

## FAMÍLIA E DOENTE MENTAL: O DESCORTINAR DE RELAÇÕES DE AFETOS E CONFLITOS

## FAMILY AND MENTAL SICK: UNVEILING THE AFFECTIONATE AND CONFLICT RELATIONS

Roberta Silva BOAVENTURA \*

---

**RESUMO:** Este artigo aborda alguns aspectos do relacionamento entre familiares, entre os quais está inserido um doente mental. Neste sentido, coloca que, durante séculos, o doente mental foi considerado uma ameaça no meio familiar e social, sendo sua família responsabilizada por isso. Por causa desta realidade de conflitos e desafetos, ocorrem inúmeras alterações na estrutura da dinâmica familiar, decorrentes do estigma e da rotulação por ser familiar de um doente mental. Com a evolução dos conceitos de doença mental, atualmente coloca-se a família como responsável de prover as necessidades de um doente mental e o Estado como co-responsável através dos serviços de saúde mental oferecidos a estas famílias e seus respectivos parentes enfermos.

**UNITERMOS:** família; doença mental; relacionamento; estigma; prover.

---

**ABSTRACT:** This article approaches on some aspects of the relationships among family members which breast a mental sick person belongs to. So, it states that during centuries the mental sick one was considered a threat in his/her family and society. Hence, his/her family takes the responsibility for the mental sick. Because of this reality of conflicts and coldness innumerable alterations in the dynamic family structure happen and they have a stigma

---

\* Ex-acadêmica do Curso de Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas/Unimar e aluna da Pós Graduação em Trabalho Social com Famílias.

and label of being related to a mental sick person. With the evolution of mental illness concepts, nowadays the family is responsible for providing the mental sick necessities and the State is co-responsible by providing mental health services for families and their sick relatives.

UNITERMS: family; mental sick; relationship; stigma; provide.

---

## **1. O doente mental como risco de alienação e a família culpabilizada**

Algumas vezes, a causa do delírio existe no seio da família. Desgostos domésticos, revestem da fortuna, a inveja, a presença de indivíduos que despertam ou irritam as paixões mal apagadas, provocam o extravio de razão e são obstáculos insuperáveis para seu restabelecimento. (BIRMAM, 1978).

Muitas vezes a relação do louco com a família é denominada pela sociedade como uma relação problemática. Neste sentido, considera-se a família como a maior responsável pela alienação mental do “louco”, agora reconhecido como doente mental. Este doente mental, por sua vez, é considerado uma ameaça à alienação de outros membros da família, dos que seriam consideradas “mais frágeis”, com possibilidades de serem influenciados pela alienação.

Então, para a sociedade burguesa, seria necessário que se efetuasse a separação entre a família e o doente mental, justificando assim o isolamento do doente mental como terapêutico, apenas com características médicas.

Esta relação, considerada pela sociedade como problemática, poderia estar vinculada aos estímulos, impulsos e vontades concedidas ao doente mental pela família. Neste sentido, a família não tinha autonomia de controle – disciplina sobre o doente mental, sendo a única responsável pela alienação mental.

Uma vez que o doente mental não se comportava como “disciplinado” e não tinha autocontrole sobre seus impulsos, devia ser isolado para a reeducação e tratamento moral, segundo visão dessa sociedade burguesa, excludente.

Além disto, segundo Birmam (1978), seria muito importante que a família passasse por um processo pedagógico, destinado a ensinar aos pais como educar seus filhos, com o objetivo de prevenir a alienação mental. Com base neste aspecto, dos pais aprenderem como educar seus filhos, seria pautada ou determinada a necessidade da imposição de uma hierarquia na estrutura familiar para disciplinar o comportamento.

Todo este trabalho pedagógico, que seria realizado com a família da sociedade proletária, teria como objetivo, além dos princípios morais, necessários para a saúde humana, o propósito de regular a moral da sociedade em geral.

Para que se aplicasse este trabalho pedagógico, seria necessário vigiar moralmente estas famílias, uma vez que elas se colocam como as primeiras instituições em que um ser humano participa, sendo, assim, a principal instituição socializadora. Quando ocorre, na estrutura familiar, o asilamento do doente mental, a família passa a ter um papel restrito, pois tem apenas a função de identificar sintomas da doença e encaminhar o suposto doente a um hospital psiquiátrico para tratamento médico. Neste sentido, a família e sua relação com o doente mental passam a ser mediatizadas por médicos e outros profissionais da saúde mental, que fornecem toda assistência necessária. No mundo ocidental, a instituição hospitalar psiquiátrica era vista como a única forma possível de tratar um doente mental.

