

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REPENSUL - POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR

**ENFERMEIRA E FAMÍLIA COMPARTILHANDO O PROCESSO DE
REINserÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL.**

MARIA ANGÉLICA PAGLIARINI WAIDMAN

CURITIBA

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REPENSUL - POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR

**ENFERMEIRA E FAMÍLIA COMPARTILHANDO O PROCESSO DE
REINserÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL.**

Autora: Maria Angélica Pagliarini Waidman.
Orientadora: Dra. Vanda Maria Galvão Jouclas.
Co-orientadora: Maguida Costa Stefanelli.

CURITIBA

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REPENSUL - POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR.

**ENFERMEIRA E FAMÍLIA COMPARTILHANDO O PROCESSO DE
REINserÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL.**

MARIA ANGÉLICA PAGLIARINI WAIDMAN

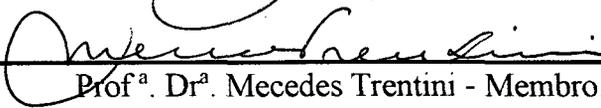
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para
obtenção do título de

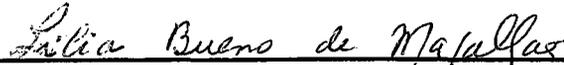
MESTRE EM ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

sendo aprovada em 13 de março de 1998, atendendo as normas da legislação vigente
do Curso de Pós - Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa
Catarina - UFSC.

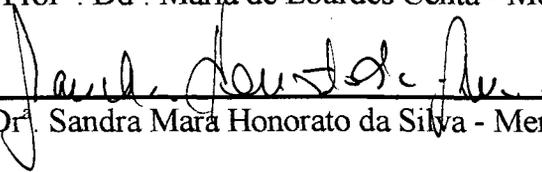
BANCA EXAMINADORA

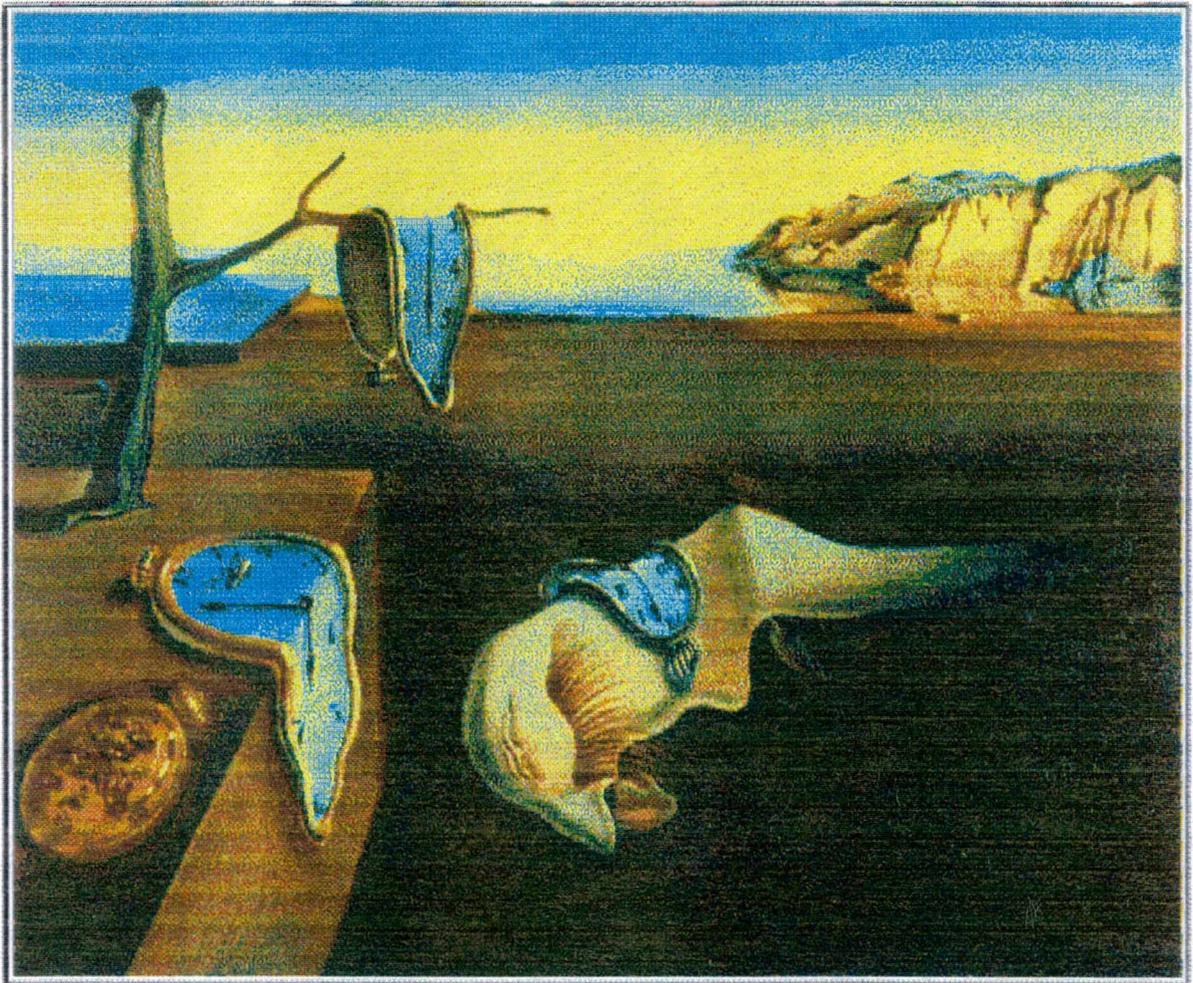

Prof.^a. Dr.^a. Vanda Maria Galvão Jouclas - Presidente / orientadora.


Prof.^a. Dr.^a. Mercedes Trentini - Membro.


Prof.^a. Dr.^a. Lilia Bueno Magalhães - Membro


Prof.^a. Dd.^a. Maria de Lourdes Centa - Membro


Prof.^a. Dr.^a. Sandra Mara Honorato da Silva - Membro suplente



"Persistência da Memória" - SALVADOR DALI

"Dizem que sou louco por pensar assim..."

Mais louco é quem me diz, que não é feliz...

Eu sou feliz...."

Arnaldo Antunes.

Aos meus queridos e amados pais

Juracy e Arthur

Ao meus amados

Cláudio, Nayara e Raissa

**Minhas fortalezas nas horas de alegria e dificuldades;
pela saudade na saída e alegria na chegada.**

**A vocês eu dedico esta vitória e todas as próximas conquistas da
minha vida.**

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela minha existência; a graça da oportunidade de chegar ao final com a mesma alegria e humildade do início, e por todas as alegrias e aprendizados obtidos. A **ELE TODA HONRA E TODA GLÓRIA!**

À **Vanda Maria Galvão Jouclas**, pessoa maravilhosa, amiga, muito mais que orientadora, obrigada pela sua ajuda, com você aprendi muito além do científico, do técnico, com você aprendi a valorização do ser humano, a liberdade de expressão, a compreensão das pequenas coisas, pela confiança em mim depositada e a humildade que existe em você.

À querida e cúmplice **Maguida Costa Stefanelli** presente do início ao fim deste trabalho. Obrigada pela sua contribuição de co-orientadora e amiga. A sua honestidade e confiança me fortaleceram e me fizeram chegar até aqui.

À minha querida tia e madrinha **Maria Augusta** pela dedicação, carinho e compreensão, pelo apoio físico e emocional durante toda a realização do mestrado, a tua presença foi além de tia e madrinha, foi de mãe. Obrigada!

Aos meus queridos primos **Augusto, Inês, Franciele e Maurício** por tudo que fizeram, pelo carinho da chegada e pela calorosa despedida, obrigada!

Aos meus queridos, **Maria, Salvador, Nice, Cleide** pela presença em todos os momentos.

À **Cléo** pelas noites sem dormir me ajudando na confecção do trabalho, me ouvindo e apoiando em todos os momentos.

Aos meus irmãos, **Lourdes, Ilma, Inês, Benê, José e Paulo**, pelo apoio compreensão e incentivo mesmo nas grandes dificuldades.

À minha amiga e companheira **Mariko Koga**, pela presença em todos os momentos, pela ajuda nas horas alegres e tristes, com a sua presença esta caminhada tornou-se menos pesada.

Aos amigos **Ellen Cristina Santana Aleixo, Herbert Leopoldo de Freitas Góes, Maria das Neves Decesaro, Valmir Rycheta Correia, Carmem Silvia Garcia e Sonia Silva Marcon**, pelo apoio, incentivo e presença em todos os momentos.

Às amigas do mestrado **Angela Renata Vasconcelos Mendonça e Verônica A. Mazza** pela alegria de tê-las conhecido e pelo carinho e companheirismo durante o curso.

Aos amigos **Neuza e José Arévalo**, pelo apoio, compreensão e incentivo em todos os momentos. A vocês o meu carinho e sinceros agradecimentos.

À turma do mestrado, **Ricardo, Darcy, Kleyde, Lílíana, Eleonor e Maria Cristina**, pela ajuda na confecção do projeto e contribuição através das discussões ocorridas em sala de aula.

Aos professores **Ivo Gelain, Rosita Saupe, Lílíia Bueno Magalhães e Ymiracy Nascimento de Souza Polak** pela colaboração e incentivo na confecção e execução deste trabalho.

À **Josete, Marilene, Olívia e Marilda**; secretárias maravilhosas, pessoas prestativas e companheiras, sem a ajuda e compreensão de vocês tudo seria mais difícil.

À **Gláucia Borges Serafim**, muito mais que coordenadora da Pós - Graduação do Polo I - UFPR, a tua ajuda foi imprescindível para a conclusão desta jornada.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Maringá**, especialmente ao Secretário Municipal de Saúde e funcionários do CISAM que permitiram a realização deste trabalho.

Às famílias **AMOR e AFETO** todo meu carinho e gratidão, sem vocês todo esse aprendizado não seria possível.

Aos professores do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos profissionais da Pró Reitoria de Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, especialmente **Márcia e Bette** pelo apoio e incentivo, os meus sinceros agradecimentos.

À **CAPES** pelo incentivo e apoio à pesquisa.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REPENSUL - POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR

**ENFERMEIRA E FAMÍLIA COMPARTILHANDO O PROCESSO DE
REINserÇÃO SOCIAL DO DOENTE MENTAL.**

MARIA ANGÉLICA PAGLIARINI WAIDMAN

RESUMO: Trata-se de um estudo realizado no domicílio de familiares de doentes mentais desinstitucionalizados no Município de Maringá - Paraná, no período de abril a julho de 1997. Teve como objetivo compartilhar os problemas decorrentes da reinserção social, enfrentados pelos familiares de doentes mentais e ajudá-los a encontrar subsídios necessários para reinserção do doente na comunidade. Participaram desta pesquisa duas famílias de doentes mentais clientes do Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá. A observação participante foi o método de coleta de dados utilizado. Os problemas compartilhados foram trabalhados, baseados nos princípios do relacionamento terapêutico de Joyce Travelbee, de acordo com as necessidades de cada família. Os resultados demonstraram que elas têm interesse em manter o doente mental no domicílio a após alta hospitalar, porém não tem infra estrutura necessária para que isso aconteça. Desconhecem a doença mental, os sintomas que indicam agravamento do quadro psiquiátrico e falta-lhes habilidades de relacionamento no convívio com o doente mental. Mostrou ainda, que se houver parceria entre a enfermeira e a família, a reinserção do doente mental na família e comunidade pode ser efetiva.

UNIVERSIDADE FEDERALE DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REPENSUL - POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

**NURSE AND FAMILY SHARING THE PROCESS OF SOCIAL REINSERTION
OF THE MENTALLY ILL.**

MARIA ANGÉLICA PAGLIARINI WAIDMAN

SUMMARY: This is a study performed at the domicile of relatives of deinstitutionalized mentally ill patients in the city of Maringá, Paraná, from April to July 1997. It had as a goal to share the problems arising from the social reinsertion of the mentally ill faced by their relatives and help them find the necessary subsidies to reinsert the mentally ill in the community. Two families of mentally ill patients from “Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá” participated in this research. The active observation was the method of data gathering used. The shared problems were dealt, based on Joyce Travelbee’s principles of therapeutical relationships, according to the needs of each family. The results showed that the families are interested in keeping the mentally ill at home after hospital discharge but that they do not have either the knowledge of the mental disease or of the symptoms that indicate a worsening of the psychiatric state and they also lack the skills of relationship to live with the mentally ill. The study also showed that if there is a partnership between the nurse and the family, the social reinsertion of the mentally ill in the family and in the community can be efficient.

SUMÁRIO

RESUMO	IX
SUMMARY	X
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Questões norteadoras	4
1.2 Pressupostos teóricos.....	4
1.3 Conceitos do marco referencial.....	6
2 REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1 A institucionalização da Psiquiatria.....	11
2.1.1 A institucionalização da Psiquiatria no Brasil.....	14
2.2 A doença mental.....	20
2.3 Família e doença mental.....	24
2.4 A Enfermagem Psiquiátrica no Brasil.....	27
2.5 O movimento de desinstitucionalização do doente mental no Brasil.....	30
2.6 O Enfermeiro e a reinserção social do doente mental.....	36
3 MÉTODO	41
3.1 Sujeitos e local do estudo.....	43
3.1.2 Critérios para seleção das famílias.....	43
3.1.2 O serviço de Saúde Mental de Maringá.....	44

3.2	Procedimento prático.....	46
3.3	Análise dos dados.....	50
4	O PROCESSO DE ASSISTÊNCIA, DE INFORMAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	51
4.1	O encontro inicial.....	51
4.1.1	A entrada na família.....	51
4.2	A realidade das famílias e a interação enfermeira - família.....	53
4.2.1	O paradoxo.....	53
4.2.2	Vivenciando ansiedade e angústia.....	54
4.3	Tomada de consciência.....	59
4.4	Desenvolvendo o relacionamento terapêutico com os familiares.....	62
4.5	A família como alicerce para reinserção social do doente mental.....	81
4.6	A família como educadora a partir de uma assistência compartilhada.....	87
5	TEMAS EMERGENTES DO ESTUDO	94
5.1	Vivenciando as questões éticas levantadas e trabalhadas no decorrer do estudo.....	94
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, o atendimento ao doente mental¹ no Brasil esteve ligado a grandes hospitais, cujo tratamento oferecido estava limitado a internações prolongadas, mantendo o doente afastado do seu âmbito familiar e social. A partir da década de sessenta em outros países e oitenta no Brasil, esta forma de atendimento tem sido discutida em nível de política de Saúde Mental e entre profissionais de saúde ligados a essa área. Gradualmente a idéia de desinstitucionalização vem permeando as discussões e o trabalho de profissionais de Saúde Mental, de familiares e da comunidade em geral.

A reforma psiquiátrica tem como pressuposto básico, substituir o modelo assistencial vigente por outras formas alternativas de atendimento e tratamento do doente mental, ou seja, tratar o doente sem tirá-lo do seu meio familiar e social, oferecendo-lhe um atendimento individualizado e de qualidade, apontando algumas alternativas como: hospitais dia e noite, ambulatórios de Saúde Mental, Núcleo de Atenção Psico-social (NAPS), Centro de Atenção Psico-social (CAPS), pensão protegida entre outros (Brasil,1992).

¹ Ao falar de doente mental estaremos considerando-o como um ser humano com direitos e deveres garantidos pela Constituição Federal, ou seja, aquele que tem direito a liberdade, de tomar decisões pessoais e políticas, ter um trabalho, transitar livremente, “olhar para o horizonte” com expectativas dignas de vida, respeitar e ser respeitado, ter direito a educação, ter família e outros direitos garantidos, ou seja, um cidadão.

Essas mediadas visam a melhoria da qualidade do atendimento oferecido ao doente mental, priorizando principalmente a diminuição da internação psiquiátrica e do período de internação, proporcionando maior convívio deste com a família e a comunidade.

Como profissional envolvida no atendimento ao doente mental, temos tentado encontrar formas alternativas para atender melhor o portador de doença mental e sua família. Desta forma em nossa prática, enquanto enfermeira em uma instituição psiquiátrica e na docência da disciplina Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica na Universidade Estadual de Maringá (UEM), temos adotado a visita domiciliar como uma forma de desenvolver uma assistência integral e humanizada, no que se refere à assistência ao doente mental. São muitas as dificuldades encontradas, levando-nos a perceber que há uma lacuna quanto à assistência ao doente mental no domicílio, no Serviço de Saúde Mental de Maringá - Paraná.

Ao realizar visitas domiciliares, juntamente com os alunos, percebemos através das falas dos familiares, que os mesmos necessitam de esclarecimento a respeito da doença mental; de orientação sobre as formas de relacionamento com o doente mental no domicílio; de orientação sobre como enfrentar os problemas sociais e econômicos comuns. Dentre estes problemas destacam-se: a falta de confiança dos familiares e das pessoas da comunidade no doente; o preconceito com relação à doença; o rótulo de louco; o desprezo e o desrespeito dos que o cercam; o estigma de incapacitado para o trabalho e para assumir responsabilidades e; a negação para exercer seus direitos de cidadão.

A situação apresentada nos faz acreditar que a família não está preparada para conviver com essa pessoa. Góes et al (1995) confirmam esta percepção, quando relatam que a família do doente mental não está preparada para recebê-lo e conviver com ele quando retorna da instituição psiquiátrica, pois apresenta dificuldade no relacionamento com o paciente, ansiedade acentuada pela rápida recuperação do doente, muitas dúvidas a respeito da doença e sentimento de culpa quando acontece o agravamento do quadro psiquiátrico do doente mental.

