

ACEITAÇÃO DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES

Jéssica Batistela VICENTE^a, Pamela Patrícia MARIANO^b, Aline Aparecida BURIOLA^c,
Marcelle PAIANO^d, Maria Angélica Pagliarini WAIDMAN^e, Sonia Silva MARCON^f

RESUMO

Neste estudo descritivo, de natureza qualitativa, realizado junto a 10 familiares de pessoas com transtorno mental egressas da emergência psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá - PR, o objetivo é apreender de que modo é percebida a aceitação da pessoa com transtorno mental na família e na comunidade. Os dados, coletados no período de outubro a dezembro de 2010, em entrevista aberta, foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática, da qual resultaram três categorias: "Cuidar, uma necessidade constante", "Convivendo com a pessoa com transtorno mental: um turbilhão de sentimentos", "Um muro construído com estigma e preconceito: necessidade de desconstrução". Conclui-se que a compreensão sobre a doença é essencial para aceitá-la e aceitar ao doente, e o profissional de saúde precisa estar próximo à família, dando-lhe suporte, esclarecendo dúvidas relacionadas à doença, e apoiando-a para que enfrente as dificuldades que emergem no cotidiano.

Descritores: Família. Saúde mental. Enfermagem.

RESUMEN

Este estudio descriptivo de naturaleza cualitativa realizado con 10 familiares de personas con trastorno mental alejadas de la emergencia psiquiátrica del Hospital Municipal de Maringá-PR, tiene el objetivo de aprender cómo los familiares perciben la aceptación de la persona con trastorno mental en la familia y comunidad. Los datos, fueron recolectados en el período de octubre a diciembre 2010, por medio de entrevista abierta y sometidos al análisis de contenido de modalidad temática. Lo que resultó en tres categorías: "Cuidar, una necesidad constante"; "Conviviendo con la persona con trastorno mental: un millón de sentimientos" y "Un muro construido con estigma y prejuicio: necesidad de desconstrucción". Se concluye que la comprensión de la enfermedad es esencial para la aceptación de esta y del enfermo. El profesional de salud necesita estar cerca de la familia para darle soporte, Aclaraciones y dudas relacionadas a la enfermedad y apoyar en el enfrentamiento de las dificultades que surgen en la vida cotidiana.

Descriptorios: Familia. Salud mental. Enfermería.

Título: *Aceptación de la persona con trastorno mental en la perspectiva de familiares.*

ABSTRACT

The aim of this descriptive and qualitative study is to analyse how acceptance of mental illness is perceived by family members of the patient and the surrounding community. This study was conducted with the help of 10 families of patients with mental disorders admitted to the psychiatric emergency unit of the Municipal Hospital of Maringá, state of Parana, Brazil. Data were collected from October to December 2010, in open interviews and submitted to thematic content analysis, resulting in three categories: "Care, a constant requirement", "Living with a patient with mental illness: a whirlwind of emotions", "A wall constructed with stigma and prejudgement: the need for deconstruction". The conclusion is that an understanding of the disease is vital for acceptance of the illness itself and of the patient, and that healthcare professionals must remain close to the family to provide support, answer queries related to the disease, and help the family to face the difficulties of everyday life.

Descriptors: Family. Mental Health. Nursing.

Title: *Acceptance of patients with mental illness: a family perspective.*

a Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na Universidade Estadual de Maringá (UEM). Maringá-Paraná, Brasil.

b Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na UEM. Maringá-Paraná, Brasil.

c Enfermeira. Professora da Graduação em Enfermagem da Universidade do Oeste Paulista. Doutoranda em Enfermagem na UEM. Presidente Prudente-São Paulo, Brasil.

d Enfermeira da Estratégia Saúde da família de Maringá. Doutoranda em Enfermagem na UEM. Maringá-PR, Brasil.

e Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UEM. Maringá-Paraná, Brasil.

f Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UEM. Maringá-Paraná, Brasil.

INTRODUÇÃO

Cerca de 3% da população brasileira sofre de transtornos mentais graves ou severos e mais de 12% necessita de cuidados em Saúde Mental em algum momento da vida⁽¹⁾. Diante de números tão expressivos de casos é importante identificar de que modo a família e a comunidade têm construído a convivência com a pessoa com transtorno mental (PTM), de que modo ocorre sua aceitação em ambos os núcleos e quais as dificuldades cotidianas da família no cuidado com esse doente.