Após a Segunda Guerra Mundial, ocorrem algumas transformações na família conjugal até então em ascensão. Anteriormente, a família conjugal se encontrava em segmentos dominantes; após a guerra estende-se para diferentes classes, como a classe média e a proletária (trabalhadora). Este modelo não foi totalmente aceito pela sociedade vigente e somente se generalizou a partir do século XX, nos países de Primeiro Mundo, com o Welfare State.

No período do pós-guerra, os países de primeiro mundo realizavam uma organização societária baseada na teoria keynesiana. Esta teoria, em sua ideologia, trazia algumas alterações necessárias, para que fosse possível realizar a organização destes países de forma societária, economicamente e politicamente. A primeira referia-se a uma política voltada para o pleno emprego, direitos sociais, visando à justiça social de forma universal, além da solidariedade entre todos cidadãos. O segundo referia-se a uma política democrática liberal.

Mesmo no período do pós-guerra, a família é culpabilizada pela alienação mental de alguns de seus membros. Responsabilizava-se a família pelas anormalidades que pudessem “romper com a expectativa de criar filhos fortes, saudáveis, preparados para o mercado de trabalho e para viver em comunidade” (MELMAN, 1998).

Segundo Melman, a família é culpada por não criar filhos com as expectativas esperadas pela sociedade. Neste sentido, os pais são culpados pelo comportamento inadequado de seus filhos. Isto ocorre devido à má educação, falta de orientações e instruções aos filhos. “Neste período, não consideravam que a família poderia ser influenciada por questões históricas das instituições socializadoras”<sup>1</sup>.

Cabe acrescentar, nesse sentido, a ausência do Estado enquanto veículo mediador de políticas que minimizassem tal situação.

Em 1950, além de culpabilizar a família como responsável da enfermidade do doente mental, da-se um foco mais centralizado a este aspecto, sendo que a mãe, por ter o maior contato com o filho, passa a ser a maior responsável pelo transtorno mental do mesmo, a maior propiciadora da patologia.

Neste período, portanto, a família é considerada como incapaz de educar seus filhos, tornando-se cada vez mais forte a presença de procedimentos terapêuticos para colaborar com os pais na educação de seus filhos.

---

<sup>1</sup> ROSA, LÚCIA Cristina dos Santos. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2002, p.138-161.

Este sentido fica expresso na Antipsiquiatria, em 1960, que, em sua ideologia, contrapunha-se a psiquiatria de concepção clássica, que era de sentido coercitivo, e, apesar deste aspecto inovador, traz sentidos negativos e unilaterais sobre a família.

Segundo Szasz (1994), a família projeta seus problemas em um “bode expiatório”, ou seja, a família tem problemas em sua base estrutural, mas é menos complexo identificar um integrante como “louco” do que assumir o problema de como inserido na estrutura familiar.

Para Melmam (1988), a antipsiquiatria sempre elaborou teses sobre a família, as quais eram parciais, unilaterizadas e maniqueístas. Nelas representava o doente mental com um indivíduo abandonado, excluído de seu meio social, e a família como instituição autoritária que estigmatiza, exclui, rotula o doente mental e, além disso, como forma de punição, o isola em asilos psiquiátricos.

Podemos constatar que, segundo a obra de autores como Melman, a antipsiquiatria julgou a própria família como maior responsável pelo transtorno mental de um indivíduo.

Se, para Basaglia (1985), a família é uma das instituições que realizam violência contra o doente mental, para Rosa (2002), a família tem aspectos positivos, trazendo assim uma visão totalitária da família e não unilateral, como descrito anteriormente.

Segundo Birmam e Costa (1994), o campo da psiquiatria se divide em duas características. A primeira considera a instituição manicomial como responsável pela cronificação da doença, mas, apesar disso, mantém a instituição hospitalar como um local para a cura. Então para Birmam e Costa (1994), a estrutura hospitalar asilar deve passar por um processo de transformações, para assim cumprir com seus fins que é o tratamento humanitário e, conseqüentemente, a cura do doente mental.

A segunda característica é referente ao processo de tratamento em centros comunitários extra-hospitalares, superando-se, assim, a idéia de transformações na instituição asilar. Valoriza-se, neste caso,

o contato com o meio social.

Segundo Basaglia (1985), o hospital psiquiátrico somente iria reproduzir a violência que o paciente vivenciou em sua família ou na sociedade. Para Giannicheda (1989), torna-se importante o tratamento do doente mental em centros de saúde, mas aponta para o fato de que este indivíduo poderá trazer algumas alterações para a dinâmica e a economia familiares.