Vários autores, Macedo (1996); Morgado;Lima (1994); Bandeira (1991) e Koga (1997), referem que a família é fundamental na manutenção do doente mental fora da instituição psiquiátrica. Acreditam que ela precisa ser preparada e apoiada por profissionais de saúde mental, relatam ainda, que no Brasil investe-se muito pouco em trabalhos que preparem a família para a convivência com o doente mental.

Em Maringá, a situação de atendimento ao portador de doença mental e sua família não é diferente do restante do país. O serviço oferecido a comunidade dá-se em nível secundário e terciário. Em nível secundário, o Programa de Saúde Mental municipal conta com um Centro Integrado de Saúde Mental (CISAM), que funciona como ambulatório de Saúde Mental, oferecendo tratamento a doentes mentais egressos de instituições fechadas e pacientes que nunca foram internados anteriormente, em função do problema mental. O serviço terciário baseia-se em uma instituição psiquiátrica fechada de grande porte de caráter particular, conveniada com o Serviço Único de Saúde (SUS), cujo o tratamento baseia-se principalmente, na farmacoterapia.

Através de trabalhos realizados em conjunto com a Secretaria de Saúde do Município, mais especificamente com a Divisão de Saúde Mental, percebemos a necessidade de um programa de orientação e acompanhamento específico, com familiares que possuam doentes mentais crônicos em tratamento.

Vivenciando esta problemática, desenvolvemos este trabalho, visando compartilhar os problemas decorrentes da reinserção social, enfrentados pelos familiares de doentes mentais, e ajudá-los a encontrar subsídios necessários para reinserção do doente mental na comunidade.

I.1 Questões norteadoras:

Em face das considerações feitas temos questões norteadoras do estudo apresentadas a seguir.

Qual é a realidade da família que vivencia uma situação de doença mental em um de seus membros?

Que papel a família desempenha na reinserção social do doente mental?

De que maneira a enfermeira pode ajudar a família no processo de reinserção social do doente mental?

I.2 Pressupostos teóricos:

Para o desenvolvimento deste trabalho usamos o referencial teórico de Joyce Travelbee (1979), tendo o relacionamento interpessoal como base do trabalho desenvolvido com o doente e seus familiares. Vale ressaltar, que

usaremos os termos relacionamento interpessoal, relacionamento pessoa-a-pessoa e relacionamento terapêutico como sinônimos no desenvolvimento deste trabalho.

A partir do momento em que começamos a conviver com o doente e a doença mental em instituições psiquiátricas, passamos a refletir muito a respeito de crenças, preconceitos, principalmente em relação ao ser humano portador de uma doença crônica e revestida de tantos preconceitos como é a doença mental. Com o passar dos anos algumas crenças foram-se confirmando, enquanto outras foram-se transformando; hoje porém apresentamos estes pressupostos que traduzem nossas crenças e foram de extrema importância, para a realização deste estudo:

- a família tem papel primordial na ressocialização do doente mental, e dela depende o sucesso ou o insucesso da desinstitucionalização e reinserção do doente mental na comunidade;
- a enfermeira é uma profissional essencial para orientação e acompanhamento do doente mental e sua família, principalmente no domicílio;
- é direito da família receber informações acerca da doença mental e formas de reinserção do doente mental na comunidade;
- através da relação pessoa-a-pessoa, a enfermeira pode ajudar o doente e familiares a encontrar solução para problemas decorrentes da desinstitucionalização;

- a enfermeira, o familiar e o doente crescem como seres humanos em virtude da troca de experiências;
- a enfermeira, com formação especializada em psiquiatria, é uma profissional da equipe de saúde, capacitada a fornecer apoio ao doente mental e seus familiares, nos momentos de dificuldade e sofrimento;
- o relacionamento terapêutico é efetivo, desde que haja acordo entre ambas as partes, compreensão, aceitação, honestidade, confiança e compromisso dos envolvidos.

1.3 Conceitos do Marco Referencial

Quando optamos por usar o relacionamento terapêutico (pessoa-a-pessoa) proposto pela teoria de Joyce Travelbee(1979), foi porque nossa forma de ver o mundo e de trabalhar em Enfermagem Psiquiátrica guardava muita semelhança com alguns pressupostos de sua teoria. Por isso usaremos vários de seus conceitos, os quais consideramos necessários para a realização deste trabalho.

Ser humano: é um ser único, com características únicas, influenciado pela hereditariedade, meio ambiente, cultura e experiências anteriores, com necessidades humanas básicas que devem ser satisfeitas para sobreviver e alcançar ou manter a saúde mental;

Enfermagem : é um processo interpessoal, em que a enfermeira está comprometida a ajudar o indivíduo e sua família a prevenir e enfrentar sua experiência de doença ou sofrimento, e se necessário contribuir para que ele encontre ou descubra um novo sentido (significado) para essa experiência.

Relacionamento terapêutico: é um processo interpessoal, que se caracteriza por uma série de interações entre os seres humanos envolvidos, tendo como características o crescimento e mudança de comportamento de ambos.

Esta relação se diferencia de outras, por ter metas e objetivos a serem alcançados e fases distintas que Travelbee (1979) denomina como se segue.

1. **Fase de pré interação**: é a única em que não há participação do doente. É a fase em que a enfermeira identifica o doente, obtém informações necessárias para o desenvolvimento do relacionamento. É nessa fase que ela ainda reconhece seus sentimentos, pensamentos e comportamentos, para estar ciente de como eles podem interferir na relação.

2. **Fase introdutória ou de orientação** : é aquela na qual os dois seres humanos se conhecem e firmam compromisso de desenvolver o relacionamento terapêutico, experienciam crescimento mútuo. Essa fase termina quando um começa a ver o outro como ser humano único.

3. **Fase de identidades emergentes**: caracteriza-se pela resolução dos problemas encontrados na fase anterior, é o desenvolvimento pleno do relacionamento. Outra característica desta fase é que enfermeiro e doente se

conhecem cada vez mais. Ela termina quando o enfermeiro percebe que seus objetivos estão sendo alcançados.

4- A quarta fase ou **término**: uma das suas características importantes é que a enfermeira deve lembrar o paciente do compromisso que fizeram, analisar o alcance dos objetivos propostos, a importância e motivos do término e prepará-lo para continuar independente no que for possível.

Travelbee (1979) ressalta que uma das tarefas da enfermeira ao desenvolver o relacionamento terapêutico, é definir o que quer alcançar durante a interação. Recomenda-se que estas e os objetivos sejam identificados por escrito, bem como os métodos e meios que usará para alcançá-los. A autora destaca a seguir alguns objetivos que a enfermeira deve alcançar ao desenvolver o relacionamento terapêutico.

A enfermeira deverá ajudar a pessoa a:

1- Identificar seus problemas; 2 - enfrentar os problemas presentes; 3 - perceber sua participação na experiência, e enfrentar de forma realística seus problemas; 4- discernir alternativas e encontrar novas linhas de comportamento, a comunicar-se, a socializar-se e; 5 - encontrar um sentido em sua enfermidade.

O compromisso é descrito por Travelbee (1979) como condição essencial para o início do relacionamento terapêutico. Desta forma a enfermeira precisa evolver-se com o paciente se quiser estabelecer uma relação pessoa-a-pessoa. Comprometer-se assim, significa transcender-se e interessar-se por

outra pessoa. Considera que cada ser humano experiencia um aprendizado onde cada um é afetado com pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro. Uma característica desta relação é que cada encontro é único e original, que seu êxito está na capacidade de cada um em usar seus conhecimentos anteriores. Com relação a pessoa da enfermeira, esta deve usar sua capacidade e seus conhecimentos científicos, experiências e vivências anteriores; quanto ao doente, ele deve estar disposto a desenvolver o relacionamento de ajuda respondendo ao esforço do profissional de acordo com sua capacidade. Cumpre levar em conta o tipo de problema que o paciente tem ou está enfrentando.

Travelbee, em sua teoria, não expõe com clareza o conceito de família. Pelo fato de este trabalho ser realizado especificamente com familiares de doentes mentais, acreditamos ser imprescindível defini-la. Esta definição foi construída a partir da revisão de literatura sobre família, que está apresentada no próximo capítulo, (ver capítulo 2; 2.3).

Família: unidade dinâmica, constituída por pessoas que se percebem como família, unidos por algum vínculo, com uma determinada organização, que convivem e interagem no dia-a-dia com caracteres e normas específicas.

Comunidade: é definida por Travelbee como grupo de pessoas que vivem dentro de uma área geográfica determinada e que se relacionam entre si. Neste trabalho a comunidade está composta pela família, seus vizinhos e pessoas da região onde moram que mantêm algum contato com o doente mental.

Reinserção social: é (re)introdução do doente mental, após a internação psiquiátrica, na comunidade em que vive; é propiciar um retorno planejado ao meio em que vive, ou seja, à família, ao trabalho, à escola, à vida em comunidade. O primeiro passo é a reinserção na família, objeto deste estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A doença mental tem deixado sulcos profundos na história da humanidade, sendo marcada por cenas de tragédia e glória, que culminam com a institucionalização da Psiquiatria (asilamento). Assim, para podermos discorrer sobre a política de desinstitucionalização, que estamos vivendo a partir de 1980, no Brasil, e na década anterior na Europa, faremos um resumo da trajetória histórica, através da evolução da assistência ao doente mental.

2.1 Institucionalização da Psiquiatria.

Durante todo o período da Antiguidade e Idade Média o "louco"² gozou de privilégio e tristeza. Rotterdam (s.d.) retrata a doença mental como restrita ao âmbito familiar, o que era determinado pelos costumes da época. Na Grécia e em Roma o tratamento médico era privilégio de alguns. As famílias de poder aquisitivo elevado mantinham seus loucos escondidos sob os cuidados de escravos designados para vigiar. Os pobres tinham permissão de andar pelas ruas e mercados, onde realizavam pequenos trabalhos, ou eram mantidos pela caridade de alguns, ao mesmo tempo que serviam de alvo de zombarias e violência como apedrejamento e outras agressões.

² Na história da psiquiatria, dificilmente usavam a denominação de doente mental e doença mental. Louco e loucura são denominações comuns neste período histórico.

Convém ressaltar que na idade Antiga e Média, a inaptidão ao trabalho não servia como base para diagnóstico de loucura, como veremos adiante, na sociedade capitalista.

Em certas épocas no decorrer da Idade Média e mesmo mais tarde, tanto na Europa quanto nas Américas, grandes grupos de pessoas pareciam ser afetados simultaneamente por doenças psiquiátricas. Em sua maioria eram pobres camponeses, artesãos e outros membros empobrecidos da sociedade em que viviam. Acreditavam que estavam tomados pelos demônios, desta forma expunham-se e exorcizavam-se em público e falavam de suas visões extasiadas (Kolb 1980). A idéia de possessão se espalhou e muitos doentes foram ridicularizados e mortos.

Ainda na Idade Média, surgiu um médico, Johan Weyer, que lutou abertamente contra as crenças até então corriqueiras e comuns de possessão sobrenatural como causa dos problemas mentais que condenou muitas mulheres à morte. Este médico e outros adeptos, tentaram mostrar que estes problemas eram causados por melancolias provenientes do amor, que o comportamento apresentado, pelos ditos “feiticeiros” e condenados à morte, era proveniente de uma doença (Kolb1980).

Durante todo o século XVIII os doentes mentais foram perseguidos e maltratados, acorrentados e isolados.

Ao final do século XVIII, com as idéias do Iluminismo, o início da Revolução Francesa e a Declaração dos Direitos Humanos nos EUA, começaram a aparecer as denúncias de maus tratos contra os portadores da

doença mental. Surgiram então, Philippe Pinel (na França), Daniel Tuke (na Inglaterra), Dorothea Dix (EUA) e Chiaruggi (Itália), que vieram lutar em nome desses homens humilhados, marginalizados e torturados que não recebiam tratamento psiquiátrico, estando apenas excluídos do convívio social. (Costa, 1987).

Surge então, a Revolução Industrial. Artesãos e trabalhadores não qualificados para manuseio das máquinas foram expulsos do mercado de trabalho pela nova ordem social, passando a integrar o grupo de doentes mentais que vagavam pelas ruas. Em alguns países (França e Inglaterra) foram promulgadas leis para punir os integrantes destes grupos, que incluíam castigos como: tronco durante três dias e três noites, surras com chicotes e marcação no corpo com ferro quente. Estas medidas legais estimularam a criação de instituições como as casas de correção e trabalho e hospitais para loucos, que não tratavam os doentes mas sim tirava-os das ruas para livrar a população "daquele mal". Este fato decorreu da visão de homem adotada na Revolução Industrial, que era o de "operador de máquina — produtor de trabalho". Naquele momento a "loucura perde o seu lado romântico e livre", passando a ser um mal que precisava ser banido da sociedade (Costa,1987).

Assim, foram crescendo os preconceitos e os maus tratos aos portadores de doença mental.

Podemos concluir que estes protagonistas iniciaram um movimento de libertação dos maus tratos, oferecendo tratamento menos agressivo com o

objetivo de aliviar a dor e sofrimento, começando assim, a humanizar o tratamento do doente mental.

Percebemos então que, apesar de serem libertados dos grilhões e correntes, os doentes continuavam presos nos asilos com imposição de disciplina, ficando livres apenas dos maus tratos.

Apesar de estarmos próximos ao século XXI, e este movimento de humanização ter iniciado no século XVIII, a doença mental ainda está ligada e caracterizada pelos grandes asilos , manicômios e internações prolongadas.

2.1.1 A Institucionalização da Psiquiatria no Brasil

No Brasil, nos primeiros anos do século XVII, como na Europa, o louco, que durante um longo tempo tinha gozado de relativa liberdade e tolerância social, tem esta liberdade castrada. Embora o Brasil não estivesse diretamente envolvido na Revolução Industrial, sofreu todo o seu impacto, e o louco também estava incomodando pela sua presença nas ruas, levando às autoridades a tomar providências com relação a eles (Costa,1987).

Por um longo tempo, não há referências nos relatos e Crônicas dos Viajantes, que descrevem os costumes e a vida social do Brasil Colônia, o que levou Costa (1987) a supor que aos loucos pobres, desde que mansos, era permitido perambular pela cidade, aldeias e campos, sujeitos a “motejos” da criançada, vivendo da caridade pública ou trabalhando em troca de comida. Atitudes muito semelhantes aos primeiros relatos históricos sobre os doentes mentais em outros países. Em casos de comportamento violento ou atitudes

imorais eram recolhidos às cadeias, onde podiam ou não receber maus tratos (Medeiros,1977).

No Brasil, nos séculos XVI e XVII, nem mesmo as casas de misericórdia, abrigavam os doentes mentais em sua clientela, ficando assim por conta de seus familiares, que os isolavam em cômodos que eram construções anexas à suas casas. Os agressivos e agitados eram castigados ou amarrados por familiares ou acompanhantes. Assim a loucura era silenciada, não por inexistência, mas sim, porque ficava diluída na grandeza territorial brasileira (Costa,1987).

No século XVIII a presença de desocupados (resultado do desemprego em função da Revolução Industrial) e de doentes mentais nas ruas, começou a preocupar as autoridades, fazendo com que os loucos fossem recolhidos nas casas de misericórdia, porém lhes ofereciam tratamento diferente dos demais, ou seja, a assistência à saúde oferecida era de qualidade inferior; ficavam nos porões e não conviviam com o demais doentes internados. Desta forma a loucura, que ficou ignorada por mais de 300 anos, estava naquele momento incomodando. Segundo Costa (1987) existem registros na história de que era perigoso transitar pelas ruas, em lugares ermos da cidade do Rio de Janeiro, até na luz do dia.

Amarante (1983) refere que nesse período histórico eram rotulados de loucos, todos aqueles que “*se encontravam entre os miseráveis, os marginais, os pobres e demais párias sociais.*” Sendo assim, o número de loucos perambulando pelas ruas era consideravelmente maior que o número de leitos

que as santas casas tinham para oferecer, fazendo com que estes ficassem recolhidos aos porões. Os que não cabiam, ficavam nas prisões, onde dividiam espaços com criminosos. Cabe ressaltar que em nenhum dos casos, estes doentes recebiam tratamento médico-psiquiátrico (Medeiros, 1993).

Percebemos, através destes relatos históricos, que os “loucos, vagabundos e bandidos” eram tratados praticamente da mesma forma, ou seja, vítimas de preconceitos, abusos e desrespeito por parte da população e órgãos públicos e governamentais da época.

Em 1852 surgiu, no Rio de Janeiro, o primeiro hospício que recebeu o nome de D. Pedro II, que foi inaugurado pelo próprio Imperador, destinado a receber pessoas de todo o Império. Com pouco mais de um ano de funcionamento já utilizava toda a capacidade de 350 leitos. Assim, foram sendo abertos hospitais — também chamados asilos — que rapidamente eram lotados. Começaram a aparecer as colônias, inspiradas no modelo e experiências européias, com o propósito de oferecer aos doentes calma e tranquilidade, podendo viver e trabalhar fraternalmente em uma comunidade só de doentes mentais.

Com o passar do tempo essas colônias foram utilizadas para isolá-los das cidades. Quanto mais longe da cidade, melhor para a população que corria menor risco de ser incomodada. Continuava então o pensamento de que, afastando o doente do convívio familiar ou da comunidade, a doença estaria sendo tratada (Amarante, 1983).