A assistência em Saúde Mental – atenção que inclui a família e a comunidade da pessoa acometida por transtorno mental (PTM) – iniciou com a Reforma Psiquiátrica que passou a ser discutida, no Brasil, na década de 1970, com o objetivo principal voltado à desinstitucionalização desse doente: reintegrá-lo à sociedade, a partir do seu retorno ao âmbito familiar, reduzindo, assim, o número de internações psiquiátricas⁽²⁾.

Para que essa mudança ocorresse foi necessária uma transformação na rede de atenção em saúde mental, que passou a ter as metas principais de: tornar saudável a convivência da PTM no contexto familiar e social; apoiar e orientar familiares e doentes em suas dificuldades e esclarecer dúvidas de todos os envolvidos nesse processo⁽³⁻⁴⁾, no intuito de fortalecer o vínculo doente/família/comunidade, favorecendo a aceitação social da doença em si e dos próprios doentes.

A convivência com esta pessoa é permeada de dificuldades decorrentes do descompasso temporal determinado pela incompatibilidade no ritmo de vida do paciente e da família, o que gera desgaste emocional e físico, culpa familiar pelo aparecimento da doença, sobrecarga financeira e conflitos e perdas de diferentes ordens^(5,6). Assim, as possíveis alterações na estrutura familiar e comunitária por si só justificam a importância de se investigar de que modo ocorre a aceitação dessa pessoa no seu cotidiano doméstico e social, especialmente quando se considera que a compreensão sobre a doença é importante para o sucesso do seu tratamento e reabilitação social.

Conhecer essa realidade pode contribuir para que o profissional de saúde – o enfermeiro – atue no âmbito da promoção da saúde ou da prevenção de agravos, propondo intervenções que visem melhorar a qualidade de vida desses doentes e de suas famílias.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi o de apreender de que modo os familiares percebem a aceitação da pessoa com transtorno mental na família e na comunidade.

METODOLOGIA

O presente estudo é descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em Maringá – PR, com familiares de PTM egressas da Emergência Psiquiátrica do Hospital Municipal de Maringá (HMM) no ano de 2008. Esse serviço é referência para o atendimento de emergências psiquiátricas para os 66 municípios que integram três Regionais de Saúde (RS) do estado do Paraná: 11ª RS (25 municípios), 13ª RS (11 municípios) e 15ª RS (30 municípios).

As pessoas com transtorno mental egressas do serviço foram localizadas a partir de consulta ao banco de dados da Emergência Psiquiátrica, o qual contém informações sobre os atendimentos mensais dos pacientes, diagnóstico, identificação, endereço, data de admissão e de alta, dentre outras, constatando-se que havia 4.709 registros de pessoas que passaram por essa emergência em 2008. Desses, inicialmente, foram excluídos 2.947 registros referentes aos diagnósticos de alcoolismo e drogadição e outros não especificados, pois o interesse era estudar a aceitação do doente com transtorno mental relativa à natureza comportamental. Restaram 1.762 registros referentes aos diagnósticos de depressão, esquizofrenia e mania. Em seguida, foram selecionados somente os casos (606) em que as pessoas com esse tipo de transtorno foram internadas na emergência psiquiátrica (permanência mínima de 24 horas), pois a internação evidencia a ocorrência de crises, situação que influencia a aceitação da pessoa.

Dos 606 registros de internação foram excluídos os duplicados, resultando em 526 registros, sendo 428 de pessoas residentes em municípios da 15ª Região de Saúde, 64 da 11ª, e 33 da 13ª. Optou-se por desenvolver o estudo com familiares de pacientes residentes na 13ª RS, pois o número menor de municípios agregados facilitaria o deslocamento para a coleta de dados.

Os critérios para a seleção dos informantes para o estudo foram: o indivíduo conviver com a PTM, ter 18 anos ou mais, e residir em um dos municípios que compõem a região escolhida. O contato com as famílias foi realizado inicialmente por telefone, e as que não dispunham desse meio

foram procuradas no próprio domicílio. Salienta-se que várias famílias não foram localizadas porque o número de telefone ou endereço informado não existia ou elas haviam se mudado.

Participaram deste estudo os familiares de 10 doentes. Cabe salientar que foram realizadas entrevistas com familiares de 12 pessoas, pois, como não se havia estabelecido qualquer impedimento, em alguns casos mais de um familiar participou da entrevista, embora quase sempre apenas concordando com os relatos do informante principal. Em três casos o doente também participou e, em dois deles, até mesmo em função da doença, eles tomaram a frente e não deixaram o familiar falar. Por essa razão, excluíram-se essas duas entrevistas..

Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2010, em entrevista aberta, realizada na residência das famílias, pois, acredita-se que nesse ambiente a família se sintia mais à vontade para contar sua história. As entrevistas tinham como propósito que os familiares abordassem a história do transtorno mental e relembassem os momentos de aceitação ou não dessa pessoa na família ou na comunidade, partindo-se da seguinte questão norteadora: Fale o que você lembra sobre a doença de seu familiar desde o primeiro episódio até os dias atuais.

As entrevistas, com duração de aproximadamente 40 minutos, foram gravadas, após o consentimento dos participantes do estudo, e, posteriormente, transcritas na íntegra. Também se utilizou um diário de campo para o registro de observações e impressões do pesquisador referentes a aspectos não possíveis de serem captados na gravação (linguagem não verbal -gestos, posturas, expressões faciais, entre outros).

Para a análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, após, submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática⁽⁷⁾. Trata-se de um conjunto de técnicas que permite realizar inferências a partir do conteúdo objetivo das falas obtidas, composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados⁽⁷⁾.

Na pré-análise, fase de organização dos documentos, ocorreram a leitura flutuante, a escolha dos relatos, a formulação de hipóteses, a escolha dos índices e a elaboração de indicadores para fundamentar a interpretação. A fase de exploração do material consistiu em encontrar agrupamentos e associações que respondessem aos objetivos do estudo surgindo, assim, as categorias. Já, a fase de

tratamento dos resultados compreendeu o momento em que foram realizadas as inferências e a interpretação dos resultados encontrados⁽⁷⁾.

O desenvolvimento do estudo obedeceu às diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e seu projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer nº 509/2009). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, e para garantir-lhes o anonimato, os extratos de seus depoimentos foram identificados pela letra F de familiar seguida de um número indicativo da sequência de realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 10 familiares e, destes, sete eram mulheres – quatro delas mães da PTM – uma irmã, uma filha e uma esposa; dois eram esposos e um, pai.

Seguindo os passos da análise de conteúdo⁽⁷⁾ emergiram três categorias: “Cuidar, uma necessidade constante”, em que se abordaram os cuidados diários que a família presta ao doente; “Convivendo com a PTM: um turbilhão de sentimentos”, em que se discutiram os sentimentos vivenciados pelos familiares; e “Um muro construído com estigma e preconceito: necessidade de desconstrução”, em que se discorreu sobre o preconceito e o estigma existente na comunidade e família, o que dificulta a reinserção social da pessoa com transtornos mentais.

Cuidar, uma necessidade constante

Os relatos dos familiares revelaram que o ato de cuidar está presente na convivência com a PTM. O cuidado passa a ser uma necessidade diária devido às condições em que o paciente se encontra.

Tomar banho não queria, é uma pessoa que se a gente não tivesse forçando ele nem colocava nada na boca, não colocava, muito triste. [Notas de Campo-NC: mudança no semblante seguido de choro] (F3).

A gente dando remédio pra ela todo dia [...] Ela ficou onze dias em casa, nem dormia e nem comia. Ela ficou bem magrinha, aí, a gente levou ela para o médico.(F8)

Observa-se que os familiares assumem a responsabilidade de supervisionar, estimular e até fazer

pelo doente o que ele não quer ou não consegue fazer sozinho, pois a incapacidade para realizar tarefas domésticas simples e de autocuidado acomete a maioria das pessoas com doenças crônicas e de curso prolongado, abrangendo a doença mental⁽⁸⁾.

No depoimento de F3, mãe do doente, percebe-se que o cuidado é prestado somente por ela, sobrecarregando-a física e psicologicamente. Infere-se que, ao assumir a responsabilidade pelo cuidado do filho, a mãe não a considera um fardo, mas algo inerente ao seu papel de mãe. Em seu relato, ela não fez menção ao cansaço, mas à preocupação com o bem-estar do filho. No entanto, sua expressão facial e seu tom de voz demonstraram a sobrecarga física e psicologia na convivência com o transtorno mental.

Em outros casos, os cuidados são prestados por mais de um membro da família.

