



**Relato da reunião do Grupo “É Possível!”, 24 de fevereiro de 2018
Clarice Nunes**

Esta reunião agregou novas famílias que têm procurado o grupo. Foi um momento de troca das histórias vividas pelos familiares que estão chegando e daqueles que já dele fazem parte há algum tempo. As dúvidas e incertezas, de alguma forma, se repetem em relação ao diagnóstico; à adesão do paciente ao tratamento; à internação, ou não; à interdição e curatela, ou não; à recuperação. Uma questão de fundo permeou todas as trocas: a Esquizofrenia como estigma, que pode ser notado pelas reações dos próprios familiares, dos profissionais de saúde, dos vizinhos e amigos e pelos próprios vulneráveis. Farei, em seguida, uma síntese iniciando pela questão de fundo.

O estigma da Esquizofrenia

Nossa compreensão da Esquizofrenia e o modo como lidamos com ela são afetados pelo *estigma*, isto é, pelo estereótipo do doente mental como necessariamente violento, sem chance de recuperação; pela discriminação que sofre e sofrerá em sua vida no que diz respeito à sua inserção social, não sendo aceito e muitas vezes sendo até banido dos lugares que não só deseja, mas tem o direito legítimo de frequentar.

Esse estigma aparece quando os familiares não se abrem para comentar o assunto e voluntariamente escondem a situação dos parentes em geral. Aparece também quando o profissional de saúde atribui à família não apenas a responsabilidade, mas a culpa pelo vulnerável não aderir ao tratamento e recusar tomar a medicação. Existe, portanto, um estigma público, mas existe também um autoestigma, isto é, quando o próprio vulnerável introjeta o estigma social. Nesse caso, evidentemente sofre um impacto negativo sobre seu bem-estar, suas escolhas de cuidado e decisões

em relação aos seus objetivos e projetos pessoais.

A única forma que temos de lutar contra o estigma é através da informação e apoio ao vulnerável e ao grupo familiar, discutindo a nossa própria relação com todos aqueles sinais considerados atemorizantes e/ou desagradáveis nos vulneráveis e que tendemos a não suportar: falta de higiene, deficiências de certas habilidades, deficiências de contato social dentre outros sinais que adoecimentos psiquiátricos costumam revelar, tais como delírios, conversas desconexas, por exemplo. Esse quadro destoa, inúmeras vezes, como vários relatos evidenciaram, do grau de inteligência, da formação esmerada que alguns dos nossos vulneráveis apresentam e que levam seus pais a entrarem em desespero por verem tantas qualidades, como avaliam, “perdidas” com a manifestação do processo esquizofrênico e sua evolução.

Acrescente-se a isso a absoluta falta de controle que a família tem sobre as reações dos demais membros do seu próprio grupo, dos vizinhos e amigos que não entendem o que se passa com o vulnerável, que às vezes supõem algum tipo de transtorno mental e aconselham a ida ao médico, mas que nesse discurso direto acabam involuntariamente criando uma situação na qual o vulnerável se sente ofendido e atacado porque não se identifica como “doente”. Essa questão da autoimagem do vulnerável como uma pessoa normal é importante variável no processo de adesão ao tratamento.

O diagnóstico: percalços, dúvidas

A dificuldade no diagnóstico da Esquizofrenia vem primeiramente do fato de que esse rótulo reúne um espectro variado de situações de saúde que vai desde o transtorno esquizoefetivo até os mais variados tipos de Esquizofrenia, com seus sintomas negativos e positivos nos mais diversos estágios. Sabemos que o diagnóstico relacionado à Esquizofrenia é dimensional e não categorial, ou seja, ele é dado sobretudo pelo alcance do transtorno nos vários aspectos da vida do vulnerável. Na verdade, cada pessoa é um universo que não cabe num rótulo.

Se há dificuldade das autoridades médicas em oferecer à família esse diagnóstico, em contrapartida existem situações que exigem a clareza dessa definição, quando por exemplo, a família precisa dar início aos processos de interdição e curatela, sobretudo para fins de pensão do vulnerável.

Independente da precisão e/ou clareza do diagnóstico, o mais importante é como olhamos para o vulnerável. É fundamental para sua recuperação que não ignoremos o processo de adoecimento, mas que saibamos distingui-lo da pessoa. Olhar para o vulnerável para além do seu adoecimento é o primeiro passo interno que os familiares precisam dar, pois reduzi-lo à incapacidade pura e simplesmente é um ato violento que afeta tanto os vulneráveis quanto os próprios familiares. Em relação ao próprio paciente é menos importante sua compreensão de que é portador de uma enfermidade mental severa, do que a compreensão de certos sinais de advertência no início da enfermidade e dos aspectos benéficos do tratamento.

A adesão ao tratamento e o uso de medicações

A adesão do vulnerável ao tratamento também inclui a adesão da família. Observamos que existem dúvidas sérias entre os familiares sobre o uso de medicações. Embora necessárias, os efeitos colaterais assustam a todos. É preciso um maior conhecimento das medicações utilizadas, quais são seus princípios e efeitos, além da compreensão dos motivos pelos quais são importantes no

tratamento.