A idéia de colônia inicialmente, parecia terapêutica, mas por se tratar de uma doença envolta de estigma e preconceito, a instituição psiquiátrica desse tipo serviu para segregar e isolar muitos doentes mentais, à semelhança do que aconteceu com os doentes de “lepra” que também vivenciaram esta situação.

A criação da assistência médico-legal no Hospício Nacional dos Alienados, logo depois da proclamação da República, significou avanço no tratamento dos doentes mentais no Brasil, pois veio enfatizar a necessidade de oferecer-lhes tratamento médico adequado, segundo as teorias e técnicas já utilizadas na Europa.

Teixeira Brandão foi o primeiro diretor do Hospício Nacional de Alienados após a saída das freiras da direção. Sua gestão caracterizou-se pelo aumento dos hospitais psiquiátricos, porém criou a primeira cadeira de Medicina Psiquiátrica nas Faculdades de Medicina brasileira e a primeira Escola de Enfermagem, sistematizando a formação de profissionais na especialidade para atuar nas instituições psiquiátricas vigentes (Amarante, 1983).

Durante 40 anos, final do século XIX e início do século XX, os hospitais psiquiátricos, no Brasil, serviram apenas para excluir, abrigar, alimentar e vestir o doente mental. Logo apareceram as denúncias de maus tratos e morte. Segundo Medeiros (1977), em alguns lugares do País, como em Olinda, a mortalidade nos asilos ultrapassou a 50%.

As duas primeiras décadas deste século, resultaram em algum desenvolvimento da Psiquiatria no Brasil, caracterizada entretanto, pelo aumento considerável das instituições psiquiátricas asilares.

A década de trinta foi marcada pelas terapias de choque e pelas lobotomias, dando aos Psiquiatras a sensação de terem encontrado a tão procurada cura para doença mental. Essa descoberta, tornou a medicina psiquiátrica poderosa e repressora, proporcionando um aumento considerável na frequência da hospitalização. Os hospitais passaram a ter mais dependências, como salas de cirurgia para realização das lobotomias, tratamento cirúrgico para a doença mental. Muitas vidas foram ceifadas em busca da cura para a doença mental.

Convém ressaltar que estas terapias significaram os resultados da hegemonia do modelo biomédico, herança da divisão entre corpo e mente de Descarte.

“Desde a época de Hipócrates já existia o postulado de que a mente influencia o corpo e o corpo influencia a mente (princípio do interacionismo). Séculos mais tarde, Descartes escrevia que a mente é uma substância separada, nada requerendo além de si mesma para existir, sendo o corpo separado mecanicamente de maneira independente. Estas asserções levaram mais tarde ao surgimento da chamada corrente idealista ou mentalista de Berkeley, que propunha haver apenas fenômenos no Universo. Logo surgiram as oposições dos materialistas, que mantinham um ponto de vista oposto, segundo o qual somente a matéria existe e portanto

apenas o corpo existe e é real. Em fins do século XVIII La Meltrie conclui que o pensamento era o resultado de processos mecânicos cerebrais e do restante do sistema nervoso. Chegou-se ao exagero de Cabanis, quando afirmava ser o cérebro o órgão do pensamento, secretando pensamento assim como o fígado secreta a bile” Marino Junior (1975).

Diante do exposto, a Medicina procurou respostas para as causas da doença mental neste modelo, resultando em terapias de choque e lobotomias.

Depois da segunda guerra mundial (já meados do século XX, mais precisamente depois de 1945) vieram as propostas não-asilares, fundamentadas na Psiquiatria Preventiva, como comunidade terapêutica, terapia ocupacional, atendimento ambulatorial, psiquiatria comunitária. Entretanto, a Psiquiatria tradicional, de internação, continuava cada vez mais forte (Amarante, 1983).

No Brasil, o lançamento dos primeiros psicotrópicos distribuídos no mercado pela indústria farmacêutica na década de 50, fortaleceu a hospitalização psiquiátrica. As novas descobertas que vieram para tratar a doença e diminuir a hospitalização, de nada serviram. Pelo contrário, intensificou-se a frequência de hospitalização (Amarante, 1983).

A criação do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), na década de 60, estava diretamente ligada à privatização da Psiquiatria, passando o Estado a comprar serviços psiquiátricos do setor privado. É o encontro dos interesses das políticas governamentais com os interesses empresariais no setor saúde. Isto, levou a um aumento do número de leitos psiquiátricos privados, com conseqüente aumento das internações, contrariando as metas da assistência

psiquiátrica com a descoberta dos psicofármacos, que era de diminuir o número de internações. Segundo Amarante (1983) a previdência social chegou a deslocar 97% dos recursos destinados a assistência psiquiátrica à rede hospitalar, ou seja, a atenção primária e secundária, em Psiquiatria, ficaram completamente esquecidas.

Surgiu na década de 60, tentativas por parte do Governo de reverter esta situação, através do incentivo à Psiquiatria Preventiva e o Plano Integrado de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Uma das grandes barreiras para oferecer atenção primária ao doente mental, foi o interesse dos empresários em manter seus lucros com as internações (Amarante, 1983).

2.2 A doença mental

Apesar de o tema proposto ser doença, acreditamos não poder descrevê-la se não discutirmos o entendimento de saúde. Geralmente quando falamos em saúde perpassa a idéia de que esta seja a ausência de doença. A OMS apresenta uma definição de saúde num sentido amplo e complexo, descrevendo-a como um estado de bem-estar físico, mental e social. Se aplicarmos este conceito à realidade das pessoas, especialmente daquelas que povoam a América Latina, mais especificamente, do Brasil, basicamente quase toda a população não será saudável. Provavelmente isto se deva às condições socio-econômicas em que o país se encontra; mas se ousarmos perguntar à população em geral se ela tem saúde, provavelmente sua resposta será: não estou doente, por isso estou bem.

Atualmente as discussões a respeito do tema saúde têm-se ampliado e a maioria dos pesquisadores tem aplicado a questão saúde e doença como um processo e não como um estado. Fraga (1993) coloca que, pelo fato de a saúde mental estar diretamente relacionada às condições sociais e econômicas, não podemos dicotomizar saúde e doença mental, mas estas devem ser vistas como um processo. A visão linear dos conceitos de saúde e doença é considerada idealizada, e neste sentido refutada por muitos autores. Isto se agrava ainda mais quando se refere à saúde e doença mental, pois não há um limite entre saúde e doença mental, já que a doença mental não é algo físico, mensurável, constatado em exames laboratoriais.

Esta subjetividade da doença mental, desde a antiguidade, oscila entre glória e tristeza, ora o “são” era “insano” e por isso castigado, ora o “insano” era considerado “sábio” e por isso “endeusado”.

Como dito anteriormente a doença mental sempre foi vista com muito preconceito e estigma, não só pela comunidade em geral, mas também pelo próprio doente mental e sua família.

O número de diagnósticos de transtornos mentais vem aumentando nos últimos anos. A OPS/OMS (1991) registra para América Latina, a prevalência psiquiátrica de 20% para a população em geral. No Brasil esta estimativa segundo Brasil (1992) está em torno de 21,5%.

Dentre as doenças mentais, a esquizofrenia é a forma que apresenta o maior índice de cronificação. Sua prevalência é de 1% da população em geral e 50% da população diagnosticada com doença mental. Segundo Koga (1997)

esta patologia tem sido considerada o exemplo da loucura, tanto para os leigos como para os profissionais de saúde mental. Isto se deve aos sintomas e à deterioração causada pela cronificação da doença.

Kolb (1980) observa que no campo da saúde mental não existem limites fixos entre saúde e doença; que talvez o critério de doença mental seja representado, em grande parte, pelo grau de comportamento diferente dos padronizados. Ou seja, para ser considerado saudável, o adulto deve apresentar um comportamento próprio que confirme e caracterize sua identidade; ter um projeto de vida, senso de autonomia pessoal e boa vontade; ser capaz de confiar nos outros e compreender suas necessidades, desenvolvendo uma relação sexual satisfatória. As doenças mentais podem se manifestar de várias formas, sendo as psicoses as formas que caracterizam a “loucura” para a comunidade em geral. Dentre as psicoses a mais comum é a esquizofrenia.

O transtorno esquizofrênico ou esquizofrenia, segundo OMS (1993), está caracterizado por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção e por afeto inadequado ou embotado. Geralmente a consciência clara e a capacidade intelectual estão usualmente mantidas, embora certos déficits cognitivos possam surgir com o passar do tempo. A perturbação envolve as funções básicas que dão às pessoas normais um senso de individualidade, unicidade e de direção a si mesmas. São comuns o delírio e alucinação, especialmente as auditivas. São visíveis as alterações no humor, sendo a ambivalência um sintoma quase sempre presente. O início da doença pode ser agudo, com comportamento seriamente perturbado ou insidioso, com um

desenvolvimento gradual de idéias e condutas estranhas. Se tomadas as condutas diagnósticas adequadas, ela pode ter uma evolução com remissão total ou quase que total dos sintomas.

Mas o que vemos em nossa realidade com relação às pessoas que sofrem de esquizofrenia, não é a remissão dos sintomas da doença. Em regra, a conduta tomada é o isolamento dos familiares, dos amigos e da comunidade. Geralmente este isolamento é caracterizado por uma internação psiquiátrica prolongada que serve para afastar o doente do meio ambiente em que vive ou viveu durante muito tempo. Apesar da luta por uma assistência humanizada ao doente desde a década de 80, o tratamento básico para o esquizofrênico no Brasil está baseado na internação prolongada em instituição psiquiátrica fechada, isolando-o da família e da sociedade.

Em estudos atuais, especialmente em países onde a desinstitucionalização é uma realidade — e no Brasil em algumas cidades — profissionais de saúde mental têm tentado incluir a família do doente no tratamento, acreditando que desta forma seja possível manter o doente mental no domicílio levando uma vida social adequada, trabalhar e exercer suas atividades de cidadão. Por acreditar na possibilidade do doente mental crônico, mais especificamente o esquizofrênico, viver em harmonia com sua família, sem precisar de internação psiquiátrica, voltando a viver como um ser humano produtivo, feliz e reconhecido pela sociedade como um cidadão é que desenvolvemos este estudo.

2.3 Família e Doença Mental

Os trabalhos atuais desenvolvidos em saúde mental não se preocupam apenas com a pessoa do doente mental, mas com toda a estrutura da sociedade na qual ele está inserido, incluindo-se neste contexto, a família. Ackerman (1986) ressalta que os profissionais de saúde mental geralmente estão tão preocupados em estudar e tratar os sofrimentos da pessoa doente, que na verdade se esquecem da luta da família para manter a saúde mental e a forma na qual ela afeta as lutas emocionais de seus membros. Para este autor a família é uma unidade flexível que se adapta delicadamente às influências, agindo sobre elas tanto de fora para dentro como de dentro para fora.

Vários autores que trabalham com o tema saúde mental têm ressaltado a importância de envolver a família do doente mental no tratamento. Dentre eles, Ackerman (1986) acredita que a doença mental não é um problema apenas de um membro da família, mas o comprometimento da saúde mental da família como um todo, pois é a partir da família que as relações sociais acontecem e se desenvolvem.

Humerez (1996) afirma que o processo de socialização é iniciado na família, o que o faz denominá-lo de socialização primária, colocando assim a família como uma estrutura social objetiva. Nesta primeira socialização a criança deve interiorizar o mundo familiar como sendo o seu mundo, e por iniciar na família, este mundo está repleto de emoções. Refere ainda que a socialização primária cumpre-se quando a pessoa é capaz de perceber que a

realidade transcende as fronteiras de sua casa e se espalha para todo o mundo social, quando ela começa a ver que as coisas, os amigos a escola, são diferentes da sua realidade familiar; que existe outro mundo além daquele que ela conhece, “outra sociedade, a outra sociedade”. Gomes (1994) também descreve a família como agente primário de socialização. Cada família possui valores, crenças, costumes que muitas vezes são transmitidos de geração para geração.

Os laços de emoção são característicos dentro do convívio familiar, o que faz muitos autores definir família a partir deste âmbito. Alguns, porém, são mais abrangentes. Penna (1993) define família como: “ *Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma estrutura e organização para atingir objetivos comuns e atingir uma história de vida , os membros da família estão unidos por laços consanguíneos, adoção interesse e/ou afetividade*”.

A mesma autora ressalta que uma das funções da família é atender as necessidades de crescimento e desenvolvimento de seus membros; destaca que a família atua no ambiente em que vive, transforma-o e é transformada, enfrenta crises, conflitos e contradições, construindo uma história, desenvolvendo-se, provendo meios para o crescimento e desenvolvimento dos membros familiares. Ressalta que uma família saudável é aberta, que seus membros interagem entre si, apresentando uma estrutura e organização flexíveis e por isso está em constante ação com o ambiente em que vive.

Rocha (1983) coloca a família como uma unidade singular interposta entre a cultura individual e coletiva, filtrando as influências culturais mais

amplas em função de suas próprias regras culturais e sociais, seus valores e crenças. Trata-se de um grupo de várias personalidades interagindo entre si.

Para Berenstein (1988), a família constitui-se num sistema social dentro do qual evoluem as fases de crescimento e desenvolvimento do ser humano. Reis (1983) confirma este pensamento de Berenstein quando coloca que a família é a mediadora entre o indivíduo e a sociedade. É nela que aprendemos a perceber o mundo e nos situarmos nele. Mas devemos ressaltar que isto nem sempre se dá de forma harmoniosa. O que vemos na realidade muitas vezes é o oposto, pois os conflitos e problemas dentro da organização familiar são muito comuns, e geralmente esta falta de harmonia leva a problemas emocionais, ao abandono dos filhos, à saída de um dos membros da família e principalmente a transtornos mentais.

Conviver com o doente mental não é uma tarefa fácil. Segundo Koga (1997), os familiares que convivem com pacientes esquizofrênicos têm três tipos de sobrecarga: a financeira, sobrecarga nas rotinas familiares e sobrecarga em forma de doença física e emocional.

É muito comum os profissionais que trabalham com a saúde e doença mental exigirem que a família aceite a doença dos mesmos. Mas, como diz Koga (1997), esta exigência é realizada sem que os mesmos forneçam nenhum tipo de auxílio. Concordamos com essa autora, quando ressalta que cada família tem problemas peculiares e que apesar do “fardo” de se ter um doente mental em casa, se houver investimento por parte do profissional nessa família, torna-se possível ela organizar seu cotidiano familiar e manter a vida com qualidade.

Este investimento se caracteriza a partir de suporte à família, de orientações a respeito das ansiedades, fantasias e expectativas com relação à doença mental e ainda, para amenizar os sentimentos de raiva, insegurança, culpa e solidão. A autora refere ainda, que o trabalho com famílias de doentes mentais deve basear-se numa colaboração, focalizando sempre o desenvolvimento das potencialidades das famílias e não a doença do paciente.

2.4 A Enfermagem Psiquiátrica no Brasil.

No Brasil, assim como em outros países do mundo, a enfermagem no período Imperial, foi exercida pelas irmãs de caridade, sendo que a Coroa Portuguesa criou as Santas Casas de Misericórdia, destinadas ao cuidado de doentes, principalmente os pobres. Até o fim do século XVIII as Santas Casas constituíram os únicos hospitais gerais existentes no Brasil (Barros, 1996).

Conforme relatado anteriormente, na história da Psiquiatria no Brasil, as Santas Casas começaram a recolher os doentes mentais em seus porões. Logo em seguida começam a aparecer as denúncias de maus tratos — espancamentos, falta de assistência médica, contenção em troncos e outros — o que segundo Barros (1996), foi um dos motivos que levaram os alienistas a iniciarem um movimento para a criação de um hospício para o tratamento de doentes mentais.

Barros (1996) e Ogata, Rodrigues (1995), afirmam que desde a inauguração do Hospício Pedro II, havia referência ao enfermeiro participando da prestação de cuidados aos doentes mentais internados. Porém o termo fera

atribuído ao leigo que trabalhava como auxiliar das irmãs de caridade, que geralmente eram ex-pacientes ou faxineiras. Não havia, na época, qualquer tipo de conhecimento ou ensinamento de enfermagem que encaminhasse a prática destes chamados enfermeiros.

O cuidado aos doentes mentais estava sob o comando das irmãs de caridade, sendo que uma das características deste, era de manter a ordem e disciplina com rigidez. Os doentes mentais eram mantidos sob rigorosa disciplina, que muitas vezes era conseguida através de repressão (Barros, 1996).

Com a estatização do Pedro II, em 1890, as religiosas foram oficialmente afastadas da administração do mesmo, sendo substituídas por médicos. Com a saída das irmãs, todos os seus auxiliares chamados enfermeiros, as seguiram, deixando assim, um déficit de recursos humanos para prestar assistência aos internos do hospício (Carvalho, 1976; Miranda, 1996; Barros, 1996). Em função desta situação, segundo estas autoras, o governo brasileiro convidou enfermeiras francesas para substituir as religiosas no hospício e também, criar a primeira Escola de Enfermagem no Brasil.

A primeira Escola de Enfermagem no Brasil, foi criada em setembro de 1890, através do decreto 791 e recebeu o nome de Escola Profissional de Enfermeiras (Miranda 1996; Barros 1996).

Houve assim, o início da sistematização do ensino na área de Enfermagem Psiquiátrica, sendo o hospício o núcleo central da prática de enfermagem. À enfermagem, foi outorgado o direito de controlar, disciplinar e

reeducar o doente mental, estabelecendo a vigilância e o confinamento como instrumentos de assistência (Barros,1996).