Teve uma noite, que a minha filha falou: 'Dr. quero ficar com a minha mãe. Ela não tá aguentando cuidar da minha irmã sozinha'. Aí ele falou: 'Pode ficar'. Aí a minha filha que mora no estado de São Paulo, ficou comigo, veio pra me ajudar a cuidar [...] (F6).

Percebe-se, portanto, que as famílias tentam encontrar formas de organização que lhes permitam dividir as tarefas relacionadas ao cuidado ao familiar doente, minimizando a sobrecarga da cuidadora principal. Isto tende a ocorrer especialmente durante os períodos de hospitalização, quando há uma ruptura no cotidiano familiar. Por mais que seja trabalhoso, geralmente os cuidadores conseguem acomodar as tarefas cotidianas pelas quais são responsáveis com o cuidado à PTM. No entanto, diante de uma hospitalização essa organização se altera, principalmente quando é solicitado que o paciente seja acompanhado por uma familiar cuidador.

O suporte social e familiar pode funcionar como um fator protetor, pois tende a minimizar os efeitos dos estressores de vida, ao mesmo tempo em que desencadeia relacionamentos provedores de apoio, o que, por sua vez, promove bem-estar a toda a família⁽⁹⁾. Assim, a ajuda mútua no contexto familiar é a principal e mais importante adaptação na convivência com a pessoa com transtorno mental. A família é a primeira rede social do indivíduo, devendo ser considerada a unidade básica de saúde, em um modelo de intervenção que possibilite resolver os problemas cotidianos, diminuir o estresse da família, do sujeito e evitar as recaídas/crises⁽⁶⁾.

Convivendo com a pessoa com transtorno mental — um turbilhão de sentimentos

Desde o início da implementação da Reforma Psiquiátrica a família é considerada indispensável para o cuidado e entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização destas pessoas. Também é considerada pelos profissionais de saúde uma aliada nos cuidados⁽¹⁰⁾. Porém, para se efetivar o princípio de a família ser base do cuidado em saúde mental é importante reconhecer as dificuldades advindas da convivência com o indivíduo, principalmente aquelas que podem estar ocultas aos profissionais de saúde, por exemplo, os sentimentos.

Conviver com esse tipo de doente pode gerar, no contexto familiar, sentimentos variados, entre os quais o medo diante das atitudes do indivíduo, especialmente nos momentos em que ele se torna agressivo, pois, nesses casos, seus atos são imprevisíveis. Nesse cenário, a família pode sentir-se ameaçada em relação às atitudes do seu familiar, dificultando-lhe a aceitação e pode surgir o desinteresse em ajudá-lo.

[...] outro dia ele pegou um machado para me matar, eu corri e me escondi, lá na casa da minha vizinha, me escondi embaixo da cama e ele falava 'eu quero ela [...]'. Eu mato ela e mato essa outra (a vizinha)' [...] (F3).

[...] ele quebra as coisa dentro de casa, o vidro da cozinha tá quebrado. A gente só tem um carro que a gente divide e esse carro aí tá tudo quebrado, ele comete barbáries sabe?(F5)

Ressalta-se que o medo é um grande obstáculo para a aceitação desse doente na família e na sociedade por limitar o relacionamento interpessoal. Aliado a esse sentimento, encontra-se a vergonha e o constrangimento dos familiares frente ao comportamento inadequado do doente, o qual dificulta a convivência, a interação social e, conseqüentemente, a aceitação desse indivíduo no contexto familiar e social. Para esses familiares, receber e conviver com o diagnóstico de transtorno mental de um membro da família pode desencadear diversos sentimentos, principalmente os negativos: o medo, a tristeza, a vergonha e a piedade, um aglomerado de ações ou efeitos do sentir que acabam prejudicando a qualidade de vida de todos⁽¹¹⁾.

Esses sentimentos surgem, principalmente, a partir do momento em que aspectos particulares

da convivência com a PTM se tornam públicos, considerando-se que a sociedade não tolera comportamentos que fujam ao padrão de normalidade por ela instituído.

[...] quando ela sai do hospital, ela começa a fazer besteira. Sai pra rua e ranca a roupa se for preciso né, tira tudo [...] (F1)

A exclusão do “louco” se perpetuou no tempo, de tal modo que, ainda hoje, o tratamento se faz sobremaneira pela rotulação, pelo tratamento dos sintomas, à base de medicamentos e pela manutenção do doente em instituição psiquiátrica, retirando-o da família, do mercado de trabalho, dos vínculos sociais, enfim, excluindo-o da vida em sociedade⁽¹²⁾. Ademais, as crises geram sentimentos negativos na família, e mesmo em momentos em que elas não se manifestam, continuam a assombrar seus integrantes. Dessa forma, a preocupação com recaídas torna-se companheira constante, tornando mais difícil a aceitação do doente no seio familiar.

