



***“Não é a força do gotejar da água que fura a pedra, mas sim a persistência incansável desta ação”. Ivan Teorilang***

## **Relato da reunião do Grupo “É Possível!”, 01 de setembro de 2018**

**Clarice Nunes**

Recebemos, neste encontro, Dr. Alexandre Keusen, que participou ativamente e divulgou a reunião para coordenadores, prevista para dia 22/09 próximo. Essa reunião terá a finalidade, na parte da manhã, de atualizar os coordenadores sobre as informações veiculadas sobre a Esquizofrenia e, à tarde, de discutir a função/importância do grupo de familiares. Serão recebidos também no encontro mais dois componentes do grupo, a serem indicados pela coordenação.

Neste encontro foram atualizadas as notícias em relação aos vulneráveis das famílias presentes, com destaque para os seguintes temas: repercussões da internação à revelia sobre o paciente e sua família; sintomas negativos: estagnação e ausência de socialização; descontrole do vulnerável em relação ao uso do dinheiro, bebidas, drogas; encaminhamento dos processos de pedido ao Ministério Público para a efetivação de serviços que o Estado precisa manter em relação aos vulneráveis, como por exemplo, a oferta de moradias assistidas.

*Internações à revelia de pacientes psiquiátricos: são necessárias? Como lidar com o sentimento de traição?*

Recente matéria no portal do Dr. Leonardo Palmeira<sup>1</sup> informa que a Lei 10.216, de 10 de abril de 2001, institui três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. A primeira é quando o paciente, concordando com a medida, assina um termo de consentimento no momento da entrada na clínica ou hospital. A segunda é realizada quando uma terceira pessoa solicita a internação à revelia, devendo o Ministério Público ser comunicado pela clínica ou hospital no prazo de 72 horas e a terceira quando, contra a vontade do paciente, a Justiça determina sua internação.

A internação involuntária é um ato que depende da avaliação médica, no sentido de considerar o risco envolvido. Dr. Leonardo cita, em seu site, três tipos de risco:

“Risco iminente à vida – casos em que o paciente é violento contra si próprio (autoagressão, suicídio, overdose de drogas) ou contra terceiros, quando não aceita se alimentar ou ingerir líquidos ou quando ameaça o lar (atear fogo na casa, destruir móveis, p.ex.).

---

<sup>1</sup> <http://leonardopalmeira.com.br/website/internacao-involuntaria-no-brasil-proibida-quando-necessaria/>

Risco social – quando o paciente se expõe a situações que levam a riscos potenciais à vida ou à integridade por falta de autocritica ou de controle do comportamento, como fugas repetidas de casa, frequentar locais violentos, envolver-se com marginais ou traficantes, promiscuidade, brigas ou discussões na rua, etc.

Risco à saúde – quando protelar o tratamento traz consequências negativas para a saúde mental e física do paciente. Todos os pacientes em crise se enquadram neste tipo de risco, pois o prolongamento de sintomas agudos de qualquer doença mental pode prejudicar a recuperação posterior do paciente, trazer complicações médicas e interferir com o funcionamento social e familiar”.

Mesmo quando há indicação psiquiátrica, em muitos casos, e temos visto esse depoimento se repetir no grupo, a discordância se instala no seio da família, que se divide e deixa alguém sozinho com a responsabilidade da internação. As reações do internado costumam ser de revolta, cultivando a divisão da família e a oposição de posturas que agudizam o conflito e a desarmonia. Pela falta de informação e pela ausência de apoio ao familiar durante o processo, também se instalam queixas de abandono dos familiares pelos médicos que os aconselharam a internar o paciente.

O que o responsável pela internação pode fazer após a ocorrência? Como a família pode compreender a internação? Segundo Xavier Amador<sup>2</sup>, o familiar precisa assegurar-se que a internação não é uma violação permanente à autonomia do doente, mas ajuda para recuperar o controle da sua própria vida e sua autodeterminação. Para o autor, a resolução de atitudes de ambivalência e culpa por uma internação à revelia, se inicia pelo discernimento entre o que é mito e realidade. Recomenda que conhecer as instalações antes da internação é um procedimento adequado.