Com a criação da escola, a Enfermeira passa a ter sua função reconhecida legalmente, assim como as suas funções no hospício, que era de auxiliar do médico e cumpridor de suas ordens (Barros, 1996).

Com a expansão dos hospitais psiquiátricos, a escola foi desmembrada e um curso foi iniciado na Colônia do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro em 1919. Ao se formar a primeira turma, esta escola passa a ter o nome de Escola Profissional de Enfermeiros Alfredo Pinto. Esta escola destinava-se também à formação de enfermeiros de ambos os sexos para hospitais civis e militares (Barros, 1996).

A Enfermagem moderna, ou seja, a Nighingaleana, surgiu no Brasil, em 1923 com a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, que posteriormente recebeu o nome de Anna Nery. Naquele momento a enfermagem surgiu para atender à necessidade da saúde pública, em função das endemias que acometiam a saúde da população brasileira (Miranda,1996). O primeiro currículo da Escola Anna Nery contemplava a disciplina “Arte da Enfermeira em Doenças Nervosas e Mentais”, sendo o ensino todo baseado no aspecto clínico da doença mental, encerrando o papel do enfermeiro no plano biológico da doença mental (Pires, 1989).

A enfermagem psiquiátrica, no final dos anos 50, estava baseada em ações que buscavam controlar e dominar o comportamento do doente mental,

culminando muitas vezes em exclusão social do doente mental, apoiada e aceita por profissionais e comunidade (Barros,1996). Vários autores americanos tentam dar um novo rumo à Enfermagem Psiquiátrica, principalmente ao definir funções e atividade da enfermeira (Barros,1996).

A partir de 1960, a Enfermagem Psiquiátrica tomou um novo rumo. Peplau (1952) propôs um enfoque psicoterapêutico para a enfermeira psiquiátrica, mediante o desenvolvimento de habilidades para se relacionar com o doente mental, de modo que o mesmo compreendesse o significado de seu comportamento, e ainda para ajudá-lo a encontrar solução para os seus problemas.

Peplau (1952) e Travelbee (1979) descrevem a enfermagem como processo interpessoal terapêutico. Estas duas autoras têm sido adotadas por escolas de enfermagem para ensinar o relacionamento terapêutico com o doente mental, e por profissionais que trabalham em enfermagem psiquiátrica.

Reconhecendo o papel dessas duas autoras, enfermeiras psiquiátricas, para o crescimento e desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica e acreditando neste tipo de trabalho proposto por elas, o temo-lo utilizado, não só com doente mental, há nove anos como enfermeira , como também com seus familiares.

2.5 O Movimento de desinstitucionalização do doente mental no Brasil

O movimento de desinstitucionalização, do doente mental teve início após a Segunda Guerra Mundial e se firmou na década de 60. Alguns países

européus, como Inglaterra, França, Itália e países Escandinavos, fizeram primeiro suas reformas psiquiátricas; este movimento fortaleceu-se pouco a pouco, irradiando-se por vários países, inclusive os EUA (Bandeira 1991).

Na Itália a reforma psiquiátrica inspirou-se na teoria sócio-política desencadeada por Franco Basaglia, encampada por fortes grupos de pressão e reforçada pela lei n.º.180 aprovada em 1978, que obrigou a desinstitucionalização. Vale ressaltar que este movimento teve forte influência política, que extrapolou para outros países, como os EUA e Brasil (Bandeira,1991).

Na América Latina e Brasil este movimento tem sido adotado lentamente. No Brasil, os gastos absurdos da previdência social com as internações psiquiátricas tornaram-se tão violentos que, na década de 80, o Estado tomou medidas racionalizadoras e tentou reorganizar os serviços prestados pelo poder público.

Com a criação do CONASP (Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) elaborou-se um plano de reorientação da assistência psiquiátrica, assim como de todo o sistema de saúde. Propôs-se então, uma assistência psiquiátrica menos repressora, diminuição do número de internações e melhoria da assistência prestada aos doentes (Amarante,1983).

Esta proposta, do Ministério da Saúde através da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), visou a melhoria do modelo assistencial vigente no País, centrado na internação, apresentando diretrizes que deviam ser seguidas para atingir suas metas.

De uma forma geral, a proposta teve como pressuposto básico a substituição do modelo vigente por uma atenção mais abrangente, como a prevenção, promoção, recuperação e ressocialização, que deveriam ser utilizadas em igual valor. Incluía diferentes formas de recuperação do doente, não somente o uso de psicofármacos, a descentralização dos serviços de saúde mental (postos de saúde, centros de saúde, ambulatórios, hospitais dia e noite, pensão protegida e internação em unidades mistas), como principalmente, o tratamento extra-hospitalar; limitava o período de internação, objetivava a reinserção familiar e social do doente (Mariz,1983).

Apesar de essas diretrizes entrarem em vigor ainda na década de 80, a manutenção de leitos em hospitais privados continuava a se manter, e as condições dos doentes mentais pouco mudaram.

Apesar de uma das metas do DINSAM ser a de fiscalização dos serviços de saúde mental, Cardoso (1993) observa que houve falta de fiscalização, que as instituições prestadoras de serviço público, ofereciam aos doentes mentais um atendimento psiquiátrico precário, geralmente visando apenas lucro.

Começaram então a aparecer denúncias de maus tratos. Jornais e revistas divulgaram manchetes sobre as condições dos doentes mentais, internados em hospitais psiquiátricos, incluindo denúncias de morte, gerando discussões e contestações pelos profissionais da área de saúde e comunidade em geral. Aparecem movimentos dispersos de desinstitucionalização (Cardoso,1993).

Esta década foi marcada pelos movimentos de desinstitucionalização e pelo projeto de lei do Deputado Paulo Delgado, que ainda tramita pelo Senado

Federal, que prescreve em seus artigos a proibição da construção de leitos psiquiátricos públicos e a contratação de serviços de leitos privados; substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos convencionais por instituições semi-abertas como hospitais dia ou noite, a criação de NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), a notificação obrigatória da internação, no prazo máximo de 24h, pelo médico que a procedeu à autoridade judicial competente e; utilização de outras terapias como terapia ocupacional, psicoterapias e outros (Delgado, 1989).

É importante ressaltar que este projeto, não aprovado, suscitou um novo olhar para a assistência psiquiátrica no Brasil. Além disso, trouxe à tona assuntos esquecidos pelas autoridades governamentais, comunidade, profissionais de saúde e usuários do serviço de saúde mental (pacientes e seus familiares). Apesar das constantes críticas ao projeto, por empresários do serviço privado de saúde mental, profissionais e comunidade, começaram a aparecer discussões sobre formas alternativas de tratar o doente mental, diferentes da utilizada no Brasil, que estão baseadas na internação convencional em hospitais psiquiátricos.

O Ministério da Saúde, através das Portarias 189/81 e 224/92, informa que os NAPS e CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas, que oferecem atendimento ao cidadão portador de doença mental, no período compreendido entre o regime ambulatorial e internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, sendo esse cuidado oferecido por uma equipe

multiprofissional. Podem também servir como porta de entrada para as ações relativas à saúde mental (Brasil, 1991;1992).

As novas alternativas prescritas por essas portarias, baseiam-se em programas de assistência integral ao doente e sua família, visando um trabalho “extra muros”. A assistência preconizada geralmente inclui: programas de orientação, lar abrigado, NAPS, internação em hospital geral nas crises agudas e outros. Vale ressaltar que estas alternativas, “pura e simplesmente”, não vão resolver o problema da desumanidade na assistência ao doente mental. É necessário que haja comprometimento de profissionais, governantes, usuários e população em geral, ou seja, todos os envolvidos com a assistência Psiquiátrica no nosso País.

Sabemos que o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado ainda não foi aprovado pelo Senado, mas em virtude da polêmica a respeito dos maus tratos, que incitou a realização da Declaração de Caracas e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, verificou-se a necessidade de reformulação na assistência psiquiátrica brasileira.

O Ministério da Saúde, através de Portarias, vem exigindo assistência mínima aos portadores de doença mental, principalmente no que diz respeito ao número e categorias de profissionais (equipe multiprofissional), para atender o doente na instituição, reduzir o tempo de internação. Exigiu maior rigor na fiscalização das internações, criação de espaço para recreação e terapia ocupacional, oferecimento de acomodações adequadas e terapias para ajudar na recuperação do doente como psicoterapias e terapia ocupacional e outras. Nos

NAPS e Ambulatórios de Saúde Mental está previsto o atendimento familiar e comunitário, visando o trabalho com a reinserção social do doente mental (Brasil,1991; 1992).

A assistência ao paciente atendido nos NAPS e CAPS compreende as seguintes possibilidades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação);
- atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficinas terapêuticas, atividades socioterápicas);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua reinserção social.

A Declaração de Caracas realizada em 1990 prevê, entre outras coisas, a organização de serviços comunitários de saúde mental, vigilância e defesa dos direitos humanos dos doentes mentais, de acordo com as legislações nacionais, promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e dentro de sua rede social (OPS/OMS, 1991).

A presença de equipe multiprofissional e de um número adequado de profissionais nas instituições psiquiátricas em função das portarias do Ministério da Saúde,189/91 e 224/92, é hoje uma realidade. Segundo Brasil (1992) a equipe psiquiátrica deve ser composta por médico psiquiatra, clínico geral,

psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico e nutricionista. O que temos assistido entretanto, no sentido de melhoria da qualidade da assistência é muito pouco, longe ainda do que é proposto. Todavia, nem tudo é negativo, a presença de equipe multiprofissional e o movimento nacional de desinstitucionalização que estamos vivendo, têm suscitado discussões e reflexões acerca dos papéis dos profissionais na reinserção deste indivíduo na comunidade. Embora a equipe tenha surgido por força de lei, esta era uma reivindicação não só do enfermeiro como dos demais profissionais da equipe de saúde mental.

2.6 O Enfermeiro e a reinserção social do doente mental

A enfermeira é a profissional que mais tempo permanece ao lado do doente mental. Por isso acreditamos que ela tem condições de desenvolver um trabalho junto ao doente e sua família no processo de reinserção social.

Goffman (1974) ressalta que as condições de vida intra e extra-hospitalar são totalmente diferentes, e as instituições não preparam os doentes para este confronto, resultando em freqüentes reinternações. Podemos então dizer que, havendo um trabalho eficiente da equipe multiprofissional junto a esse doente e sua família, a sua reinserção social na comunidade poderia tornar-se mais amena, ou seja sem agravamento do seu estado mental.

Vários autores da enfermagem têm destacado a importância da enfermeira no processo de educação, orientação e acompanhamento do doente mental, tanto na instituição como na comunidade.

Irving (1979) destaca que dentre os profissionais de saúde, a enfermeira é mais preparada e sensível nas relações com o doente mental, permitindo que ele expresse seus sentimentos mais livremente, facilitando o atendimento às suas necessidades. Coloca a educação e orientação como funções principais do enfermeiro no atendimento em saúde mental, deixando claro que este papel não se refere somente ao doente mental, como também à sua família e à comunidade.

Travelbee (1979) afirma que uma das funções da enfermeira psiquiátrica é promover a saúde do indivíduo e de sua família, ajudá-los a enfrentar a pressão imposta pela enfermidade, assim como incentivá-los a participar de atividades sociais que lhes dêem prazer.

Durante o período em que desenvolvemos o relacionamento terapêutico com doentes mentais, enquanto enfermeira de uma instituição psiquiátrica e posteriormente como docente, pudemos constatar estas afirmações, pois basicamente todo o trabalho desenvolvido com doentes mentais e quando possível com seus familiares, foi essencialmente voltado para a questão educativa, com orientações, informações e educação do doente mental, no que refere a sua doença, uso da medicação e relacionamento com a família no domicílio e comunidade em geral, como no trabalho, escola, lazer e outras situações e ambientes.

Morgan e Moreno (1979) referem que a enfermeira que trabalha em uma unidade psiquiátrica deve, juntamente com a equipe multiprofissional preocupar-se com a reabilitação do doente mental, minimizando os efeitos

incapacitantes da doença mental, facilitando sua reinserção na comunidade. Ressaltam que o desempenho da enfermeira ainda está limitado, devido a não ter ela ainda, muito bem definido seu papel enquanto enfermeira psiquiátrica.

Apesar da obrigatoriedade de uma equipe multiprofissional e da permanência de enfermeira 24 horas em instituições psiquiátricas, temos observado, em nosso cotidiano de docente de enfermagem, que estes profissionais ainda não perceberam a necessidade de desenvolver um programa de reinserção do doente mental na comunidade. Existe uma equipe e a presença do enfermeiro, mas eles pouco fazem neste sentido. Esta constatação, observada através da prática profissional, é confirmada por Proença (1984), quando declara que o enfermeiro psiquiátrico não valoriza sua relação com o doente mental como uma técnica de vanguarda que lhe poderia garantir um espaço de atuação mais amplo e rico do que aquele que possui.

Mereness (1984) ressalta que um dos fatores importantes encontrados pelo doente mental ao voltar para a comunidade é a maneira como sua família, amigos e patrão o recebem. Observa que geralmente a família o recebe como uma carga, uma vergonha e um risco, sendo muito possível que sua adaptação à comunidade esteja seriamente ameaçada. Por isso, é essencial que os membros da equipe multiprofissional do hospital psiquiátrico e a organização da comunidade possam planejar o retorno deste ser humano. É importante que o enfermeiro ajude a família a compreender e aceitar pouco a pouco o doente, de modo que o período que se segue após sua saída do hospital, se torne uma etapa

construtiva no processo de recuperação e reinserção social deste na comunidade.

Acreditamos que, para que isso aconteça de forma eficiente, seja preciso a enfermeira e a equipe multiprofissional, desenvolverem programas que possam facilitar a transição do doente mental do hospital para a comunidade. Stefanelli et al (1985) colocam, dentre várias funções da enfermeira psiquiátrica, a organização de programas de reinserção social como uma das atividades a ser desenvolvida por enfermeiros que trabalham em instituições psiquiátricas.

Barros (1987) reforça essa afirmação quando refere que a orientação e discussão de problemas de readaptação social e familiar é uma das funções da enfermeira psiquiátrica em unidades básicas de saúde.

Percebemos a partir de nossa prática, que a discussão sobre a readaptação do doente na família e sua reinserção social na comunidade, têm ficado apenas no discurso na maioria das instituições que prestam serviços ao doente mental no Brasil.

Taylor (1992) refere que a enfermeira psiquiátrica assume junto ao cliente vários papéis, dentre eles, o de agente socializador, que pode ser tanto em instituições psiquiátricas como em residências, onde vai ajudar o paciente a socializar-se. A enfermeira ensina e orienta o paciente a enfrentar seu problema de forma mais madura. Ajuda-o a assumir atividades de responsabilidade, a cuidar de suas próprias coisas e adaptar-se a horários. Pode ajudá-lo a encontrar

formas de participar de atividades socialmente aceitáveis e gratificantes, tornando possível a socialização e reintegração deste.

Altschul; Simpson (1977) afirmam que se o tratamento em comunidade for adotado pela maior parte dos doentes psiquiátricos, serão necessárias enfermeiras e assistentes sociais, para dar auxílio e apoio à família do doente mental, para compreender seus problemas e dificuldades; e que será ainda necessário educar o grande público para aceitar ou ter maior tolerância perante o doente mental. Refere que muitos doentes mentais conseguem levar uma vida independente e trabalhar, dependendo apenas da forma como são recebidos ao retornarem da instituição psiquiátrica.

A reabilitação psicossocial e a reinserção social são partes da assistência que deve ser oferecida ao doente mental. Convém ressaltar que esta atividade não está sob a responsabilidade de apenas um profissional, e sim do grupo de profissionais do serviço de saúde mental, e requer ainda a participação efetiva da família, paciente e comunidade (OPS/OMS, 1991).

Apesar de a legislação vigente propor a desinstitucionalização, os profissionais de saúde mental e os movimentos comunitários estarem exigindo mudanças quanto à forma de tratamento do doente mental, temos nos preocupado com a forma de como isto vá acontecer, pois acreditamos que o bem-estar do doente mental e de sua família deve ser considerado. Por isso enquanto enfermeira, pretendemos preparar a família para esta realidade, a partir da realização deste trabalho.

MÉTODOS

Partindo dos pressupostos adotados dos conceitos de ser humano, enfermagem, relacionamento terapêutico, família, comunidade e reinserção social e das características da realidade a ser estudada, optamos por desenvolver um estudo prático, que utilizou a observação participante como método de coleta de dados.

Demo (1989) descreve a pesquisa prática como aquela voltada a intervir na realidade social, ou seja, que busca resolver um problema e auxiliar na tomada de decisões a partir de uma prática. É o tipo de pesquisa que busca contemplar a ligação indestrutível entre teoria e prática, e é valorizada pelo seu compromisso com a prática diária do profissional. Uma das características da pesquisa prática é que a partir do conhecimento adquirido com seu uso, é possível o pesquisador construir estratégias de enfrentamento dos problemas detectados no cotidiano de trabalho, no intuito de provocar mudanças.

Este nosso estudo teve como cenário o domicílio do doente mental. Foi estabelecido um ambiente de confiança junto aos integrantes da família. Para os problemas encontrados, foram traçadas e analisadas soluções com o propósito de reintegrar o doente mental na família e comunidade, de acordo com as necessidades por nós percebidas e validadas pela família, levando em consideração suas características e necessidades.

