa própria, têm renda familiar entre 1 a 5 salários mínimos sendo que uma delas tem renda superior a 35,5 salários mínimos. Predomina entre elas a religião católica.

A partir da tematização dos discursos construímos três categorias empíricas: conseqüências do uso de drogas, comportamentos do grupo familiar e estratégias de enfrentamento. Essas categorias permitiram articular a teoria à realidade para analisar e compreender as dificuldades das cuidadoras relacionadas ao cuidado de doentes mentais que usam álcool e outras drogas.

Conseqüências do uso de drogas

Na visão das cuidadoras, o uso de álcool e outras drogas agrava a saúde física e mental e transtorna o relacionamento do grupo familiar, tornando-o mais conturbado e conflituoso. As cuidadoras relatam esta situação com muito sofrimento:

Se ele beber oito, dez dias, ele fica sem comer. Vai indo a fraqueza bate. Oê olha no rosto dele ele tá um defunto. Aí vai pra cima da cama... aí vem a convulsão porque a mente dele já não agüenta mais (Florinda).

Quando o Joel bebe ou vem drogado não adianta, não toma os remédio. Aí ele fica com a cabeça ruim demais. Ele já tentou matá eu, a irmã dele e menina pequena, sobrinha dele (Jacinta).

Ele pensa que a bebidinha que ele toma no buteco não faz mal, mas aí sempre sobrevém a crise (Angélica).

Estes discursos nos revelam o quanto a dimensão trágica da condição humana entendida como loucura⁽¹⁾ ou como fracasso do sistema que operacionaliza os processos mentais⁽²⁾ reflete em gravidade e extensão muito maiores quando associados ao uso de substâncias psicoativas, no caso o álcool.

A maioria dos doentes mentais cuidados pelas mulheres entrevistadas já havia sido internada por várias vezes. O uso do álcool ou de outras drogas, em alguns casos aparentemente, era visto como um transtorno secundário à doença mental, desencadeando sintomas como a convulsão e comportamentos difíceis de manejar como a agressividade.

As cuidadoras associam os períodos de maior estabilização da doença mental ao fato de os doentes se manterem sem usar álcool ou outras drogas, podendo assim partilhar do convívio com a família por mais tempo.

De uns quatro anos pra cá, Ademir começou a ficar assim, doidão. Quebra tudo dentro de casa, passa fezes por todo lugar. Vai piorando até ter que internar. Quando consigo dele tomá os remédios sem usar as drogas, fica mais tempo melhor (Marta).

É a bebida que não deixa ele tratá. Aí vai só piorando. Mário não quer tratar, não quer parar de beber. Bebe até quase morrer (Florinda).

Sem a bebida, o pai fica controlado por muito tempo, sem ter que internar (Rosália).

Uma das maiores dificuldades relatadas pelas cuidadoras é a recusa dos remédios pelos doentes mentais, porque estes querem se manter usando álcool ou drogas ou porque estão sob seus efeitos.

O problema do Joel é quando ele bebe. Droga igual o irmão dele é muito difícil. Mas se ele bebe também fica ruim (Jacinta).

Ele deixa de tomar os remédios pra beber. Mas eu ainda não sei se quando ele tem convulsão é porque ele usou droga também (Florinda).

Se o pai bebe na rua, chega em casa e dorme, mas acorda achando que vai morrer, dizendo que tem polícia perseguindo ele. Aí não toma os remédios (Rosália).

Aos encargos da mulher que cuida do paciente desospitalizado crescem-se os sentimentos de culpa e angústia que sobrevém à cuidadora quando não consegue que o doente tome a medicação, pois, segundo verificado na literatura consultada e no desenvolvimento do trabalho, essa lhe

parece uma tarefa objetiva, materializada em ações como: *evitar que o doente fique sem o medicamento, ter que dar o medicamento, cumprir uma ordem que vem do saber médico*⁽¹⁴⁾. Não conseguindo sucesso nessa tarefa, as mulheres sentem-se como se tivessem responsabilidade no desencadeamento do surto e agravamento do estado de saúde do doente. Diante das conseqüências provocadas pela embriaguez ou pelo uso de drogas, as cuidadoras sentem-se impotentes. Devido ao meio em que vivem, o uso de álcool parece ser para algumas uma condição natural. Mesmo assim, nos seus discursos evidenciam conseqüências drásticas e as dificuldades para cuidar do doente mental nessas condições.

Entre os relatos das oito cuidadoras dos doentes mentais envolvidos com drogas, três nos pareceram menos complexos do ponto de vista da dinâmica interna da família por se tratar de situações esporádicas, mas com um agravante sério: são pessoas incapazes de tomar decisões com responsabilidade e de fazer escolhas adequadas. Em momentos de maior vulnerabilidade, saem de casa à revelia da família, e se perdem ficando sem condições de retornar. Pessoas inescrupulosas lhes oferecem álcool ou drogas. As conseqüências são desastrosas contribuindo para desencadear ou manter a dependência.