Vasconcelos (1992), parafraseando Giannicheda, também salienta o direito de o doente mental conviver em seu meio social, cabendo ao serviço público de saúde mental, como direito da família, contribuir para o cuidado social do doente mental, no caso das alterações na dinâmica e economia familiares.

Estas são algumas das reivindicações das associações de familiares de portadores de transtorno mental, ou seja, o apoio dos serviços de saúde mental, para os cuidados sociais com o doente, ocorrendo, assim, para a família, a minimização do cuidado, a manutenção do seu bem-estar e qualidade de vida.

As reivindicações destas associações familiares surgiram a partir dos anos 70, com a diminuição do *Welfare State* (Estado de Bem Estar Social), ou seja, com uma diminuição das funções do Estado no campo social, devido à ascensão do neoliberalismo.

Muitas funções que eram antigamente assumidas pelo Estado, agora, com o neoliberalismo, são devolvidas às famílias, cuja estrutura geral não permite a oferta de “serviços” para os quais não foram preparadas.

Neste período, as famílias passam por crises econômicas, devido ao desemprego estrutural, e começam a pressionar o Estado para que colabore de alguma forma. Com essa retração do Estado nas questões sociais, as famílias se sentem sobrecarregadas e, por isso, a relação da família e do doente mental começa a tornar-se mais complexa.

## **2.1 A dinâmica da estrutura familiar com a presença do doente mental**

Segundo Rosa (2002), a estrutura familiar em que se tem a presença de um doente mental, torna-se mais complexa com a retração do Estado nas questões sociais, uma vez que a família, neste sistema neoliberal, passa por grandes crises econômicas. Neste sentido, impõe-se a necessidade de que todos os integrantes da família trabalhem para melhorar a renda familiar e, assim, surge a questão de quem irá cuidar do doente mental que, na maioria das vezes, é dependente.

Miles (1992), em sua obra *O doente mental na sociedade contemporânea*, além dos aspectos econômicos referentes à dinâmica familiar, traz também alterações que podem ocorrer no clima emocional familiar. Uma família que tem em seu seio a presença de um doente mental, pode apresentar um clima emocional alterado devido à imprevisibilidade desse doente mental. Esse fato pode causar, no âmbito familiar, desgastes, tensões e conflitos entre seus membros. Sendo assim, os parentes próximos, que convivem diariamente com o doente mental, consideram-se “vivendo à beira de um vulcão” ou estando “constantemente numa corda bamba” (CREER E WING, 1974).

O que afeta diariamente o clima emocional de uma família é o comportamento imprevisível do paciente, que, na maioria das vezes, se vincula a uma grande agitação ou a um silêncio total por horas e dias.

Em muitas famílias, os parentes ligados diariamente ao doente mental sentem-se culpados pela sua doença. Isto ocorre principalmente nas classes médias, devido ao aspecto cultural da responsabilidade da família com seus membros. Neste sentido, quando ocorre uma doença mental em uma família, considera-se consequência de negligência ou erros em sua função.

Este sentimento culpabilizador também ocorre devido a estes familiares serem leigos, não estando preparados para lidar e cuidar de um doente mental.

Os parentes do doente mental sentem-se inseguros em relação aos cuidados que devem ser efetuados com o doente mental, “descobrendo por si mesmos como lidar com o paciente e com os problemas desconhecidos da vida familiar” (CREER E WING, 1974). Os parentes têm de “descobrir” como cuidar do doente mental, devido à falta de orientação profissional direcionada a familiares de pacientes doentes mentais, tanto por parte dos serviços responsáveis, como pelas políticas públicas que deveriam ofertar tais procedimentos.

As alterações no clima emocional familiar, conseqüentemente, afetam os relacionamentos familiares. Neste sentido, a partir de alterações no clima emocional, o relacionamento no âmbito familiar tende a desgastar-se e também tendem a ocorrer alterações nos relacionamentos, obrigando a família a ter de “adequar-se” (ou readequar-se) para conviver com um membro doente mental. Adequar, nesse sentido, significa saber conviver com o doente mental inserido em seu seio familiar e, ao mesmo tempo, com todas as alterações que ocorreram em seus relacionamentos com parentes próximos ou mais distantes, vizinhos, amigos e outros.