Para a coleta dos dados, utilizamos a observação participante, sendo as nossas observações transcritas para um diário de campo. Para Gil (1987), a observação participante “*consiste na participação real do observador na vida da comunidade, grupo ou de uma situação determinada, onde o observador assume o papel de membro do grupo, isto é, é a técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo*”. Neste sentido, possibilita ao pesquisador captar todos os esclarecimentos necessários para a compreensão dos sujeitos da pesquisa.

Minayo (1996) refere que Schutz propõe ao pesquisador que vai realizar uma observação participante três passos para entrar no campo: 1- o observador deve colocar-se no mundo de seus entrevistados, tentando entender os princípios gerais de sua vida cotidiana; 2 - deve manter uma perspectiva dinâmica, levando em conta ao mesmo tempo, a vida dos sujeitos da pesquisa e a sua proposta teórico-metodológica, para uma interação ativa e conjunta; 3- entrar na vida dos sujeitos como uma pessoa comum que partilha o conhecimento no cotidiano. A linguagem no campo deve ser condizente com a dos integrantes do grupo no qual está sendo desenvolvida a pesquisa.

A entrada no campo, para Minayo (1996), é um processo construído pelo pesquisador e pelos componentes da pesquisa, onde o papel de cada um é definido. Neste caso os papéis foram definidos por nós anteriormente e respaldados pelos familiares envolvidos na pesquisa.

Este estudo foi realizado através de reuniões com os familiares de doentes mentais que concordaram em participar do mesmo, no período de 17 de

abril a 30 de julho de 1997. Foi todo baseado nos princípios do relacionamento terapêutico de Travelbee (1979). Foram feitas orientações, esclarecimentos e discutidos temas de interesse de cada família, buscando juntos encontrar soluções adequadas para cada realidade familiar. A comunicação terapêutica definida por Stefanelli (1993) como *“a habilidade profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária, a conviver com outras pessoas, ajustar-se ao que não pode ser mudado a superar bloqueios à auto-realização para enfrentar seus problemas”* foi uma estratégia utilizada para o desenvolvimento das reuniões com os familiares.

3.1 Sujeitos e local do estudo.

Este estudo teve a participação de duas (2) famílias que vivem com um portador de doença mental, cadastradas no CISAM, residentes na cidade de Maringá, que concordaram em participar do estudo.

3.1.1 Critérios para seleção das famílias:

Foram escolhidas famílias de doentes mentais com as seguintes características: pelo menos uma internação psiquiátrica; cliente do CISAM; famílias residentes em Maringá ou nas regiões circunvizinhas; doente mental não internado no período de desenvolvimento da pesquisa; e que a família desse o consentimento assinado para participar do estudo. Não foi levado em consideração o diagnóstico médico, mas coincidentemente foram estudadas duas famílias com membros portadores de diagnóstico de esquizofrenia.

3. 1.2 O Serviço de Saúde Mental de Maringá.

Maringá é uma jovem cidade localizada na região noroeste do Paraná (anexo III) que teve crescimento rápido. Em 1950, época de sua fundação, tinha 38.588 hab.; em 1960, 104.131 hab.; em 1970, 121.324. ; em 1980 ,168.239 hab.; em 1994 256.598 hab.; em 1996 267.878; e uma estimativa de 280.000 hab. para 1998 (IBGE,1996).

O rápido crescimento foi marcado pelas terras férteis e prósperas da região. A população é composta de imigrantes, vindos pelo desejo de enriquecimento rápido, dos quais 65% oriundos das diversas cidades do Paraná e 35% de outros estados brasileiros, destacando-se São Paulo, Minas Gerais e Bahia (Maringá, 1996).

O desenvolvimento social e econômico foi fundamentado na exploração agrícola, principalmente na cafeicultura. O modelo econômico que se formou foi baseado em pequenas e médias propriedades.

A crescente migração da população da zona rural para a zona urbana levou ao aparecimento de populações mais carentes. Atualmente, Maringá não apresenta favelas, mas existem bairros (conjuntos habitacionais) que são tão carentes como os habitantes de uma favela; 97,42% da população se encontra na região urbana. (Maringá, 1996)

Em virtude do rápido crescimento e de contar com uma população provinda de pequenas cidades, a população mantém em suas relações sociais,

traços de relacionamentos das pequenas cidades, ou seja, as pessoas são solidárias, relacionam-se com vizinhos, ajudam-se mutuamente, além de outras características que não são mais comuns nas grandes cidades.

O serviço de saúde de Maringá possui hoje 24 (vinte e quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS), um ambulatório de Saúde Mental (CISAM) um Hospital Psiquiátrico de grande porte, de caráter particular e conveniado com o Sistema Único de Saúde. Um Hospital Universitário, público e seis Hospitais gerais particulares, somando 1248 leitos, dos quais 1065 são do SUS, e dentre estes 368 são destinados a internações psiquiátricas (Maringá, 1997). Apesar disso sabemos que muitos médicos psiquiatras internam seus clientes particulares em hospitais gerais.

Destas 24 (vinte e quatro) UBS, 14 (quatorze) fornecem atendimento primário à comunidade no que se refere à saúde mental. Nestas, o clínico geral, o enfermeiro e psicólogo trabalham juntos. São realizadas psicoterapias breves e atendimento a gestantes. As pessoas com distúrbios mentais que precisam de medicação, como as neuroses mais graves e psicoses, são encaminhadas ao CISAM (Maringá, 1997).

O CISAM presta atendimento secundário à saúde. Serve de referência regional para 28 (vinte e oito) pequenos municípios da região. Os casos que chegam até o CISAM vêm encaminhados das UBS, ou diretamente das instituições de internação, que atendem pelo SUS, quando o cliente é procedente de outra cidade. Para a cidade de Maringá o cliente deve ir até a

UBS para que sua consulta seja marcada de acordo com a gravidade da situação.

O CISAM possui 10 (dez) psicólogos, 1 (um) farmacêutico, 3 (três) médicos, 1 (uma) assistente social e 1 (um) enfermeiro, todos trabalhando em média 30 (trinta) horas semanais. O atendimento se dá nos níveis individual e grupal, a pacientes cadastrados. Existem grupos de alcoolistas e outras fármaco-dependências e grupos de psicóticos. Não há atendimento a familiares, a não ser quando os mesmos procuram o serviço para esclarecimento de dúvidas (Maringá,1997).

Há previsão de contratação de fonoaudiólogo, mais enfermeiros e farmacêuticos. Existe ainda, um posto 24 horas que funciona como pronto atendimento, que recebe pessoas com problemas de ordem mental, as quais são encaminhadas de acordo com o problema para a UBS, CISAM ou para o hospital Psiquiátrico, que na cidade de Maringá não é público.

No Serviço de Saúde Mental de Maringá são realizadas em média 1.500 atendimentos mensais, dos quais 1.000 são realizados nas UBS e 500 no CISAM. Os atendimentos à família, quando realizados, não são computados como atendimento e sim como informação. Não existe um serviço específico de atendimento aos familiares de doentes mentais (Maringá,1997).

3.2 Procedimento prático.

Foram levados em consideração os seguintes aspectos éticos para a realização deste estudo.

- autorização, por escrito, do CISAM ;
- esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa;
- liberdade de participação ou não do familiar no estudo proposto;
- autorização por escrito dos membros da família, conforme os termos apresentados no anexo I ;
- liberdade para a família ou qualquer componente se retirar da pesquisa a qualquer momento, no decorrer do mesmo;
- a presença do doente mental não foi obrigatória nas reuniões; caso ele não quisesse participar do estudo e sua família quisesse, nada inviabilizaria a execução do mesmo;
- respeito à disponibilidade de horário da família para a realização das reuniões;
- solicitação de avaliação pela família do trabalho realizado;
- atribuição de nomes fictícios aos componentes deste trabalho, respeitando o anonimato dos participantes.

Fizemos contato com os funcionários do CISAM, após a autorização verbal do Secretário de Saúde do Município de Maringá. Manuseamos o fichário com o propósito de escolher os doentes e respectivos familiares, que se encaixassem nos critérios deste estudo. As duas famílias com as quais desenvolvemos este trabalho foram indicadas por uma colega, dentre uma lista de 10 (dez).

Tendo em mãos os endereços, mesmo com a indicação destas duas famílias por uma colega, entramos em contato com as famílias listadas. De algumas o endereço estava errado ou tinha mudado. As duas famílias indicadas foram encontradas e aceitaram participar do estudo. Nesse mesmo dia, num encontro informal — momento de conhecimento mútuo — apresentamos a proposta de trabalho, deixando claro o direito livre de participação.

Após o consentimento dos familiares em participar do estudo e de gravar as reuniões realizadas, marcamos as reuniões de acordo com a disponibilidade dos componentes familiares. As famílias trabalhadas neste estudo foram carinhosamente chamadas de família AMOR e família AFETO, e os nomes dos sujeitos foram resguardados, sendo utilizados nomes fictícios iniciados com a letra “A”. Na família AFETO as reuniões se realizaram nas terças - feiras, às dez horas. Na família AMOR as reuniões foram realizadas às segundas - feiras, às vinte horas.

As reuniões se desenvolveram de acordo com as falas que emergiram das discussões nas reuniões com a família, sendo conduzidas com base em nossa experiência anterior e nos princípios do relacionamento terapêutico de Travelbee, cujo objetivo sempre foi compartilhar para poder ajudar a família e o doente a encontrar a solução para os seus problemas, descobrindo novas formas para a reinserção social do doente mental sem o comprometimento do seu estado mental e do relacionamento familiar.

Vale ressaltar que muitos problemas familiares são genéricos. Porém, convém lembrar que cada família é única e mantém crenças, valores, características morais e éticas próprias que foram levadas em consideração.

Compartilhar da especificidade dos problemas de cada família foi condição “sine qua non” para enfrentar em conjunto segundo o referencial adotado.

As reuniões foram gravadas em fita magnética com o consentimento de cada membro da família. Logo em seguida ao encontro as gravações foram ouvidas, transcritas, lidas e relidas, até à compreensão dos problemas prioritários. Posteriormente a esta compreensão, foram traçados os objetivos a serem trabalhados nos encontros que se seguiram.

Foi dada ênfase ao tema de readaptação do doente à família e sua reinserção na comunidade.

No desenvolvimento, uma das doentes mentais, se recusou a participar das reuniões propostas, porém na sexta reunião com a família, ela entrou e participou ativamente desta e das demais reuniões.

A quantidade de informações coletadas me deixaram, a princípio, assustada. Com base em nosso conhecimento anterior em desenvolver o relacionamento terapêutico com doentes mentais e no referencial teórico descrito por Travelbee — *resolução dos problemas emergentes* — trabalhamos seguindo a ordem de prioridade das necessidades, que foram percebidas em conjunto com a família.

Para cada família foi realizada uma média de 10 (dez) encontros no período entre 17 de abril a 30 de julho, tendo a família AFETO 10 (dez) encontros e a família AMOR 11 (onze) encontros e uma entrevista em particular, com a doente mental.

3.3 Análise dos dados

Para a análise dos dados recortamos de acordo com as etapas propostas por Travelbee no relacionamento terapêutico, porém dando outros nomes. **Encontro Inicial, Relacionando com as Familiares, a família como alicerce para desinstiucionalização do doente mental e a família como educadora a partir de uma assistência compartilhada** . Foram ainda encontrados temas éticos interessantes e de grande importância, que foram trabalhados e discutidos num tópico denominado **Temas Emergentes do Estudo**.

Queremos salientar que tivemos acompanhamento de colegas enfermeiros para suporte nas horas de ansiedade e sofrimento, que nos ajudaram com orientações e nos ouvindo nos momentos em que precisamos. Este apoio serviu de instrumento para que o envolvimento emocional, surgido durante todo o processo, não tomasse rumo não-terapêutico.

Os problemas encontrados e trabalhados com as famílias foram levados a conhecimento dos profissionais da instituição e discutidos um a um.

4 O PROCESSO DE ASSISTÊNCIA, DE INFORMAÇÃO, DISCUSSÃO

E ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 O Encontro inicial.

4.1.1. A entrada na família.

De posse dos nomes e endereços, entramos em contato com os familiares em suas residências. Nesse encontro foi possível nos apresentar, demonstrar nosso interesse em trabalhar com familiares de doentes mentais desinstitucionalizados; falamos do compromisso que firmariamos, inclusive da assinatura de um documento aceitando participação e gravação das entrevistas.

A família “AFETO” nos recebeu de forma desconfiada, perguntou-nos onde havíamos conseguido o endereço, e não nos convidou para entrar em sua casa. Conversamos por mais ou menos 25’ no pátio da casa. Apesar de acharmos a recepção um pouco estranha e pouco calorosa, propusemos nosso trabalho e deixamos os termos de aceite para lerem e assinarem, caso concordassem em participar do estudo. Saímos da casa desta família um pouco desanimada, pois tínhamos achado aquela recepção diferente da que costumávamos receber quando fazíamos visitas domiciliares a pacientes internados, como era nossa experiência anterior. Isto nos fez pensar o que faria essa família nos receber assim. Seria um costume que fazia parte de sua cultura, ou seria a situação que eles se encontravam naquele momento? Poderia ser preconceito?

No dia seguinte visitamos a família “AMOR”. A recepção foi bastante diferente. A irmã da doente mental nos recebeu sorridente, assim que nos apresentamos, ela pediu que entrássemos na casa, e nos sentássemos. Quando começamos a expor nossos objetivos, e o que pretendíamos fazer, logo nos disseram que estavam nos aguardando pois a outra professora estivera lá e dissera que alguém viria.

“Meu pai e nós estava aguardando você faz tempo, até pensamos que não viria mais.”

Ângel

Ela então chamou sua irmã Andréia (doente mental), que não quis nos receber. Saiu correndo e entrou no quarto (nem chegamos a ver o seu rosto), bateu a porta dizendo que não tinha nada para falar conosco. Então fomos até à porta de seu quarto e tentamos explicar-lhe que nosso trabalho não era especificamente com ela, e sim com sua família, e caso ela se recusasse a participar e sua família aceitasse, continuaríamos a ir à sua casa. Andréia disse

“Não tenho nada para conversar, eu to boa, não quero ninguém aqui, eu não te chamei aqui...”

Saimos então da frente do quarto de Andréia e nos colocamos a conversar com sua irmã Ângel, que prontamente aceitou participar do trabalho e adiantou que seu pai também aceitaria. Combinamos, então, que telefonaríamos para sua casa para combinar o horário em que a família teria disponibilidade

para realizarmos as próximas reuniões. No dia seguinte Ángel, telefonou marcando a reunião para a próxima segunda - feira à noite.

4.2 A realidade das famílias e a interação enfermeira - família.

4.2.1 O Paradoxo.

A diferença com que as duas famílias nos receberam deixou-nos alegres e tristes ao mesmo tempo, fazendo-nos refletir muito sobre os nossos conceitos e costumes, sobre essa nossa forma de esperar as coisas sempre como certas, como se soubéssemos de tudo. Seria preconceito ou uma ingenuidade da nossa parte?

Nesse momento foi-nos possível refletir sobre toda nossa vida, pessoal e profissional, refletir sobre a base teórico-científica na qual todo o nosso trabalho anterior estava fundamentado. Voltamos a ler sobre formas de comunicação, comunicação intrapessoal, interpessoal, comunicação terapêutica, para que estes conceitos pudessem nos tranquilizar e nos conduzir de maneira sólida e adequada.

A bagagem teórica fundamentada no relacionamento terapêutico de Travelbee desenvolvida durante nossa vida pregressa, dava-nos tranquilidade e inquietação ao mesmo tempo. Ao refazer estas leituras, elas nos levaram a refletir.

Travelbee (1979) descreve comunicação como o meio pelo qual o ser humano domina sua solidão e se converte em parte do grupo. Que ao fazer este isto, ultrapassa as barreiras do seu eu e atua de forma recíproca com os demais; que os momentos de solidão são incentivadores da comunicação. Desta

forma, quando nos comunicamos voltamos enriquecidos. Todas as leituras realizadas nos levava a reflexão e a comunicação intrapessoal, ou seja a comunicação conosco mesma.

A partir desta comunicação intrapessoal e de nossa reflexão, sentíamos um pouco mais de tranquilidade, porém, às vezes nos fazia ficar ainda mais ansiosa, principalmente em conhecer melhor estas pessoas e de perceber como seria esse processo. Vivenciamos um momento de inquietação, mas também de grande aprendizado, principalmente de auto-conhecimento.

4.2.2. Vivenciando ansiedade e angústia.

Apesar de controlar muito a ansiedade, tínhamos medo de dar preferência à família que nos recebeu bem, pois esse grupo familiar era muito parecido com nossa família. Gomes (1994) previne que o profissional que vai trabalhar com famílias precisa conhecer e compreender seu modelo de organização familiar, valores, crenças e procedimentos. Travelbee (1979) vem complementar, quando diz que para a enfermeira se relacionar com outro ser humano, é preciso, primeiro, conhecer seus pensamentos e sentimentos, conhecer-se, aceitar-se como ser humano, para depois interagir-se com os outros. Foi o que fizemos naquele momento, já que nos encontrávamos na primeira fase ou fase de pré-interação do relacionamento terapêutico, que Travelbee (1979) descreve como a fase em que a enfermeira identifica a pessoa com quem vai se relacionar, e na qual ela reconhece seus pensamentos e sentimentos pra que eles não afetem a relação de forma negativa.