Você entra em pânico porque não tem como você dormir, não tem como você se alimentar, e sofre a família inteira [...]. E quantas vezes meus filhos vinham aqui e não tinham coragem de ir embora [...] eu chorava dia e noite (F2).

O que aumenta é a preocupação, porque quando ela tá em casa, eu não trabalho sossegado o dia inteiro, porque, é, cada vez que toca o telefone, é uma cisma que pode ser ela, porque a gente nunca sabe (F9).

Assim, percebe-se que doença mental compromete a estrutura emocional e organizacional da família, havendo reflexos sobre as atividades laborais e sociais de seus membros⁽⁶⁻¹³⁾.

Outro sentimento que também permeia a convivência com a pessoa acometida por transtorno mental é a culpa que se revela como uma das marcas mais visíveis na vida das famílias. Elas procuram erros que possam ter cometido no passado na tentativa de compreender e explicar o aparecimento do transtorno mental e, assim, amenizar o sofrimento e a tristeza⁽⁵⁾.

O meu pai fala assim que a diferença a gente foi sentindo aos poucos, ela foi se fechando no quarto [...]. Ai ele mesmo fala né, que esse descuido foi dele, que se ele tivesse visto antes hoje ela não era assim (F4).

Observa-se no relato de F4 que a família busca uma explicação plausível e concreta para uma realidade que julga inaceitável. Procura um culpado para o que não existe culpa. Na fala de F4, o pai se sente responsável pelo curso desfavorável da doença e o relaciona à ausência de cuidado, o que é influenciado pelo caráter silencioso e progressivo do transtorno mental.

A ideia de que alguém é culpado pela doença é um dos aspectos que interfere no relacionamento dos familiares com a pessoa doente. No caso do transtorno mental, a culpa revela-se uma das marcas mais visíveis na vida dessas pessoas, pois, de modo mais ou menos consciente, o familiar costuma mergulhar de cabeça à procura de eventuais erros do passado, buscando incessantemente explicações e sentidos que possam diminuir seu sofrimento por sentir-se culpado⁽¹¹⁾.

Portanto, as dificuldades enfrentadas pelas famílias frente à presença do transtorno mental levam-nas a um descompasso sobre a aceitação desse doente. A não remissão dos sintomas, os fracassos sociais e o comportamento imprevisível da PTM contribuem para o surgimento de tensões no núcleo familiar e social, contribuindo para a não aceitação da doença nesses meios⁽¹⁴⁾.

Um muro construído com estigma e preconceito – necessidade de desconstrução

Atualmente, com a substituição dos manicômios pela atenção em novas unidades de acolhimento, a pessoa com transtorno mental retorna para o convívio da família e da comunidade, as quais nem sempre estão preparadas para recebê-la, devido ao desconhecimento da doença e a falta de informação^(15,16), e podem ocorrer, então, atitudes repletas de estigma e preconceito e até de agressividade por parte da comunidade, em caso de crises do doente.

Então eu lembrei que ele saiu era 10 horas da noite, porque ele saía andar para qualquer lugar, aí dois rapazes pegaram ele ruim daquele jeito e bateram muito nele, bateram, rasgaram a roupa dele, puxaram ele, arrastaram ele no meio da rua que ele ficou tudo machucado, ele chegou em casa tudo machucado chorando [...] Da terceira vez que ele ficou ruim teve um policial. Ele bateu tanto no meu filho, ele não podia firmar o pé que tava inchado de tanto que ele bateu no meu filho, então ele pulava com o pezinho no alto [...] meu filho apanhou tanto, ficou uns 8 dias sem pôr o pé no chão (F3). [NC: choro e mudança de voz]

Diferente do que ocorre nos casos de crise em outros tipos de doença de caráter progressivo, para os quais são direcionados atenção e compaixão, a crise no caso do transtorno mental é considerada algo que mereça punição. Portanto, diante do relato de F3, tem-se a impressão de que a violência é inerente à situação de doença mental, e que o indivíduo merece ser maltratado, conduta que seria inaceitável no caso de uma pessoa dita “normal” e que por alguma circunstância, em dado momento, praticasse um ato agressivo

Cabe lembrar que o comportamento agressivo por parte da comunidade, além de causar sofrimento à PTM, faz com que seus familiares se sintam incapazes de proteger seu ente querido e impedir que esses atos aconteçam. O depoimento de F3 expressa o grito de socorro abafado de uma mãe que não tem a quem recorrer, e que se vê diante de um muro que aprisiona a si e ao seu filho, mantendo-a longe de recursos assistenciais que poderiam mudar essa realidade, dando-lhe o apoio necessário.