Estas pessoas que estão indiretamente ligadas ao doente mental culpam a família e os genitores pela doença, como responsáveis únicos pelo processo. Por exemplo, culpam os pais por terem criado de maneira errônea seus filhos, além de poder ocorrer, por parte do filho “sadio”, ciúmes dos pais que proporcionam “mais” atenção ao filho doente. Todos estes aspectos afetam o relacionamento no âmbito familiar, podendo causar problemas na saúde familiar. Neste sentido, com a presença de um doente mental em uma família, podem ocorrer alterações no clima emocional, que abalam os relacionamentos familiares, com grandes probabilidades de que seja afetado um membro familiar considerado sadio. Isto poderá ocorrer, por exemplo, devido à pessoa ficar sobrecarregada, tendo de assumir diferentes funções.

Sommer (1990), além destes aspectos, aponta as dificuldades enfrentadas por estas famílias, devido ao despreparo, à precariedade em termos de suporte assistencial, bem como à ausência de programas destinados pelas políticas públicas e serviços especializados.

Então, pode-se verificar que as associações de familiares de pacientes de transtorno mental alegam a importância dos serviços assistenciais na área da saúde mental para “contribuir” com a economia do grupo familiar, minimizando alterações no relacionamento e no clima emocional destas famílias.

Segundo Miles (1982), além das alterações citadas acima, também ocorrem alterações na posição social da família. Se a família, no período anterior à descoberta da doença mental em um seu componente, ocupava um status superior na sociedade, após esta descoberta, devido ao estigma culturalmente ligado à doença mental, ela passa a ser inferiorizada em seu meio social.

Estas famílias de pacientes doentes mentais são consideradas pela sociedade como diferentes, uma vez que o padrão de normalidade para as outras famílias é outro, ou seja, “normal”. Ocorre, assim, uma estigmatização, não só para o paciente doente mental, mas para toda sua família, e “os pacientes frequentemente se queixam de que seus amigos e conhecidos se modificam em relação a eles, e também de perderem seu círculo social anterior” (MILES, 1979).

Isto pode ocorrer porque as pessoas leigas não sabem quais atitudes devem ter diante desta questão. Pode verificar-se também redução destes relacionamentos sociais, devido aos hábitos e costumes diferentes do doente mental. Então, quando um familiar pensa em levar um amigo até sua residência, ele fica em dúvidas e, quando tais dúvidas não são sanadas, dificilmente a pessoa retorna. Assim, torna-se evidente a tentativa de os familiares do doente mental tenderem a encobrir a doença de seu membro. Muitas vezes não revelam a conhecidos o passado referente ao tratamento psiquiátrico, para não perderem seus relacionamentos sociais e também não serem estigmatizados.

Em outros casos ocorre a “dissociação”, ou seja, o parente de um doente mental tende a afastar-se de seus relacionamentos sociais, devido a medo da estigmatização por ser “parente” de um doente mental ou “louco”.

Em sentido contrário, temos a “normalização”, que acontece quando os parentes de um doente mental minimizam ou ignoram a doença e mantêm seus relacionamentos sociais normalmente, como se em seu seio familiar não houvesse um doente mental. Consideram-na como uma doença como qualquer outra, informam parentes e conhecidos sobre o problema e se revelam dispostos a discutir a doença em busca de sua cura ou de sua minimização, ofertando, assim, a busca pelo conforto geral.

Nestes casos, os familiares do doente mental são opositores da exclusão social e, em consequência, do isolamento de seu meio social.

O que ocorre, na maioria das famílias que têm um doente mental, é o “encobrimento” e a “dissociação”, devido ao medo e ao estigma de ser familiar de um doente mental.

As famílias de doentes mentais, em sua maioria, como podemos perceber, tendem a se ajustar, a adaptar-se com a presença em seu meio. Isto ocorre quando os familiares do paciente acreditam ser uma situação não possível de alterações. O processo de aceitação do doente mental em sua família ocorre por diferentes fatores, como, por exemplo, quando a família se sente obrigada a cuidar do doente mental, também devido à possibilidade de recebimento de benefícios em prol do doente mental, entre outros. (MILES, 1982)

Também segundo Miles (1982), algumas famílias consideram positiva a presença do doente mental em seu meio familiar. Isto ocorre, porque algumas pessoas se sentem bem consigo mesma por fazer algo de bom, principalmente por cuidar de algum parente; também em casos de pessoas solitárias, essa situação é recorrente porque, mesmo que o paciente possa ter necessidade de alguns cuidados especiais, acaba por ser uma “companhia”, independentemente de seus hábitos e costumes. Estas pessoas solitárias não se incomodam com a situação.

Neste sentido, podemos perceber que há diferentes visões sobre como é ter um doente mental na dinâmica familiar.