O encontro com a família que nos recebeu da forma como esperávamos ser recebidas, foi uma realização extremamente gratificante num ponto, porém frustrante no outro, pois a doente se recusou a nos ver e participar das reuniões com a família, pois apesar de o prever, não esperávamos. Pelo fato de ter experiência anterior em trabalhar com doentes mentais, acreditávamos que isso não seria problema e que em algum momento ela iria nos aceitar e participar das reuniões, pois é comum o doente fazer isso para testar nosso interesse genuíno.

Na família AFETO, apesar de não nos ter convidado para entrar, Anja a doente mental, abriu-se no primeiro momento foi logo falando de suas maiores dificuldades.

“ É muito difícil pra mim comprar remédio, será que você consegue pra mim? Eu e a Alma é separada do marido... a gente vive sozinha... O dinheiro é pouco, é só da aposentadoria e o salário dela...” Anja.

Eram muito engraçados nossos sentimentos. Ao mesmo tempo que acreditávamos muito que tudo iria dar certo, apareciam o medo e insegurança. Precisamos conversar com nossos colegas de disciplina, fontes de apoio e orientação neste estudo, que nos ouviram, compartilhando assim nossas experiências. Isto fez com que nossa ansiedade diminuísse a um nível suportável.

Como havíamos proposto de seis a nove interações, começamos a diminuir as expectativas. Depois de conversar com a professora orientadora e os colegas e falar sobre o que estávamos vivenciando, os mesmos nos alertaram que esse trabalho era baseado no relacionamento terapêutico de Travelbee. Então percebemos que a ansiedade era somente nossa, pois tudo estava acontecendo conforme o descrito por Travelbee (1979). Estávamos realmente na primeira, entrando para segunda fase; era realmente o momento de rever os sentimentos, conhecer o outro, desenvolver confiança mútua, empatia.

Apesar da experiência em vivenciar o relacionamento terapêutico de Travelbee com doentes mentais, parecia que tudo era muito novo. Talvez isto se deva ao uso dessa técnica com mais de uma pessoa ao mesmo tempo, diferente do que vínhamos fazendo anteriormente. Um outro fato que acreditamos também estar interferindo, é que geralmente quando fazíamos este tipo de trabalho estávamos respaldados pelo nosso “poder de profissional”, isto é, estávamos em nosso território — a instituição psiquiátrica. Agora o território é dele, de sua família, é a sua casa, ele “manda”, os costumes, crenças e ordem sempre estarão de acordo com a sua vontade e não de acordo com a vontade do profissional. O cenário havia mudado, talvez isso nos levasse ao paradoxo. Acreditamos ainda que isso ocorreu, em função de que cada relacionamento é novo e diferente, porque cada pessoa é diferente, tem reações diferentes.

A questão do poder profissional foi descrita por Foucault (1984), quando ele ressalta a criação do hospital psiquiátrico. Refere que a instituição deu ao médico o poder “*da verdade da doença*”. Essa exaltação se produz através do

saber científico. O poder que o hospital dá ao psiquiatra justifica-se pelo seu saber. Esse poder permite ao médico reproduzir a realidade da doença mental e reproduzir fenômenos acessíveis ao conhecimento.

Este fato de reprodução do conhecimento ou até distorção dos sintomas da doença mental é descrito por Barros (1996). Ela coloca que o profissional de psiquiatria usa o poder que a instituição psiquiátrica lhe delega. O profissional e a equipe são vistos pelo doente e sua família como o “todo poderoso”, o “dono do saber”, o “dono do destino do paciente e sua família”. Frisa ainda a autora que dentro do hospital a enfermeira é a personificação do poder e da autoridade, é ele quem decide, revoga, concede, nega; é ele também que constrói a imagem do doente e inclusive a transmite para outros profissionais da equipe.

Basaglia apud Foucault (1984) descreve que a diferença existente entre o doente mental e a instituição está nas *“características destas instituições, é uma separação decidida entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o têm”*.

Acreditamos que este poder dado a nós pela instituição, faça com que nos sintamos protegidos quando trabalhamos dentro da instituição. Mas o trabalho com a família é diferente, a situação é inversa. Nesse momento ela está em sua casa, respaldada pelo seu poder de dona da casa, e nós não fomos formados pela escola e acostumados a trabalhar com o paciente e sua família, decidindo o que é melhor para eles; a nossa realidade é que dentro da instituição quem decide é a equipe independente da vontade ou realidade de cada um. A

nossa proposta nesse momento é de compartilhar com o familiar as dificuldades da convivência com o doente mental desinstitucionalizado e compartilhar é uma experiência nova.

Diminuída a nossa ansiedade, tudo parecia estar correndo muito bem, as duas famílias relatavam sua experiências e dificuldades na convivência com as doentes mentais. Apareceram muitos problemas, que foram trabalhados de acordo com a nossa percepção e com base nas necessidades demonstradas pelos familiares participantes do grupo.

Fomos percebendo que estávamos sendo aceita pelos familiares, a partir do momento em que eles foram expondo suas vidas, suas dificuldades e problemas. Isto estava nos proporcionando muita alegria, fazia-nos perceber que no momento em que estávamos na família eles nos consideravam um deles; e o interessante, é que no momento da interação, nos sentíamos um deles. Achemos que aí foi meu grande aprendizado — foi a maior experiência de empatia que vivenciamos; constatamos que os problemas enfrentados por uma família para manter e remserir o doente em seu seio familiar eram muito maiores do que imaginávamos. Conhecê-los através das visitas domiciliares era um tipo de experiência; agora, compartilhar a sua vivência como parte do grupo, é outra experiência diferente. É um aprendizado muito interessante e importante, que com certeza enriqueceu a nossa prática profissional.

Rogers (1977) define empatia como *“perceber-se com precisão do quadro de referência interno do outro, sem perder jamais a condição “como se”, significa perceber as mágoas e alegrias do outro como ele próprio as*

percebe, sem jamais perder a noção de que é 'como se'". Observa ainda que quando as pessoas se encontram em estado empático o terapeuta consegue penetrar no mundo perceptual do outro e sentir-se completamente à vontade, mas que isso requer sensibilidade constante. Desenvolvendo este trabalho atingimos este estado descrito por Rogers (1977), pois durante o tempo em que permanecemos com as famílias nos sentimos muito a vontade em discutir os problemas enfrentados e conseguíamos juntos encontrar o melhor encaminhamento para cada situação sem jamais esquecer do “como se”.

Vivenciar com a família esta experiência de compartilhar, nos fez descobrir algo triste, mas muito satisfatório que chamamos de “*Tomada de Consciência*”.

4.3 Tomada de consciência

Através desta experiência iniciamos uma profunda reflexão sobre nossas atitudes e condutas anteriores, as orientações que fazíamos a pacientes e familiares, a respeito de algumas ações e alternativas para melhorar a convivência com o doente mental e de formas de torná-lo independente e livre. Pensava: *“falar é muito fácil, difícil é vivenciar o que a família passa”*. Nesse momento começamos a perceber que a argumentação utilizada, por nós e por outros profissionais, ao orientar os familiares, fica muito distante de sua realidade. Começamos a questionar por que os familiares ouviam o que falávamos, já que a realidade era muito mais difícil do que imaginávamos. Os

argumentos que oferecemos quando orientamos são fracos, e a maioria deles já foram testados pela família, no convívio com o doente.

Outro momento, que também chamamos de “*tomada de consciência*”, foi quando os familiares, através das reuniões, perceberam algumas formas de relacionamento com a doente mental as quais anteriormente tinham passado despercebidas -

“ Depois que a senhora falou dos documentos, nós começou a pensar, eu levei ela para fazer a identidade, daqui quarenta dias fica pronto...” “... uma pessoa precisa trabalhar, precisa se sentir útil, ela não se sentia útil, a gente fazia o serviço e não deixava ela fazer... agora ela quer trabalhar fora... se der certo vai ser bom pra ela e pra nós também...” “... nós temo tentado fazer o que você orientou, a gente tenta conversar mais e se entender mais, explica as coisas pra ela...”

Família AMOR.

“ Ah! Agora ela já faz de tudo, cuida da casa dela, dos filhos, ela não faz as coisa igual eu faço é meio bagunçado, mas eu deixo ela fazer... Ela mesmo pega requisição pra ir

no médico, vai sozinha com o filho dela, isso é muito bom pra ela e não sobrecarrega eu né menina?”

Família AFETO.

A família tomou consciência de uma série de assuntos trabalhados. A família AMOR era manipulada pela Andréia, que usava esse comportamento de manipulação para conseguir o que lhe convinha.

“...pra dizer bem a verdade é isso mesmo, a gente acaba fazendo todas a vontades dela de medo dela fazer besteira, ela ameaça que vai embora, fala que ninguém gosta dela, ... que não tem pai nem mãe... eu as vezes não faço mas o pai dela faz tudo que ela quer...”

Mãe Amor

o Pai Amor tenta se explicar dizendo:

“...a gente é pai, tem dó né! O que que um pai não faz por um filho?..”

A mãe continua dizendo logo após o pai se explicar:

“...hoje mesmo eu fui dura com ela não deixei ela me dominar, falei não e mantive o não”

O Pai Amor responde:

“...mas ela arrumou a mala pra ir embora você viu?...”

A mãe complementa:

“...É eu vi, mas ela não foi, não é mesmo? ...”

Família AMOR

Travelbee (1979) descreve como resultado da relação terapêutica a mudança de comportamento, a pessoa é capaz de ampliar sua capacidade para enfrentar a realidade e para descobrir soluções práticas para resolver seus problemas, aprende a viver em comunidade. Sendo assim podemos dizer que houve o estabelecimento de uma relação terapêutica entre nós.

4.4 Desenvolvendo o relacionamento com familiares.

A Família AFETO.

Ao entrar em contato com a família AFETO tivemos uma surpresa. Quando pegamos o endereço no CISAM, fomos apenas com nome de uma paciente. Na primeira visita, ao nos apresentar e falar do trabalho, uma das integrantes da família disse que havia, na casa, outra doente mental, que era sua irmã caçula, e mandou um adolescente, que estava ao nosso lado, chamá-la.

Ao conversar com essa família percebemos que a constituição familiar era bastante diferente da que costumamos ver no cotidiano. Era composta por **Anja**, doente mental, filha mais velha com quarenta e seis (46) anos, casada e abandonada pelo marido há mais ou menos dez anos, com três filhos adolescentes, uma **filha** de 17 (dezessete) anos grávida em fase final de gestação, um **filho** de (16) dezesseis anos que estava trabalhando fora e um

filho de 12 (doze) anos. Anja é de cor negra, alta (mais ou menos um metro e setenta), magra (mais ou menos uns sessenta e cinco kg), usa roupas bastante velhas, às vezes rasgadas, porém sempre limpas; nos pés, calçados muito velhos, às vezes rasgados, despregados ou emendados com tecidos ou plásticos. Apresenta-se sempre com lenço amarrado à cabeça, tem várias falhas de dentes na boca, sua fala é lenta, em tom alto e “cantada”. É aposentada por invalidez pela doença mental.

Alma (irmã responsável por ela) também separada, com quarenta e quatro (44) anos, tem a pele de cor mais clara que a de Anja, usava cabelos curtos como homem, trabalha fora como faxineira de uma grande empresa em Maringá e ganha em média dois salários mínimos por mês, tem um filho casado que mora com ela por problemas de saúde decorrentes de acidente automobilístico grave que o deixou incapacitado. A mãe de Alma e Anja era falecida há mais ou menos três anos. **Afago** é a irmã caçula de trinta e dois anos (32), também doente mental. Apresentava andar robotizado, falava com dificuldade como se estivesse com impregnação neuroléptica. Afago morava com o pai, que no momento da entrevista estava internado em fase terminal devido a um tumor de próstata, por isso encontra-se na casa de Alma por não ter quem cuide dela.

A casa em que moram é própria, num bairro pobre de Maringá. São duas casas no mesmo quintal. A casa onde mora Anja é de madeira velha, as portas e janelas de madeira são amarradas com cordões para se manterem fechadas, a casa é constituída de quatro cômodos, mas dois estão usados para

guardar os móveis do filho de Alma. Anja usa apenas dois cômodos, ficando os móveis amontoados, com espaço mínimo para o trânsito das pessoas. A organização é deficitária, a limpeza é precária, mas Anja sabe tudo o que tem em sua casa. Ela mesma cuida dos afazeres domésticos, sua filha às vezes a ajuda. Uma das coisas que nos chamou a atenção foi que Anja guarda seus medicamentos em pequenas sacolas plásticas, cada medicamento em uma sacola; os do período da manhã ficavam pendurados em um prego próximo à janela em frente a pia; o medicamento que deve tomar a tarde ficava em uma outra sacola pendurada em um prego preso à parede próxima a mesa ao lado da geladeira, e a medicação que toma a noite ficava dentro de uma sacola pendurada a um prego preso a parede acima de um balcão na cozinha. Os móveis que compunham a casa de Anja foram doados pelos vizinhos e amigos quando ela voltou a morar com sua família após o abandono do marido.

A casa tinha condições físicas bastante precárias. O banheiro se localizava fora da casa, com frestas na parede que eram tapadas com plástico, não tinha chuveiro elétrico. No quarto as camas ficavam amontoadas, com dificuldade de trânsito das pessoas; em cima da cômoda havia uma televisão portátil que o filho havia comprado com seu salário, assim como a geladeira, e estava pagando-as em prestações. Nas paredes estão pendurados vários objetos, desde peças usadas na cozinha até enfeites e folhinhas.

As reuniões foram realizadas na casa de Alma, pelo espaço físico. As visitas ocorridas após a morte do pai, foram feitas na casa de Anja, pois éramos

somente duas e era possível ficar em sua casa; ou então sentávamos sob uma árvore, no quintal em frente à sua casa.

A casa de Alma é de alvenaria, possui móveis simples. É aparentemente limpa. Alguns dias havia um pouco de desordem, mas com a nossa chegada ela ia tirando os objetos do chão ou do sofá para que pudéssemos entrar e sentar para aguardar todos os familiares para a reunião. Alma sempre fazia questão de dizer que era ajudada pelos vizinhos e amigos, principalmente por doações de roupas e alimentos.

Apesar das dificuldades financeiras, sociais e os problemas de saúde vivenciados por eles, com a doença do pai e a descoberta de um problema de ovário e útero, com necessidade de cirurgia, em Alma, as três primeiras reuniões com esta família foram bastante produtivas. Mesmo não existindo ainda confiança mútua, a família descrevia suas dificuldades e as pessoas relatavam suas histórias. Foi possível vivenciar e compartilhar soluções para os seguintes problemas:

- dificuldade financeira da família;
- dificuldade de Alma para perceber que Anja pode desenvolver atividades como fazer compras, sair sozinha, fazer e ter seus documentos, trabalhar mesmo que seja somente no domicílio;
- limitação de Anja para exercer algumas atividades no domicílio ou fora dele, como participar de reuniões na escola do filho, ir ao centro da cidade sozinha, frequentar aulas de artesanato;

- desconhecimento dos sintomas da doença mental e formas de tornar o doente mental independente;
- problemas de saúde de alguns membros familiares como: o pai com câncer em fase terminal no hospital; Alma com um problema no ovário e no útero, precisando de cirurgia, realizada no decorrer do relacionamento com a família; acidente com o filho de Alma com várias fraturas que o motivou a mudar-se com sua esposa e filho para a casa da mãe;
- dificuldade de relacionamento entre Anja e a nora de Alma. (Segundo as duas, Alma e Anja, a mesma é muito ruim, agressiva verbal e fisicamente);
- o nascimento do bebê da filha adolescente de Anja, sem que a família soubesse quem era o pai;
- dificuldade de Afago em perceber a importância de tomar a medicação corretamente.

Cada problema descrito foi discutido com as família. A questão financeira parecia ser a mais difícil de ser resolvida. A quase todas as propostas colocadas com o objetivo de aumento da renda familiar, Anja e Alma colocavam empecilhos. Levamos ao conhecimento da família vários cursos de artesanato que as instituições de Maringá desenvolvem, inclusive em seu bairro. As duas diziam:

“...Ah! Eu não tenho jeito pra isso não, quando eu tava internada no hospital eu até que tentei, mas não fazia nada, nem aqueles biquinho de guardanapo eu consegui;

fica tão bonito né. Tem uma vizinha aqui que ganha até cinco real por semana passando bico né....” Anja.

“... Ah! Menina não consigo fazer nada disso! Até tenho vontade, mas não consigo não, mas a Anja coitada, ela até tentou... tinha que achá outra coisa, a nossa sorte é os vizinho que ajuda bastante, né?” Alma.

Apesar de insistir e até perguntar para eles o que achavam que poderia ajudar para aumentar a renda mensal, diziam:

“Logo o menino tem treze anos e daí a gente acha um serviço pra ele no mercado e daí já ajuda, né?..” Alma

Durante várias reuniões com a família abordamos a importância de Anja desenvolver atividades, mas talvez por superproteção ou por desconhecimento, Alma insistia em dizer que ajudava Anja porque ela era doente. De alguma forma, a internação e cirurgia de Alma fizeram com que ela delegasse algumas tarefas para Anja, que se orgulhou em poder desempenhá-las sem desapontar a irmã. Indiretamente os problemas relacionados com a doença de Alma e de seu pai propiciaram a Anja a oportunidade de tornar-se um pouco independente.