Ana ficou sumida uns três dias. Quando ela apareceu foi muito triste, deram cachaça pra ela (Antônia).

Laura ficou muito tempo feito mendiga. Aí ela aprendeu a usá droga, a toma cachaça. Hoje é mais difícil segurá ela no nosso barraco. Ela faz buraco na cerca e sai correndo, vai certa pros lugar que tem gente que dá bebida ou droga pra ela. Já fiz tudo pra eles deixá ela ficá no hospital, eu não estou agüentando segurá ela (Neuza).

Quando a Nilza foge é complicado porque sempre volta embriagada, suja, confusa e batendo em todo mundo. E eu não posso contá com o pai dela porque muitas vezes ele está bêbado (Lourdes).

O uso das drogas por doentes mentais provoca o agravamento do estado mental, a exacerbação dos problemas sociais, entre eles a rejeição familiar. O conjunto de todos esses problemas ou mesmo cada um em separado faz aumentar a demanda pela internação psiquiátrica e dificulta a desinstitucionalização dos que já se inseriram na "carreira psiquiátrica".

Comportamento do grupo familiar

Alguns autores⁽¹¹⁻¹²⁾ têm alertado quanto à dimensão subjetiva vivida no relacionamento com o doente mental e quanto à necessidade de recursos humanos preparados para intervir junto à família. O doente mental tem sido visto como o membro mais frágil do grupo familiar, e o que usa álcool ou drogas, "a ovelha negra".

A noção de sistema tem sido utilizada em muitos ramos do conhecimento quase como uma exigência metodológica. Em se tratando de família de doente mental, ocorre uma decisão estratégica interessante porque há uma desfocalização do problema individual. Na visão sistêmica, agrupar os membros de uma família num sistema não é somá-los como indivíduos, mas considerá-los como um conjunto de relações às quais os comportamentos estão vinculados.⁽¹⁸⁾ Nesse sentido, entende-se que a família, diante do uso de drogas, busca explicações e justificativas baseadas nas crenças e valores veiculados no grupo social em que vive e nas expectativas que nutre acerca do usuário.

Os discursos de três das cuidadoras deixam clara essa situação, bem como manifestam abertamente os conflitos provenientes das divergências entre os membros do grupo familiar no tocante ao manejo dos comportamentos do doente.

Meus filhos não aceitam dele não trabalhar. Dizem que beber é falta de vergonha e que eu passo a mão na cabeça dele... Mas eu não tenho culpa, até quatorze anos ele era muito trabalhador, me ajudava, vendia roupa na rua, trabalhou de trocador. Aí foi que ele entrou nesta vida (Florinda).

Eu vejo a hora que o irmão mata ele. Aí eu falo: - Você não é doente, sabe o que está fazendo. - Mas isto é droga na cabeça (Jacinta).

A irmã dele não aceita dele vir aqui. Desde que estamos neste apartamento, ele nunca veio aqui; fica jogado pra casa do irmão, do pai ou dos tios. Eu não posso fazer quase nada até eu recuperar desse derrame que eu sofri. Ela quer que eu ponha ele num hospital para sempre. Isto eu não quero de jeito nenhum (Marta).

O discurso de uma das cuidadoras revelou que os problemas aumentam à medida que os filhos vão se tornando adultos.

Hoje, com os filhos grandes, é muito pior porque Nilza foge pra rua. Os irmãos ficam revoltados e eu não posso fazer nada (Lourdes).

Como vimos nos depoimentos das cuidadoras, o grupo familiar reage de diversas formas diante dos problemas das drogas: com indiferença, com rejeição explícita, com retraimento, amargura ou abandono.

Confirmamos que as cuidadoras são, entre os membros da família, as pessoas que mais aceitam o doente mental intermediando por ele junto aos demais membros da família, tecendo críticas à postura de afastamento e desinteresse em relação ao parente enfermo.

Quando ele tá no hospital, ninguém vai lá vê ele, nem se o hospital chamar. Quando eu estava internada (por causa do derrame) ele não recebeu nenhuma visita (Marta).

Quando os irmãos vêem que ela usou droga ou bebeu, ninguém ajuda. Até evitam vir dentro de casa (Lourdes).

Meus dois irmãos é pura ignorância, não conto com eles pra nada. Eles pode vê ela na rua que não faz nada (Neuza).

A análise das contradições, que ora se ocultam, ora se revelam através do comportamento do grupo familiar, mostra-nos a necessidade de compreendê-las numa visão dialética para que possamos interagir com as famílias ajudando-as na superação dessas contradições.