Vamos aprendendo que a adesão ao tratamento é decorrente de um processo de conscientização tanto do vulnerável quanto da família e que esse processo varia no tempo necessário para ser construído como na intensidade pela qual é ou não partilhado. Como vimos anteriormente, essa adesão é afetada por uma autoimagem fixa do vulnerável que consolidou uma impressão de si mesmo anterior ao processo do próprio adoecimento. Como afirma Xavier Amador, “o paciente esquizofrênico confunde o seu ‘si-mesmo’ do passado com seu ‘si-mesmo’ do presente. A área do cérebro que constrói e categoriza as percepções está danificada”¹²

A adesão ao tratamento é um processo particular para cada vulnerável e seu grupo familiar. Sabemos, porém, que dependendo das suas características, o tratamento em rede é o que mais protege de um processo de evolução danoso para o paciente e sua família. Nos casos de comorbidade³, por exemplo, é importante que além do tratamento psiquiátrico seja oferecido um tratamento anti-adição para o vulnerável, além de acompanhamento terapêutico com psicólogo e endocrinologista.

O uso das medicações é todo um capítulo a ser compreendido. É um processo constante de ajustamento e reajustamento para o qual importa o nível de vínculo de confiança que o paciente consegue criar com seu médico psiquiatra.

A internação à revelia: quando o mundo ameaça cair!

Dois dos familiares presentes relataram em nosso encontro a dor da situação na qual os vulneráveis foram internados à revelia e o resultado de um afastamento posterior que se prolonga na família porque a pessoa internada não aceita a situação. Percebemos que nossa dor é maior quando estamos menos informados da necessidade efetiva que certos casos solicitam de internação, nem que seja contra a vontade do vulnerável.

Um primeiro dado a considerar é que a internação à revelia é uma demanda do médico após analisar a situação em que se encontra o vulnerável. Ela é tomada para resguardar o vulnerável de prejudicar a si mesmo e aos outros. Seguindo a abordagem de Xavier Amador, este nos lembra de que:

- tratar o mais cedo possível o enfermo mental severo é muito importante e tem consequências diretas sobre a evolução da enfermidade e a esperança de recuperação;

¹ Conferir, Xavier Amador com Anna-Lisa Johanson. *No estoy enfermo! No necesito ayuda! Ayudando a las personas con enfermedades mentales serias a aceptar tratamiento. Una Guía Práctica para Familias y Terapeutas*. New York: Vidapress, 2003, 192p., capítulo 4.

² Há uma síntese do livro do Xavier Amador disponível para download na página <http://www.grupoepossivel.com.br/Epossivel/textos.php>. Nessa página há indicação de 2 links (1ª Parte e 2ª Parte) de uma apresentação de Xavier Amador.

³ Comorbidade é a existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa. Uma das características da comorbidade é que existe a possibilidade de as patologias se potencializarem mutuamente, ou seja, uma provoca o agravamento da outra e vice-versa. Além disso, a comorbidade pode dificultar o diagnóstico e influenciar o prognóstico. A comorbidade psiquiátrica consiste na existência de transtornos psiquiátricos simultâneos no mesmo indivíduo. Por exemplo, uma pessoa pode ser portadora de Transtorno Bipolar e Transtorno Obsessivo Compulsivo. Este tipo de comorbidade pode surgir quando a pessoa é dependente de álcool, drogas ou outras substâncias psicoativas. Nos casos em que se verificam comorbidades em pessoas com transtornos psiquiátricos graves, estudos mostram que há maior probabilidade de suicídio, recaída e detenções pela prática de atos ilegais. Cf.: <https://www.significados.com.br/comorbidade/>

- tratamento constante previne suicídio, violência, vagabundice e comportamentos imprudentes;
- informações das pesquisas existentes *nos ajudam a tomar decisões informadas sobre o quê fazer*. Se decidimos enfrentar o problema da pouca compreensão com a meta de comprometermo-nos e envolvermo-nos em um tratamento consistente, a informação consistente ajudará a manter a determinação.

A aceitação do paciente em relação à internação tem relação direta com o seu processo de conscientização. O que a família pode fazer é acolher a falta de comunicação, obter informações indiretas sobre o vulnerável que recusa a presença do familiar em sua vida, lembrando que essa é uma situação temporária, cuja duração não se pode prever. O familiar pode ainda continuar se informando e participando de um grupo de apoio, o que vai aliviar a culpa do gesto com o qual assentiu sem certeza, mas que em determinadas situações é decisivo para manter a sobrevivência do vulnerável.

A Esquizofrenia não é uma condenação à morte!

Uma mãe afirmou no grupo não aceitar que a Esquizofrenia seja uma sentença de morte. Alegou atitudes religiosas para manter essa convicção. Mas não são apenas esses motivos que podem oferecer sustentação para manter uma atitude produtiva e positiva em relação a esse processo. As pesquisas científicas recentes estão mostrando que existe possibilidade de recuperação. Recuperação não é cura.

Quando a pessoa se recupera pode levar uma vida com qualidade, mesmo dentro das limitações que sua vulnerabilidade lhe impõe. De novo, salienta-se a importância da informação e do tratamento que nos dão alento para olhar a pessoa escondida na doença e lhe oferecer o apoio que necessita a fim de seguir em frente, recuperar a autoestima e compreender que é capaz de dar sua contribuição à vida.

Ao final da reunião foi elaborada uma síntese sucinta dos temas tratados. Solicitamos a ajuda voluntária de um colaborador da coordenação nas atividades do grupo. Heliene da Silva Bezerra, a quem agradecemos, gentilmente se ofereceu para ocupar esse papel.