O autor considera que os benefícios da internação ultrapassam seus riscos. É fundamental que os familiares aprendam sobre a doença e tenham números de emergência psiquiátrica sempre em mãos. Existem indícios, segundo ele, que podem ou não ser relevantes dependendo de cada caso. Cita algumas alterações no comportamento aos quais, enquanto familiares, devemos estar alertas. O paciente:

1. Nega-se a tomar medicação, quando experiências anteriores mostram que a deterioração e o dano são iminentes;
2. Está abusivo verbal ou fisicamente;
3. Apresenta ideias suicidas;
4. É perigoso para si mesmo (corta-se; ingere sabão; come alimentos sujos);
5. É destrutivo com seus pertences (seus e dos outros);
6. Vagabundeia (expõe-se inapropriadamente ao clima, à nutrição, aos cuidados básicos de saúde);
7. Nega-se a falar ou é incapaz de;
8. Tem delírios de grandeza;
9. Fala só em excesso;
10. Conversa de modo ininteligível;
11. Mescla medicações lícitas com drogas ilegais. (Amador, *op. cit.* p. 130)

O autor ainda oferece sugestões aos familiares de como lidar com o sentimento de traição do vulnerável internado. De um lado **deve** reconhecer que o sentimento de traição existe; pedir perdão; explicar os motivos pelos quais fez a internação; ser honesto e admitir que o faria de novo, caso necessário. **Não deve**, entretanto, negar sentimentos de traição; esperar ser perdoado logo; culpar o vulnerável pelo que teve de fazer; enganar sobre o que faria no futuro.

---

<sup>2</sup> 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. Uma síntese deste livro está disponível para download na página <http://www.grupoepossivel.com.br/Epossivel/textos.php>

Os quatro pontos principais a serem considerados, portanto, são: arrependimento; temor; ações; solicitação de perdão e compreensão.

1. O familiar deve dizer ao vulnerável que lamenta tê-lo internado, mas que era necessário. Expressar seus sentimentos. Não falar em um tom de verdade absoluta. Enfatizar que os seus valores e o seu amor o levaram a essa atitude;
2. O familiar deve explicar o que temia se não o houvesse internado; deve expor seus medos de forma não acusatória, mostrando como eles cresceram pelo muito que se preocupa com ele e não por esperar que se comporte desta ou daquela maneira;
3. Explicar porque tomou esta ou aquela ação. Recordar o que precipitou essa ou outra ação. Não pedir ou solicitar o acordo do outro, apenas que ele lhe entenda e perdoe por seguir sua consciência;
4. Solicitar o seu perdão, sem defender sua decisão, mas firme nela. Podem ser necessárias várias conversas. Se não for possível conversar, escreva uma carta.

Essas sugestões são preciosas e jogam luz numa situação que parece, ao familiar e ao vulnerável, irreduzível. São os famosos pontos fixos que insistimos em manter para nos separar daqueles a quem mais amamos. É possível que sigamos essas sugestões e não tenhamos um resultado imediato. Aí nossa paciência é testada, mas não existe outra forma de prosseguir sem ela.

#### *Estagnação como modo de vida: desinteresse e ausência de socialização*

A Esquizofrenia pode reduzir a motivação da pessoa de tal forma que elas são menos capazes de trabalhar ou participar de diversas atividades. Nos casos mais graves, os vulneráveis não são capazes de cuidar de sua higiene pessoal ou de se alimentarem. Indecisão, negativismo, e passividade podem aparecer, misturadas com impulsos repentinos. O isolamento social é outra característica de sintoma negativo. O vulnerável se esquia do contato pessoal e apresenta grande dificuldade em fazer e manter amigos ou relações pessoais; têm pouca ou nenhuma relação íntima. Há casos, como os que foram relatados no encontro, em que o vulnerável apresenta o comportamento de evitar sair sozinho à rua, usar transportes coletivos, esquivando-se também de acompanhamento psicológico. Um dos relatos sinalizou que o vulnerável pode estar apresentando quadro de redução cognitiva.

Os sintomas negativos de esquizofrenia geralmente são mal interpretados como um sinal de que a pessoa é preguiçosa ou comporta-se mal propositadamente para aborrecer os outros, e não como parte da doença. Tal equívoco contribui em grande parte para a imagem negativa e o estigma associados à Esquizofrenia. Uma das discussões em relevo foi o quanto e de que maneira a cultura interfere na avaliação dos sintomas negativos e do seu impacto.