Estratégias de enfrentamento

As falas desse grupo de cuidadoras revelaram o sentimento de solidão que acompanha o lidar com os doentes mentais, especificamente aqueles que usam álcool ou drogas. Sentem-se sozinhas, ora porque outros membros da família também usam drogas, ora porque o grupo familiar não compartilha da tarefa de cuidar.

E eu não posso contar com o pai dela porque muitas vezes ele está bêbado (Lourdes).

Desde que ele ficou assim eu tenho que dá conta sozinha porque os irmãos não querem nem saber dela (Florinda).

De um modo geral, há entre as famílias uma grande dificuldade para administrar e conviver com os problemas cotidianos, decorrentes das manifestações da doença mental, agravados pelo uso simultâneo do álcool ou de outras drogas.

Os familiares necessitam de esclarecimentos e orientações sobre o relacionamento no domicílio, o enfrentamento de problemas sociais e econômicos⁽⁸⁾. Percebe-se que os familiares e as pessoas da comunidade não confiam no doente mental, têm preconceito com relação à doença mental e, mais ainda, quanto ao uso de drogas. Diante disso, consideramos necessário estimular a criação de laços de solidariedade entre os membros da família e da comunidade, ajudando-os a conviver e respeitar as diferenças. As falas das cuidadoras revelaram o quanto elas enfrentam seus problemas de forma solitária sem compartilhar as dificuldades cotidianas entre os próprios membros da família, evidenciando a fragilidade das estratégias de enfrentamento e da capacidade para resolver os problemas relacionados ao cuidado. A centralização do cuidado numa pessoa pode acarretar aumento no nível de fadiga individual e contribuir para a desarticulação de relações familiares frágeis. Ainda mais se o doente mental, simultaneamente, faz uso de álcool ou drogas, torna-se freqüente entre os elementos da família um acentuado déficit em suas atividades produtivas, redução do sono e de contatos sociais⁽¹²⁾.

A gente vive porque não chegou a hora da gente morrer, mas a gente não tem vida com uma pessoa viciada em casa. Ainda mais se é filho, que filho é um pedaço da gente (Florinda).

Não observamos na família das cuidadoras entrevistadas a existência de uma rede de apoio intra e extrafamiliar, freqüente em situações de muita carências como forma para a apaziguar os conflitos e amenizar as dificuldades⁽¹⁹⁾.

Eu vejo a hora que o irmão mata ele. ...Á eu tenho que chamá a polícia. (Jacinta).

Todas estas relações evidenciaram o quanto a rejeição familiar, a fragilização da relação intrafamiliar dificultam aos membros estabelecer estratégias de enfrentamento. Nesse contexto, percebe-se que a sociedade tem assistido ao agravamento da situação dos doentes mentais que se envolvem com drogas e que os profissionais da saúde pouco têm conseguido fazer para reverter essa situação.

Acreditamos que possibilidades promissoras vêm sendo construídas com a implantação progressiva do Programa Saúde da Família como uma estratégia que prioriza o atendimento à família e a participação da comunidade. Com essa visão, o Programa, ao atuar no nível básico da atenção, fortalece a consolidação da reforma psiquiátrica ajudando a família e a comunidade a cuidar dos doentes mentais e usuários de drogas fora dos espaços hospitalares.

Considerações Finais

A partir da tematização e da categorização das falas das cuidadoras entrevistadas analisamos as conseqüências do uso de drogas, os comportamentos desencadeados no grupo familiar e as estratégias de enfrentamento adotadas para superar a situação.

A análise das categorias, em articulação com a opinião de autores que contribuíram para a sustentação teórica deste trabalho, aponta as dificuldades para lidar com alcoolistas e usuários de drogas. Essas dificuldades, reconhecidas por todos nós através do "senso comum", do cotidiano social e da vinculação de informações dos noticiários de televisão, rádio e jornal, confirmam-se na prática. No caso de famílias de doentes mentais, essas dificuldades são agravadas pela condição de ser família de doente mental, portanto duplamente estigmatizada por possuir um "louco" usuário de álcool ou outras drogas.

O doente mental e o usuário de drogas têm sua capacidade de decisão, escolha e responsabilidade afetadas pela sua condição, entretanto, o problema não pode ser focalizado isoladamente. Todos nós somos co-responsáveis e devemos nos empenhar em soluções individualizadas e coletivas de acordo com a realidade presente.

A família, considerada como um sistema que abriga as contradições e conflitos, é o lugar do nascer, crescer, desenvolver e morrer, portanto o lugar do cuidado. Nesta pesquisa pontuamos como necessidade premente que os profissionais da saúde voltem a atenção para este segmento social, em especial a mulher cuidadora e a família que convivem com o doente mental usuário de álcool ou drogas, para que possam ajudá-las a superar as dificuldades, por vezes enormes, para cuidar no espaço familiar e comunitário.