Um dos tipos de violência que mais acomete a PTM é a interpessoal. Esse tipo de violência perpassa as relações de vizinhança e de desconhecidos nos espaços da rua. Tal violência pode ser caracterizada por comentários estigmatizantes, humilhações e maus tratos gratuitos, como jogar pedra ou amedrontar o doente⁽¹⁷⁾.

Outra modalidade de violência é a institucional, que inclui especialmente discriminações produzidas no próprio setor saúde, em situações em que a pessoa é, ignorada, negligenciada, recusada ao cuidado ou levada à piora e à morte evitáveis. Nesse grupo estão incluídas as violências produzidas pelos próprios profissionais de saúde e as que caracterizam os serviços como um todo, ganhando a marca de uma cultura institucional⁽¹⁷⁾.

Contudo, independente do tipo de violência é importante ressaltar que esse tipo de comportamento não gera sofrimento apenas ao doente, mas também aos seus familiares, ao presenciarem que aqueles que deveriam tratá-lo ou protegê-lo, muitas vezes tornam-se o violentador.

Outra dificuldade que esta pessoa enfrenta é o retorno ao mercado de trabalho, pois, por desconhecimento e falta de informação a comunidade considera esses indivíduos incapazes de realizar atividades laborais, fato que os deixa à margem da sociedade.

Tem vezes que ela entra em desespero, que ela fala assim: eu vou nas fábricas arrumar serviço, eu vou em loja [...] mas ela não consegue, sabe quando as pessoas olham com preconceito, eu falo assim: ah, não liga não (F7).

A PTM é desvalorizada no sistema capitalista porque não produz como as demais pessoas e por isso é excluída da vida produtiva, resultando em desemprego e dificuldade financeira para a família⁽⁸⁾, porque, se, por um lado, a população em geral não é esclarecida sobre as limitações e potencialidades dessas pessoas, por outro, inexistente apoio dos órgãos públicos para que elas possam ter uma atividade laboral.

Ela está trabalhando com costura, está com umas três semanas que ela começou a trabalhar de novo e ela está melhorando [...] (F10)

A atividade laboral faz com que esta pessoa não seja dependente financeiramente, fato valorizado pela família, pois ela passa a ser percebida como integrante ativa no contexto familiar, o que se reflete em sua aceitação. Nesse sentido, o enfermeiro tem importante papel: o de facilitar-lhe o processo de inserção na sociedade, o que pode ocorrer por meio de palestras conduzidas de modo a esclarecer aspectos e características específicas da doença, desmistificando a incapacidade da pessoa que tem esse tipo de doença, ou, ainda, mediante realização de projetos educativos na comunidade.

A reinserção social é uma ferramenta ímpar para a recuperação desse portador de doença mental, e pode ocorrer através da escola, do trabalho, de grupos de amigos ou da religião⁽¹⁶⁾. De fato, diferentes setores da sociedade podem participar desse processo, o qual é facilitado quando há o apoio da família, como se constata no relato a seguir:

[...] ela tem amigos, nossa aqui no sábado, todo sábado aqui é cheio de gente, que ela traz as amigas dela, que ela tem no trabalho na igreja né. Ela tem trabalho de grupo de coreografia. E é uma benção. E isso tem ajudado muito, graças a Deus (F6).

A assistência ao portador de transtorno mental não deve limitar-se à resolução de problemas relacionados a questões somáticas. O desenvolvimento de atividades diversas, ofertadas em forma de oficinas para a realização de trabalhos manuais, é meio eficaz de intervenção, pois o trabalho manual permite ao indivíduo ver o produto final de seu

trabalho, o que é bastante prazeroso. Além disso, essas oficinas promovem a troca de experiências, a necessidade de sair de casa e proporcionam a ocupação da mente e do tempo da pessoa e, em alguns casos, pode ser tão bem-sucedida que lhe possibilita a inserção no mercado de trabalho, facilitando que seja aceita na família e na sociedade.