Um dos pontos relevantes da discussão no grupo foi a reflexão do quanto a família se resignou com a situação e abandonou a esperança de que esse quadro possa minorar ou até ser revertido. Até que ponto os sintomas negativos podem resultar de uma depressão ou de um ambiente com poucos estímulos?

Um dos aspectos discutidos foi o papel da crise na saída de comportamentos de estagnação. Nesses casos, a crise pode funcionar como alavanca para a ampliação da consciência e mudança de comportamento.

#### *Comportamento aditivo: o descontrole no uso do dinheiro, de bebida e de drogas*

O comportamento aditivo é um comportamento repetitivo (obsessão, compulsão) face um objeto, substância ou atividade: consumo de drogas lícitas e ilícitas, comida, sexo, compras, jogo, internet, exercícios físicos. O objetivo desse tipo de comportamento é o prazer imediato. Qualquer desses aspectos mencionados podem ser praticados ou vividos sadiamente, mas quando se repetem na vida da pessoa que os exerce, causando prejuízo e sofrimento, estamos diante de um quadro de adicção.

No grupo houve o relato de um vulnerável que abusou do uso da facilidade que o banco apresentava de empréstimos e ocasionou uma dívida de alto valor. Embora sua curadora tivesse ressarcido a dívida junto ao

banco, foi preciso tomar medidas de cancelamento de conta corrente e de reeducação para que o vulnerável compreendesse o prejuízo que causou a ele próprio e sua tutora, arcando responsabilmente com a indenização do prejuízo de um modo cabível diante das entradas que recebe do trabalho informal que realiza num estúdio e com aulas de bateria.

O relevante dessa situação é que o vulnerável parece ter entrado num outro patamar de conscientização, pesquisando sobre o que acarreta esse tipo de comportamento e estabelecendo conversas com os familiares sobre a “gravidade” da sua doença, sobre seu estado de autosabotamento e o seu sofrimento por ter causado prejuízo a si mesmo e à tutora através dessa atitude, o que levanta a questão até onde o comportamento foi motivado pela vulnerabilidade? Existem sempre dados de personalidade e estados de imaturidade que formam uma variável complexa, onde cada caso é um caso.

#### *A necessidade de ação do Estado na assistência às necessidades dos pacientes psiquiátricos*

Um dos pontos iniciais da reflexão do grupo foi a comparação da atitude diferente do Estado em relação aos pacientes com transtornos mentais em países como o Brasil e a Noruega, país no qual uma vulnerável, cuja família frequenta o grupo, trouxe à tona o depoimento de como se dá o processo de acompanhamento em saúde mental noutros países. Foi inevitável a comparação entre a situação de uma vulnerável que mora na Noruega, e que a família visitou recentemente, com a vivência difícil de família que, no interior do Ceará, enfrenta praticamente sem recursos as agruras de lidar com a vulnerabilidade de vários membros do grupo familiar. Em nosso caso, a maior queixa é da desassistência, da remissão de toda responsabilidade do Estado que a desloca para a família, ainda culpabilizada pelo estado do paciente.

Na prática, em nosso país, está totalmente ausente o processo de monitoramento e assistência aos pacientes mentais que existem em outros países, como por exemplo, Dinamarca e Noruega. O SUS não tem condições de aborver a demanda, seja por internações – necessárias nos três casos de risco citados anteriormente – seja pelas moradias assistidas, que poderiam instituir-se como ambiente que colabora positivamente para a recuperação do paciente. Ainda os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), criados para substituir as instituições psiquiátricas, não tem oferecido resposta adequada para lidar com a complexidade das crises dos vulneráveis.

As famílias sentem-se abandonadas nesses momentos, pois não têm o preparo adequado para lidar com o paciente em crise e não encontram orientação, apoio e tratamento nos serviços especializados. O fechamento de leitos em asilos e manicômios sem a criação de novos leitos em hospitais gerais e psiquiátricos habilitados dificulta ainda mais a vida de pacientes em crise e de suas famílias, o que ajuda a fomentar o falso mito de que não é permitido internar alguém contra vontade.

Essa luta pelo atendimento às necessidades médicas dos vulneráveis é de todos nós. O processo em andamento junto ao Ministério Público, num dos casos que temos acompanhando no grupo, ainda não teve desfecho. Esse movimento de demanda pelos serviços públicos é uma necessidade embora exija energia e persistência dos familiares.