A necessária desospitalização dos doentes mentais, a ampliação e implantação dos modelos de atenção voltados para a família e a capacidade para enfrentar problemas como as doenças mentais e o abuso e dependência de drogas, não são uma tarefa simples e de poucos. Essa realidade demanda uma participação efetiva dos profissionais da saúde na produção de políticas públicas que possam alterar essa realidade, bem como, a criação e implantação de programas e atividades que envolvam as famílias e a comunidade na construção de soluções próprias adequadas à realidade em que vivem. Torna-se importante destacar que a família, guardiã de valores e condutas estabelecidas no processo de vida social, por séculos a fio, hoje, dialeticamente, torna-se agente de mudanças e resistência ao instituído. Neste sentido, a entendemos como um espaço para a criação de possibilidades de ações de cuidados de saúde e de superação de preconceitos que impedem a reinserção do doente mental na sociedade e a compreensão para com aqueles que usam álcool ou drogas.

Summary

The article presents the results of an exploratory investigation of qualitative nature developed with the objective of understanding the difficulties faced by women caregivers of the mentally ill who use alcohol and other drugs, seeking to contribute to improve the attendance rendered by this group. The speech analysis was used to interpret the content of the women's interviewed caregivers speeches. The analysis revealed that the consumption of psychoactive substances by the mentally ill patient difficult the treatment process and rehabilitation, worsening the family relationships. The results pointed that the professionals of health should find creative forms to approach the problem, prioritizing the service to the family and looking for the community's involvement.

Key-words: Caregivers; Mentally Deficient; Upsets; Family Health

Resumen

El estudio presenta los resultados de una investigación exploratoria de naturaleza cualitativa con el objetivo de comprender las dificultades que las cuidadoras familiares de enfermos mentales que consumen bebidas alcohólicas u otras drogas, tiene en el intento de obtener informaciones que contribuyan para la mejoría de la asistencia ministrada por ese grupo. Utilizouse el análisis del discurso para interpretar el contenido de las hablas de las cuidadoras entrevistadas, que han revelado que el consumo de substancias psicoativas por el enfermo mental complica su proceso de tratamiento y de rehabilitación. Los resultados demostraron que los profesionales de salud se plantean el desafío de encontrar formas creativas para manejar ese problema y apoyar a la familia y para la búsqueda de apoyo de la comunidad.

Palabras clave: *cuidadores, personas mentalmente deficientes, trastornos, salud de la familia.*

Referências bibliográficas

1. Bezerra Jr B. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra Jr B, Amarante P (Org.). *Psiquiatria sem hospícios: contribuição ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Resume-Dumará; 1992. p.113-26.
2. Tenenbaum D. *Investigando psicanaliticamente as psicoses*. Rio de Janeiro: Sete Letras; 1999.
3. Vaillant GE. *A História natural do alcoolismo revisitada*. Porto Alegre/RS: Artes Médicas; 1999.
4. Gonçalves AM. *A Mulher que cuida do doente mental em família*. [Dissertação] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 1999.
5. Buchele F, Ferreira RH. Abordagens teóricas e filosóficas da dependência química. *Cogitare Enf.* 1997 jul/dez.; 2 (2): 7-9.
6. Nelman J. *Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtornos mentais*. [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina – USP; 1998.
7. Althoff CR. *Pesquisando a família: a experiência da enfermagem na UFSC*. *Fam Saúde Desenv* 1999 jan/dez.; 1(1/2):49-56.
8. Waidman MAP, Jouclas VMG, Stefanelli MC. *Família e doença mental*. *Fam Saúde Desenv.* 1989; 1 (1/2): 27-31.
9. Resende H. *Saúde mental: prioridade de saúde pública? A saúde no Brasil*. 1983, jul./set., 3(1): 140-5.
10. Carvalho GG. *Ressocialização/Reabilitação ocupacional em saúde mental*. *J Bras Psiquiatr* 1989; 4(38):242-6.
11. Morgado A, Lima LA. *Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional*. *J Bras Psiquiatr* 1994; 43(1): 19-28.
12. Sadigursky D. *Desinstitucionalização do doente mental: expectativas da família*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP/RR; 1997.
13. Gonçalves AM, Sena RR. *A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família*. *Rev Latino-am Enf.* 2001 março; 9(2):48-55
14. Ornelas CP. *O paciente excluído*. Rio de Janeiro: Revan; 1997.
15. Fiorin JL, Savioli FP. *Para entender o texto – leitura e redação*. 13a ed. São Paulo: Ática; 1997.
16. Fiorin JL. *Linguagem e ideologia*. 6a ed. São Paulo: Ática; 1998.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196/10/10/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.
18. Bernstein I. *Família doença mental*. São Paulo: Escuta; 1998.
19. Knauth DR. *Morte masculina: homens portadores do vírus da Aids sob a perspectiva feminina*. In: Duarte LFD, Leal OF, Organizadores. *Doença, sofrimento, perturbações: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 183-98.