Um outro fato importante que favorece que familiares tenham

em seu meio social um doente mental é a rede social em que a família está inserida. Quando a família do doente mental está inserida em uma comunidade menor em que todas as pessoas se conhecem, tende a receber apoio, ajuda dos conhecidos e amigos. Diferentemente em uma rede social aberta, ou seja, uma comunidade ampla em que as pessoas se conhecem superficialmente, o apoio e a ajuda são menores. Segundo Miles (1982), “uma família que viva em tal comunidade tem um encargo muito menor do que a pequena família urbana que vive em rede aberta”.

Esta questão da aceitação do doente mental por suas famílias deve ser encarada em toda a sua complexidade uma vez que, independentemente dos laços familiares serem estreitos, podem ocorrer a não-aceitação do doente, ou seja, sua rejeição, tendo em vista possíveis alterações na dinâmica familiar como um todo. (MILES, 1982).

### **3 A família como protagonista para prover os cuidados e a sociabilidade do doente mental**

No Brasil, em 1970, segundo Teixeira (1997), houve uma grande ascensão dos estudos voltados à terapia familiar do doente mental e sua família.

No mesmo ano, a partir destes estudos relacionados à terapia familiar, as Ciências Sociais começaram a realizar estudos sobre o contexto social de famílias brasileiras de baixa renda, num novo enfoque que trazia os aspectos sociais do contexto familiar de um doente mental.

Somente em 1980 a família passou realmente a ser objeto de estudo acadêmico, mas, ainda, com a visão antipsiquiátrica que exclui o doente mental.

Em 1990, ocorre uma grande evolução dos estudos referidos à família e ao doente mental, com importantes debates, decorrente do advento do movimento de Reforma Psiquiátrica. Neste período,

surtem importantes definições sobre a família do doente mental.

Segundo Miranda (1999), a família é um lugar em que, quando houver laços relacionais, é possível a convivência com um doente mental. Traz contido o aspecto de que a família não é o único lugar onde pode conviver um doente mental, e de que esta também não tem “obrigação” de conviver com essa pessoa.

Para Motta (1997), a família é sofredora por estar inserida em seu meio um doente mental, que pode influenciá-lo. Neste sentido, precisa de apoio assistencial e ser “tratada”.

Conforme Pereira (1997), “a família é a construtora da cidadania do doente mental”, fornecendo-lhe oportunidades de exercer seus direitos como cidadão.

Vasconcelos (1992), considera a família provedora de cuidado para o doente mental, uma vez que os serviços de saúde mental atualmente objetivam atuar apenas em momentos de crises; portanto, a família deve prestar cuidados ao doente mental, fornecendo-lhe um lugar em seu seio familiar e, conseqüentemente, inseri-lo na sociedade.

Nesse sentido, segundo Vasconcelos (1992), temos:

O papel positivo do hospital psiquiátrico que cumpre a função de refúgio nos períodos de sofrimento, e do direito da família à co-responsabilidade pública com o cuidado e tratamento de seu membro com problemas mentais.  
(VASCONCELOS, 1992)

Jonas Melman (2001), in Rosa (2002), traz como importante aspecto, o fato de os serviços de saúde mental atualmente estarem redirecionando à demanda de doentes mentais para seus familiares, sendo estes responsáveis por sua sociabilidade.

Neste sentido, a família ganha papel de protagonista para prover os cuidados e a sociabilidade do doente mental.

Assim temos, de um lado, a família sofredora com dificuldades

de prover os cuidados de seu familiar doente mental; do outro as famílias que, apesar das dificuldades e alterações que acontecem na dinâmica familiar com a presença de um doente mental, se organizam e viabilizam mobilizar o Estado para que cumpra com seu papel e dever de prestar serviços ambulatoriais de saúde mental e, conseqüentemente, permitir que os familiares possam cuidar de seu paciente doente mental, com maior qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELTRÃO, P. C. *Sociologia da Família Contemporânea*. Rio de Janeiro: Petrópolis, Vozes, 1970.
- GONÇALVES, Lúcia M. S. R. *Saúde Mental e Trabalho Social*. São Paulo: Cortez, 1983.
- GOODE, J. Willian. *A Família*. São Paulo: Pioneira, 1970.
- KALOUSTION, M. Sílvia, *Família Brasileira a Base de Tudo*. 3.ed. Brasília: Unicef/Cortez, , 1998.
- MILES, A. *O Doente Mental na Sociedade Contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- PADRO, DANDA. *O que é Família*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, v. 23, n.71, set. 2002, p.138-161.