No decorrer do trabalho abordamos sobre a importância de Anja ter documentos, principalmente a carteira de identidade, a família aprovou a idéia e

pediu orientações como proceder, o próprio filho de doze anos informou o procedimento dizendo:

“Uma vez por mês vem gente na escola pra fazer identidade, daí eles avisa uns dias antes, daí eu falo pra senhora.”

Apesar de não participar ativamente, este filho sempre ficava por perto quando estávamos reunidas, as vezes ele falava alguma coisa.

Alma se empolga e diz:

“ Ah! Menina, é bom mesmo que ela faz a identidade, daí quando tiver inscrição para casa popular, eu faço pra ela, aí ela tem uma casinha pra ela, não é mesmo?...”

Sem perceber Alma sempre se colocava a frente para fazer a coisas para Anja, então sempre advertíamos sobre a importância de Anja também tomar atitude e decisões a respeito de sua vida.

O desenvolvimento do trabalho com esta família tornou-se um tanto difícil em virtude dos problemas de saúde ocorridos com os outros familiares. Muitas vezes, os problemas decorrentes da reinserção do doente mental na família e comunidade, foram postergados pela necessidade da família, de falar daqueles que emergiam no momento como, a preocupação com o pai que estava na UTI em fase terminal. Indiretamente, isto repercutia muito, fazendo com que os assuntos discutidos durante as reuniões fossem referentes à possível perda do pai. Após a quarta reunião Anja mostrou-se abatida e triste, quando indagávamos a razão ela dizia:

“ é o meu pai né, eu tava falando agora com meu menino, coitado do pai... ela tá na UTI né? A gente fica preocupada né? Tem a Afago né.. ela teve que ir pra casa da minha irmã lá no Sarandi, será que ela tá tomando o remédio... mas ela não toma direitinho...”

Quando trabalhamos com o doente mental no hospital, geralmente preocupamo-nos somente com as questões que diretamente estão ligadas a este problema, porém quando vivenciamos a realidade da família, como nesta experiência, percebemos que ela enfrenta outras dificuldades que interferem no bem-estar e principalmente na saúde mental de todos os membros. Isto foi bem evidenciado nesta família, onde as maiores dificuldades encontradas, naquele momento, foram os problemas com a saúde de seus membros.

Os problemas apresentados pela família foram discutidos por todos e juntos encontrávamos meios para enfrentar as situações de doença e dor que a família estava enfrentando. Geralmente levávamos experiências próprias para apoiar e ajudá-los a enfrentar as dificuldade, mas nesta família uma das coisas que mais fizemos foi ouvir, ouvir atentamente, e isto fazia com que quem falasse se sentisse mais aliviado e valorizado.

Stefanelli (1993) coloca que o ouvir atenta e reflexivamente é o ponto chave para atender o doente ou para que ele se envolva no processo de relacionamento terapêutico. O ouvir é uma estratégia de comunicação com o propósito não só de compreender o outro, mas também de ser compreendido.

Acreditamos que, por ouvirmos esta família, eles conseguiram expressar-se, ao mesmo tempo que encontraram a aceitação das situações que não podiam ser mudadas, como era o caso da câncer com conseqüente morte do pai.

Nas três primeiras reuniões Afago estava presente. Após a cirurgia de Alma, ela teve que ir para casa de outra irmã, em Sarandi — cidade vizinha de Maringá, por não ter quem cuidasse dela. Então, não pudemos mais orientá-la sobre a importância do uso contínuo da medicação. A partir da cirurgia de Alma, tudo ficou muito difícil, pois os problemas convergiram para os do momento. Isto mostra que os problemas relacionados à reinserção do doente mental são muito mais amplos do que imaginamos. Isto é, além de toda sua vivência em decorrência da doença mental os familiares têm de enfrentar os de “aqui e agora”. Este é um tipo de problema para o qual o relacionamento terapêutico é indicado.

No dia marcado para a última reunião com a família, ao chegar à sua casa, recebemos a notícia de que o pai havia falecido naquela noite, e a reunião foi suspensa.

No dia seguinte, fomos à casa de Anja e conversamos muito a respeito do acontecimento. Apesar de encerrarmos o relacionamento conforme tínhamos combinado, continuamos a visitar essa família até eles conseguirem enfrentar a morte do pai com maior aceitação. Apesar de continuarmos visitando a família, as reuniões não foram gravadas pois o objetivo das mesmas era apoiá-la naquele triste momento. Continuamos este trabalho pelo fato de acreditar, que a partir da relação empática desenvolvida com essa família, a nossa presença ao lado deles

seria muito importante. Pensamos que, se não os apoiasse naquele momento, estaríamos contradizendo tudo que tínhamos compartilhado, inclusive os pressupostos colocados como suporte.

As visitas à casa de Anja foram encerradas quando ela relatou-nos que já se encontrava bem melhor, que a tristeza iria continuar, mas que estava conformada, porque seu pai estava sofrendo muito com aquela doença. E disse o seguinte:

“Ele está melhor agora!”

A partir desta fala de Anja resolvemos conversar com ela sobre o encerramento, e ela concordou.

A Família AMOR.

São integrantes dessa família, o **pai Amor**, um homem de pele clara de aparência cansada (quando fala a face fica ruborizada), de estatura média, aproximadamente um metro e setenta e cinco e mais ou menos oitenta e oito (88) Kg. É autônomo, trabalha como revendedor de frutas, legumes e verduras, que compra na CEASA e entrega nas mercearias e na rua para algumas famílias; é conhecido no bairro como o verdureiro. Ganha em média três salários mínimos por mês. Observei que é muito querido pelos filhos, inclusive a mãe **Amor** colocou em uma das reuniões que é difícil um pai tão bom como ele. O seu relacionamento com Andréia é um pouco dificultado pelo seu modo de ser: não consegue impor limites ao seu comportamento, demonstra ter

carinho e zelo. Sua aparência é semelhante ao que na linguagem popular chamam de “paizão”, traz no olhar um jeito simples e bondoso.

A **mãe Amor**, uma mulher simples, não chegou a completar o primeiro grau, mas pronuncia corretamente as palavras, mede aproximadamente um metro e sessenta e oito, pesa mais ou menos cinquenta e cinco (55) kg, tem cabelos pretos e encaracolados, usando sempre preso (rabo de cavalo) . Ganha em média três salários mínimos por mês; trabalha como revendedora de produtos cosméticos. Segundo ela, lida com gente de todo tipo: rico ou pobre aprendendo a falar e se comportar bem em qualquer lugar. Permanece em casa por pouco tempo em função de seu trabalho. Parece ser uma pessoa sensata e é rígida com a normas e rotinas da casa. Com Andréia mostra-se rígida, porém carinhosa.

Andréia, doente mental, tem vinte e oito anos; cursou o primeiro grau, mora com os pais há três anos, foi casada durante sete anos, tem um filho de nove anos, que mora com o ex-marido de quem ela é separada. É a filha mais velha do casal, apresentou problema mental depois do casamento. O Pai e Mãe Amor acham que ela sofria muito com o marido, dizem que ele não era um “bom homem”. Quando apresentou os primeiros sintomas da doença o marido a maltratava e os pais a levaram para o tratamento. Como a convivência com o marido tornou-se impossível, os pais a acolheram em sua casa, o filho ficou com o ex-marido devido ao estado agudo da doença mental de Andréia. As visitas ao filho são realizadas de vez em quando e segundo a Mãe Amor, a criança não tem muita afinidade com a mãe. Mas Andréia quando refere-se ao filho,

demonstra carinho e afeto. Segundo ela, quando seu filho vem visitá-la, ela faz tudo para agradá-lo.

Andréia mede aproximadamente um metro e setenta, tem cabelos pretos e curtos. Fala rapidamente em tom de voz alto e quando sentada balança as pernas com grande intensidade. Está sempre usando roupas aparentemente limpas e de boa qualidade.

Ângel, a irmã caçula, tem dezoito anos, é casada com **Marcos** há seis meses. Ângel não trabalha fora, cuida dos afazeres domésticos. É uma jovem, de cabelos longos, cursou o segundo grau e mora com os pais porque estão construindo uma casa para morarem. A partir da quinta reunião Ângel começou a trabalhar fora, e sua presença nem sempre foi constante nas reuniões porque chegava tarde do trabalho que era em um Shopping Center. Marcos quase não conversava, a maioria das vezes se trancava no quarto após a nossa chegada.

No fundo da casa moravam três pessoas, consideradas como da família, com as quais Andréia tem contato direto, contando tudo o que se passa dentro de sua casa, com sua família. Fizeram parte das seis primeiras reuniões, o pai, a mãe e a irmã e após a sexta reunião, Andréia passou a integrar o grupo.

Essa família tem casa própria em um bairro classe média baixa. A casa é de alvenaria com uma suite, os móveis são aparentemente de boa qualidade, possuíam um carro e uma perua para o pai Amor vender verduras. A casa tem jardim na frente e uma bonita aparência. A família tem um sítio de dez alqueires em uma cidade na região noroeste.

Problemas levantados e trabalhados:

- desconhecimento dos sintomas da doença mental;
- desconhecimento da importância do uso contínuo da medicação;
- falta de paciência dos membros familiares, entre si e com Andréia;
- manipulação dos familiares pela Andréia, para conseguir realizar suas vontades;
- dificuldade de relacionamento, pois a vontade da Andréia sempre prevalecia;
- Andréia não tinha nenhum documento;
- Andréia não exercia nenhuma atividade de trabalho, nem no domicílio, nem fora;
- dificuldade de Andréia em aceitar a doença mental e tomar medicação corretamente;
- gasto excessivo de água e produtos de limpeza pela Andréia;
- isolamento de Andréia dos problemas da família;
- manutenção dos quartos, despensa e banheiro fechados para evitar que ela destruísse os objetos ali existentes. No banheiro, gastava todo *shampoo* de uma só vez, usava um pote de creme hidratante de uma só vez, mexia nas coisas que não lhe pertenciam e as quebrava; na despensa, gastava todos os produtos de limpeza de uma só vez, fazia quantidade excessiva de alimentos; no quarto da mãe e da irmã, mexia nos objetos pessoais, vestia roupas que não lhe pertenciam, pegava os objetos e os escondia, entre outras ações.

Como descrito anteriormente, na primeira visita, Andréia recusou-se a falar conosco, mas de acordo com a metodologia deste trabalho, isto não inviabilizava a realização do mesmo. Começamos as reuniões com a família bastante interessada e de modo participativo. Logo na terceira reunião percebemos o surgimento de empatia e confiança. Travelbee(1979) descreve que a empatia pode estar presente já no início do relacionamento, na segunda ou terceira entrevista, e que a presença de empatia prevê o sucesso do trabalho desenvolvido. Neste trabalho, ocorreu empatia logo no início e o sucesso foi positivo e descrito pelos familiares como de grande valor para eles.

Vale ressaltar que Andréia não participava da reunião, mas fazia questão de demonstrar que estava ouvindo o que falávamos. Abria e fechava a porta do quarto, quando estávamos reunidos na sala; deslizava no portão um pedaço de madeira fazendo barulho, aparentemente, com o objetivo de percebermos que ela estava ouvindo. Então a família falava bem baixo para evitar que ela ouvisse, percebendo o receio deles comentamos:

“a Angel disse-me quando cheguei que Andréia falou que no outro dia quando ela ouvia nossa conversa, ficou com vontade de entrar e participar. Pode deixar..., ela pode ouvir, o que nós temos a falar não é para prejudicá-la. Vocês acham que tem problema ela ouvir?” Quem sabe ela ouvindo o que nós estamos falando, interessa-se e vem participar conosco?”

A mãe falou:

“mas é isso que eu tô falando, se a gente vai falar com ela, igual no outro dia, ela bate a porta e não escuta o que a gente fala...”

Mãe Amor

Então os orientamos sobre a importância de não valorizar este tipo de comportamento, que era uma forma de ela conseguir que eles fizessem somente o que ela queria. Todos concordaram.

“é mesmo,... acho que você tem razão.... é ela faz isso mesmo, o Amor sempre acaba fazendo o que ela quer....”

Mãe Amor.

Desde o primeiro momento que estivemos naquela família, percebemos que eles eram manipulados por Andréia; então nosso desafio maior era tentar mostrar-lhes que, se quisessem poderiam mudar aquele comportamento. Na sexta reunião, para nossa surpresa, Andréia compareceu, participou e solicitou uma entrevista só com ela em outro dia. Marcamos a entrevista para o dia seguinte. Nessa mesma reunião fui surpreendida quando o Pai Amor disse que havia levado Andréia para tirar seus documentos, ou seja, sua identidade, e que na outra semana a levaria para fazer carteira de trabalho, e disse:

“...depois que a senhora falou da documentação, que todo mundo tem que ter documento e nós falamos isso com ela,

ela se sentiu mais valorizada... percebeu que você quer só ajudar mesmo...".

Pai Amor

A participação de Andréia na reunião, a princípio deixou a família um pouco apreensiva; acreditamos que estavam preocupados com o comportamento de Andréia, que segundo a família ultimamente estava agressiva.

"...de uns dias pra cá ela tem aprontado, tá tirando todo mundo do sério, a gente tem perdido a paciência com ela..."

Mãe Amor

Como Andréia manifestou vontade de falar conosco, marcamos a reunião, como solicitou, de forma privada. Quando chegamos à sua casa, Andréia demonstrava disposição, alegria, nos recebeu muito bem. Naquele dia não gravamos nossa conversa, pois ainda não tínhamos estabelecido compromisso, não nos conhecíamos o suficiente e pensamos que ela poderia tentar manipular a conversa por estarmos gravando, não anotamos, pois acreditávamos que poderíamos perder algumas observações.

Ao sairmos de sua casa, no caminho de volta, gravamos com nossas palavras o que tínhamos conversado. Começamos a entrevista perguntando o que Andréia queria conversar. Ela respondeu:

"Eu queria saber por que eu tenho que tomar esse remédio?"

Explicamos com palavras simples o que é a doença mental, quais são os seus sintomas, a importância de tomar o remédio adequadamente; que o

doente mental pode levar uma vida normal em comunidade, pode trabalhar desde que esteja tomando a medicação adequadamente e consiga fazê-lo. Andréia mostrou-se muito pronta a seguir as orientações. Conversamos durante uma hora e meia, falamos sobre vários assuntos, inclusive de sua vontade maior, que era de se casar novamente.

Na semana seguinte a essa conversa, na reunião com os familiares, eles disseram que Andréia estava insuportável, inclusive agressiva verbal e fisicamente, que tinha agredido Ângel, e também tinha sido agredida. Durante a reunião percebemos Andréia um tanto agitada, com vários sintomas agudos da doença mental. Então durante a reunião perguntamos se estava tomando a medicação corretamente, ela respondeu após uma grande gargalhada:

“ *eu não tô tomando direito não...* e continuou rindo e olhando para todos que estavam na sala.”

Então fizemos um trato com ela, com o objetivo de convencê-la a tomar o remédio. Resgatamos parte de nossa conversa anterior, orientamos sobre os sintomas visíveis que ela estava apresentando e dissemos que seria muito importante que fosse ao médico psiquiatra novamente. A família alertou-nos da dificuldade em conseguir vaga. Falamos de um outro serviço público que também oferece consulta psiquiátrica pelo SUS, que seria o Hospital Psiquiátrico, o Sanatório Maringá. Andréia se colocou extremamente contra, disse:

“eu não vou até o sanatório porque vocês vão me internar.”

Andréia.

Todos disseram que não, inclusive sua mãe completou:

” ... se a gente quisesse te internar, já teria feito isso há muito tempo, se a gente não fez até agora, é porque não temo dó de você... mas você tem que ajudar né Andréia... tá difícil de conviver com você, você precisa ir no médico, nós não vai te internar...”

Mãe Amor.

Andréia concordou em ir se consultar.

O relacionamento com a família de Andréia estava transcorrendo de acordo com o proposto por Travelbee (1979). Estávamos nitidamente na terceira fase, a cada momento a família demonstrava mais confiança, e parecia que cada vez mais fazíamos parte daquela família. Havia empatia, aceitação, compreensão e honestidade. A família já nos recebia pela porta da cozinha; oferecia café e contava suas intimidades. Para Rogers (1977) isto é denominado como estado de empatia e segundo ele, quando nos encontramos nele, passamos a ser um companheiro confiante da pessoa, e através desta empatia ajudamos a pessoa a vivenciar os significados de forma plena e progredir juntos nesta vivência.

Rodrigues (1995), refere que a empatia é uma forma saudável de identificação, permitindo a uma pessoa sentir-se como a outra de forma a

compreender seus sentimentos e experiências; e segundo esta mesma autora, esta é o principal instrumento a ser utilizado pelo profissional que deseja ajudar a outra pessoa.

Nessa fase do relacionamento, era possível perceber claramente a aceitação da família com relação a nossa pessoa. Caminhávamos num estado de empatia e confiança mútua, em que todos falavam sobre seus segredos e intimidades. Em uma das reuniões a mãe de Andréia contou algo assim:

“Sabe, Angélica, eu vou ser sincera com você, a Andréia quando ela não tá tomando o remédio como agora até vício ela tem. Sabe o que aconteceu na semana passada? Ela pegou o dinheiro da minha supervisora, cento e oitenta reais; daí nós apuramo ela, e ela confessou. Acha que pode. Ela nunca teve esse vício, nós apurou ela e ela falou que ela não tá resistindo a ver dinheiro, mas isso nunca tinha acontecido. Eu acho que é porque ela não tá tomando o remédio... agora ela fica braba da gente trancar os quarto, mas como é que a gente pode confiar nela, não é mesmo?”