As oficinas são consideradas terapêuticas e representam importante instrumento de ressocialização e inserção do indivíduo em grupos, pois propõem o trabalho, o agir e o pensar coletivos, respeitando a diversidade, subjetividade e capacidade de cada sujeito⁽¹⁸⁾. Por fim, é importante ressaltar que, por suas características e importância para o doente, esse tipo de trabalho deve ser desenvolvido por uma equipe multiprofissional, sendo muito difícil a um único profissional dar conta da complexidade envolvida em sua condução.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que, na perspectiva dos familiares, é difícil a aceitação da pessoa com transtorno mental na família, a qual experiencia dificuldades diversas nessa convivência que envolve o apoio para o tratamento e melhora das condições de vida do doente. Os sentimentos que parecem prevalecer nessa relação – vergonha e constrangimento frente ao comportamento da pessoa em público, culpa pelo aparecimento da doença e medo diante de atitudes agressivas — se constituem em obstáculo para a aceitação desse tipo de doente tanto na família quanto na comunidade.

Percebe-se que o estigma e o preconceito estão presentes não somente na sociedade, mas também no seio familiar, influenciando negativamente a convivência com esta pessoa. A compreensão sobre a doença é essencial para que haja a sua aceitação, porém, em concomitância, devem ocorrer ações em saúde que visem ao esclarecimento comunitário sobre as verdades e os mitos relacionados a esse transtorno, a fim de minimizar essa condição tão intrínseca de desconhecimento e de não aceitação da pessoa com transtorno mental no meio social.

A partir dos relatos dos participantes da pesquisa, percebe-se a necessidade da intervenção dos profissionais de saúde, auxiliando a família a não centrar-se na doença, mas encorajá-la e incentivá-la

a direcionar forças para buscar o potencial para a saúde e autonomia do seu familiar doente. Somente assim, mediante maior comprometimento desses profissionais, a família encontrará suporte para continuar cuidando de si e do seu familiar, aceitando, de modo mais natural, a presença do transtorno mental em seu meio.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. O que é Reforma Psiquiátrica [Internet]. [2011] [atualizado 2012 Jan 20, citado 2012 Jan 20]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>.
- 2 Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e prática de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):195-204.
- 3 Waidman MAP, Brischiliari A, Rocha SC, Kohiyama VY. Conceitos de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas. *Rev RENE*. 2009;10(2):67-77.
- 4 Waidman MAP, Marcon SS, Pandini A, Bessa JB, Paiano M. Assistência de enfermagem as pessoas com transtornos mentais e as famílias na Atenção Básica. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):346-351.
- 5 Borba LO, Schwartz E, Kantorsk LP. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm*. 2008;21(4):588-594.
- 6 Schein S, Boeckel MG. Análise da sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. *Saúde. & Transformação Soc*. 2012;3(2):32-42.
- 7 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 8 Koga M, Furegato AR. Convivência com a pessoa esquizofrênica: sobrecarga familiar. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;1(1):69-73.
- 9 Cavalheri SC. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):51-57.
- 10 Martins RV, Rossetto M, Sartori QDN, Pinto EC, Van Der Sand ICP, Hildebrandt LM. Ações de saúde mental na região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(1):11-8

- 11 Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(4):680-688.
- 12 Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Nova Sá RC, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF.* 2008;13(1):115-124.
- 13 Santos AAS, Vargas MM, Oliveira CCC, Macedo, IAB. Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de crianças com paralisia cerebral. *Ciênc Cuid Saúde.* 2010;9(3):503-509.
- 14 Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Labronici LM, Maftum MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(2):442-9.
- 15 Costa B, Inoue L, Kohiyama VY, Paiano M, Waidman MAP. Assistência de enfermagem domiciliar à família e portadores de transtorno mental: relato de experiência. *Cogitare Enferm.* 2010;15(2):354-358.
- 16 Estevam MC, Marcon SS, Antonio MM, Munari DB, Waidman MAP. Convivendo com transtorno mental: perspectiva de familiares sobre atenção básica. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):679-686.
- 17 Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(Supl 1):101-108.
- 18 Azevedo DM, Miranda FAN. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(2):339-345.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Jéssica Batistela Vicente
Rua Professor Ney Marques, 54, Jardim Universitário
87020-300, Maringá, PR
E-mail: jessicabatistela@hotmail.com

Recebido em: 11.10.2012
Aprovado em: 14.03.2013