Mãe Amor.

Andréia responde a mãe dizendo:

“Ah! Eu pego dinheiro daqui de casa mesmo tudo que é do pai, ele não fala que é meu mesmo?...”

Todo o tempo que Andréia está com os familiares tenta manipulá-los, porém eles já percebem isto.

“...É, Andréia, você não é boba mesmo, tenta enganar a gente de todo jeito... Mas não pensa que eu não sei que você faz isso só para se aproveitar...” Mãe Amor.

Reconhecemos este comportamento da família como um início de aprendizado, pois esta mudança de comportamento, em relação às atitudes de Andréia e à imposição de limites, partiu exclusivamente da família naquele momento.

Neste estágio da relação, a própria família dava os encaminhamentos para as situações apresentadas. Percebiam e comentavam seus comportamentos e atitudes e faziam críticas ao relacionamento e comportamento anteriores a esse compartilhar. Isso nos fazia acreditar que é possível realizar um relacionamento terapêutico com familiares e o mesmo ser produtivo e efetivo.

O término do relacionamento com essa família se deu de forma muito harmônica, porém envolto de emoções, como será relatado mais adiante.

4.5 A família como alicerce para a reinserção social do doente mental.

Os problemas encontrados na reinserção social do doente mental são geralmente atribuídos às condições inadequadas de seu processo de reintegração na sociedade. Bandeira (1991) aponta a ausência de acompanhamento profissional, a falta de suporte social satisfatório, a falta de

atividade ocupacional significativa e a ausência de suporte familiar, como problemas que o doente mental enfrenta no retorno à sua comunidade.

Morgado; Lima (1994) afirmam que é intrínseco ao conceito de desinstitucionalização, o estabelecimento de condições básicas de tratamento e cuidados do paciente e sua família.

Berenstein (1988) afirma que, quando passamos a considerar o doente mental no seu contexto familiar e social, estamos atribuindo a seu distúrbio mental um significado cultural, ou seja, um significado “diferente” para aquela determinada família, sustentada por uma cultura diferenciada. Por isso, o profissional ao entrar no espaço familiar, deve estar preparado para conhecer a cultura, seus costumes, valores e significados, deve ser um bom observador, e não deixar que seus valores interfiram na sua observação. Deve estar disposto a enfrentar o desafio de compartilhar com essa família o que estão vivenciando.

Estar disposto a vivenciar essa situação não é uma tarefa fácil, pelo contrário, é muito difícil para o pesquisador evitar que sua cultura e costumes interfiram na observação. Travelbee (1979) afirma que para sermos terapêuticos, não podemos julgar suas atitudes e pensamentos a partir de nossa crença ou interpretação. O profissional que pretende ajudar, precisa estar em constante policiamento para não incorrer no erro de julgar a atitude do outro sem o uso da empatia.

Para evitar que crenças pessoais, costumes interferissem no relacionamento de ajuda que desenvolvíamos, a maior parte dos problemas partilhados pela família que pareciam nos incomodar, eram refletidos e

discutidos com nossos colegas orientadores, que estiveram ao nosso lado durante todo o período de realização do estudo.

Uma outra questão muito importante, ao trabalharmos com a família no domicílio, é a observação e valorização do espaço familiar; que Berenstein (1988) descreve como espaço habitável, o qual pode estar subdeterminado por variáveis econômicas, demográficas, sociais e psicológicas. Assim, cada família concebe seu espaço de forma diferente, o que pode oferecer ao pesquisador a organização inconsciente deste grupo familiar. Isso foi verificado neste trabalho através da configuração e do relacionamento familiar observado na família AMOR. O pai se mostra mais próximo de Andréia, inclusive é quem a leva ao médico, para fazer compras e passear, mas ao mesmo tempo não conseguiu impor limites no relacionamento, acabava fazendo-lhe todas as vontades.

Geralmente estes espaços são determinados pelos sistemas das relações familiares. Cada membro da família ocupa seu espaço e este é configurado muitas vezes em espaço real.

O significado da distância entre os membros de um grupo familiar pode significar respostas na convivência destas pessoas. Isto quer dizer que a distância espacial pode significar a distancia afetiva entre os membros familiares (Berenstein, 1988). Este fato foi observado também na família AMOR. O marido de Ângel, que residia na casa junto com a família, sempre se posicionou fora do grupo, e na última reunião, a mãe disse que eles iriam mudar para a casa que construíram, porque Marcos não se adaptara bem ao convívio deles, atribuíram isso ao relacionamento difícil com a Andréia.

Cada família distribui seu espaço numa configuração de acordo com as representações familiares, ou seja, como se consideram na família, cada um descreve sua posição segundo a sua concepção de proximidade afetiva. Esta afirmação foi confirmada pelos próprios familiares quando disseram que o maior contato de Andréia dentro de casa é com o pai.

É de fundamental importância contar com a família no processo de reinserção, ajudá-la a encontrar caminhos para a resolução dos seus problemas e esclarecer suas dúvidas. Macedo (1996) observa que a família do doente mental, no Brasil, não recebe nenhum tipo de apoio para enfrentar a sobrecarga emocional e financeira, decorrente do convívio diário, pois os profissionais de saúde ainda não perceberam que a família é o seu principal aliado, disposto a enfrentar todo e qualquer tipo de esforço para manter seu membro familiar desinstitucionalizado.

Richter (1979) também coloca que a família do doente é vista muitas vezes pelo terapeuta como um simples auxiliar do tratamento, muitas vezes reduzindo-a a “atendentes mal informados” devido às precárias informações que lhes oferecem. Explicita ainda que muitos terapeutas preferem manter os familiares longe dos consultórios. Justificam esse descaso alegando motivos éticos, dizendo que muitas informações proferidas pelo paciente são sigilosas. Sem perceber, afastam a família do tratamento, ao passo que muitos problemas do doente mental são de ordem familiar, ou seja, de relacionamento, aceitação, compreensão e tantos outros.

Outros terapeutas acusam os familiares de produtores da doença e não percebem a importância da participação da família no tratamento do doente mental. Richter (1979) aponta ainda que esses profissionais agem assim por sentirem-se despreparados para atender a família, afinal, é mais fácil tratar de uma pessoa do que tratar de um grupo.

Em virtude do movimento de desinstitucionalização que estamos vivendo no país, percebemos a família como um aliado que precisa ser preparado e ajudado para que possa ter o doente mental em sua companhia, respeitá-lo como um ser humano, um cidadão.

Considerando a família como a principal aliada na manutenção do doente mental no domicílio e a base para sua reinserção na comunidade, este trabalho possibilitou-nos investir em seu potencial, motivando-a a desempenhar seu papel educativo e (re)socializador.

Verificamos que a família é o principal alicerce para o doente mental manter-se fora da instituição psiquiátrica. Para tal, precisa ser atendida por profissionais competentes e interessados; ser orientada e acompanhada, pois a partir desta experiência percebemos que a família demonstra muito interesse em manter o doente em casa, embora não disponha de estrutura social, econômica e psíquica. Isso ficou claro através das falas:

“...Ah! A gente faz tudo pra ela ficar em casa né, em casa a gente cuida, ela toma o remédio, no hospital eles judiam

muito né...nós já passou até quatro noite sem dormir cuidando dela, só pra não interna. Foi duro, mas a gente aguentou..."

Família AFETO

"... é claro que nós não vamo te internar, se fosse pra fazer isso já tinha feito há muito tempo, não sabe que lá sofre muito...Olha se fosse em outros tempo tinha internado ela essa semana, mas sabe, né, a gente tem dó, até dá vontade, mas um tira a idéia do outro quando pensa nisso... aí a gente aguenta, né?..."

Família AMOR

Para Macedo (1996), durante muito tempo os profissionais da área de saúde mental tiveram a família como produtora da doença mental e não como aliada para recuperar o doente institucionalizado. Não descartamos esta possibilidade, em algumas situações, mas o estudo mostrou que quando a família é apoiada e orientada, tem condições de compartilhar seus problemas e pode ser percebida como a estrutura existente para a desinstitucionalização e reinserção social do doente mental, corroborando com a idéia de Macedo(1996), que é membro da Associação de Familiares de Doentes Mentais, do Rio de Janeiro.

4.6 A Família como educadora a partir de uma assistência compartilhada.

A família é vista como um agente primário de socialização, que prevê condições adequadas de cuidados para o desenvolvimento e crescimento psicológico saudável. Porém, este nem sempre é o modelo de família encontrado na sociedade. Ela apresenta-se numa multiplicidade de formas, mostrando as mais variadas estruturas e modos de relação (Gomes, 1994).

Quando falamos em educação para a família não pensamos em definir modelos de educação, mas em usar os recursos desenvolvidos, a partir do conhecimento que ela possui. Pensamos numa educação, para as famílias, intencionada a sustentá-las e assessorá-las na sua tarefa de promotora e restauradora da saúde.

O profissional que vai promover um trabalho educacional com famílias, precisa definir o seu próprio modelo de compreensão de família, ou seja, crenças, valores e procedimentos que são adotados na vida familiar, para que atue de modo a não julgar o que é melhor ou pior, e sim oferecer elementos para a análise da situação, deixando que a família tome esta decisão (Gomes, 1994).

Ao desenvolver este trabalho com os familiares de doentes mentais, percebemos que a proposta inicial de ajudar a família a encontrar solução para seus problemas baseada no relacionamento terapêutico de Travelbee, foi a metodologia adequada para o trabalho desenvolvido, pois segundo Gomes (1994) e Travelbee (1979) a educação para a família deve ser uma proposta de

parceria entre quem está propondo e a família, para juntos construírem programas de intervenção e desenvolvimento que promovam a saúde e o bem estar dos membros familiares. Os familiares avaliaram a proposta utilizada neste trabalho.

“... ah! Eu achei muito importante pra nós né, porque ajudou a gente, ensinou coisas que a gente não sabia né, foi bom pra tudo...”

“...Ah! eu achei muito bom, até comentei com minhas amigas e elas perguntaram se você vai fazer isso com outras famílias também, que se você for fazer é para falar com elas, elas também tem gente com esse problema em casa...”

Família AMOR

Foi bom pra ela, né, explicou as coisa, ensinou, o tempo passou, foi bom, fez companhia pra nós, né..”

Família AFETO

Trabalhar com a família, de forma que o profissional não tome decisões e sim ofereça encaminhamentos e orientações, foi um método bastante produtivo, pois isto não interferiu nos hábitos e costumes da família. Para Cordo (1996), este é um dos pontos importantes para se trabalhar com famílias. Refere ainda o mesmo autor, que o profissional deve pensar que vai ajudar a

reestruturar o ambiente familiar. Essa ajuda tem que ser respaldada nos conceitos já estabelecidos no meio familiar e não nos conceitos do profissional. Ressalta que, havendo descuido ou imposição de condutas para a família, esta não conseguirá se reestruturar, pois não terá bases culturais e ambientais condizentes.

Quando iniciamos o trabalho com os familiares, deixamos bem claros os objetivos, colocando que nosso trabalho seria um compartilhar, que a solução não seria pronta, que cada caso é um caso, que cada um de nós teria um papel a desempenhar. Fizemos questão de deixar esse item bem claro, pois segundo Travelbee(1979), a relação somente será terapêutica se houver estabelecimento de limites e competência para cada integrante do grupo, e somente assim as atitudes de ambos tornam-se complementares e o trabalho efetivo.

A partir de nossa experiência constatamos que “todo ser humano é educando e educador”. Deste modo, acreditamos que, para crescer e se desenvolver, o ser humano ensina e aprende com os demais. Travelbee (1979) vem confirmar esta afirmação quando descreve que no relacionamento terapêutico, ambos os participantes vivenciam experiências de crescimento.

Ressalta ainda essa autora, que a enfermeira tem papel primordial como educadora quando trabalha em comunidade, atribuindo grande importância à sua orientação e acompanhamento nas atividade de saúde e bem-estar desta.

Toda a nossa experiência profissional deu-se em Enfermagem Psiquiátrica. Geralmente nesta área, a assistência prestada ao doente é multiprofissional. Através das leituras realizadas no decorrer da vida a respeito

deste assunto, fortalecemos a crença neste tipo de trabalho, principalmente quando se fala em desinstitucionalização do doente mental.

Quando se trabalha em equipe, todos os profissionais deveriam atuar como educadores; porém o enfermeiro tem sua ação educativa ligada ao doente e seu familiar, principalmente porque este profissional é o membro da equipe multiprofissional que mais tempo permanece ao lado do doente, podendo observá-lo e considerá-lo como um todo. A educação para a saúde deve ser vista pelo enfermeiro como uma estratégia para a promoção do cuidado do doente e sua família, podendo reforçar ou introduzir conceitos, orientações e hábitos de proteção e/ou recuperação da saúde.

Para Chaves (1990), a educação para a saúde assume papel importante na valorização do ser humano, estimulando-o a participar no processo de promoção e recuperação de sua saúde ou de sua família. Refere ainda que a enfermeira não deve impor conhecimento, mas deve estar disposto a ensinar e aprender com a família e o doente. Taylor (1992) vem complementar essa autora quando coloca que o domicílio é um local riquíssimo de atuação da enfermagem, ou seja, é no domicílio que a enfermeira percebe a realidade familiar e adapta suas orientações no sentido de promover, recuperar a saúde ou readaptar o ser humano para voltar ao seu cotidiano.

Percebemos realizando este trabalho, que a crença de que todo ser humano é educando e educador pôde ser confirmada, pois através das interações com os familiares tivemos lições que vão nos ajudar muito enquanto pessoa que cuida de outro ser humano. Vale ressaltar, que não foi uma tarefa

fácil, mas o resultado final foi gratificante e muito positivo, foi um aprendizado mútuo, algo muito diferente do que estamos acostumada a ver enquanto professora de educação formal. Stefanelli (1993) coloca que experimentar e manter uma relação terapêutica implica em gasto de energia, mas que isso é necessário para se respeitar o ser humano em todas as suas dimensões.

Apesar de jamais ter deixado de considerar a importância da educação no cotidiano, percebemos que na profissão de enfermeira se aprende e se ensina a todo momento, é um constante crescimento, pois, ao lidar com o ser humano, essa profissional vivencia com cada um deles um processo de aprendizado diferente.

Neste compartilhar, há uma constante alternância entre o papel de educador do enfermeiro e o da família. Ambos ensinam e aprendem ao compartilhar necessidades, problemas e possíveis soluções, cabendo à família a tomada de decisão. Ela aprende assim a assumir sua parcela de responsabilidade na educação e reinserção social do doente mental, assim como na manutenção do bem-estar dos membros familiares.

Desenvolver este trabalho foi sem dúvida uma das grandes realizações de nossa vida, foi confirmar uma antiga crença de que o doente mental é um ser humano que pode viver desinstitucionalizado. Foi importante, pois verificamos que as famílias com as quais compartilhamos esta vivência querem manter o doente no domicílio, que os laços sanguíneos, de amor e carinho estão presentes no relacionamento do doente mental com a família.

Outro ponto muito importante também, foi relativo à parceria formada entre a família e o profissional de saúde, neste caso a enfermeira, comprometida e envolvida com a reforma psiquiátrica, problemática tão comentada nos dias de hoje, mas tão pouco desenvolvida, especialmente em nossa cidade. O compromisso firmado entre enfermeira e família mostra que, se houver empenho e interesse da equipe de saúde, é possível desenvolver um trabalho efetivo de desinstitucionalização do doente mental, levando em consideração as características individuais de cada membro familiar, inclusive da doente mental. Constatar que este tipo de trabalho é satisfatório tanto para o profissional que o desenvolve quanto para a família que o recebe. É o grande presente para um pesquisador. Para família este tipo de trabalho foi muito importante, segundo a avaliação dos familiares participantes.

No último encontro com a família AMOR a emoção falou mais alto, em meio a lágrimas e emoção, revelaram a partir de suas falas a importância de um trabalho assim para doentes mentais e familiares.

“...Você, Angélica, foi uma pessoa maravilhosa na nossa vida, quem dera todo mundo tivesse alguém pra ajudar a gente, que tem uma pessoa assim em casa, e nós teve, foi uma beleza, só Deus mesmo pra pagar tudo que você fez por nós...”

Mãe Amor

“...Os conselho, os ensinamentos que você deu pra nós foi bom demais, a gente não tem nem palavra pra agradecer, a nossa tarefa não é fácil, lidar com a Andréia é fogo, mas já melhorou muito depois que você veio ajudar a gente...”

Pai Amor

“...Eu gostei muito de você, eu até queria ir na sua casa, conhece lá, seu marido, os filho...”

Andréia

Naquele dia todos nos acompanharam até o portão e pediram que voltássemos outras vezes, nos abraçamos, foi um momento de grande emoção. Saímos daquela casa enriquecidos, crenes de que tínhamos feito algo bom para aquela família. A emoção tomou conta de nosso ser. Ouvimos várias vezes aquela gravação e cada vez que o fazíamos, nos emocionava. e pensávamos *“...Como seria bom poder proporcionar isso a outras pessoas também...”*

Acreditamos que o próximo sonho a tornar-se realidade, será desenvolver este trabalho com mais famílias a partir de um projeto de extensão que pretendemos pôr em prática no ano de 1998, em parceria com a Universidade, CISAM e famílias de doentes mentais.

5 TEMAS EMERGENTES DO ESTUDO

Este capítulo refere-se a questão ética, um assunto sério e de muita importância para a Enfermagem, principalmente a Enfermagem Psiquiátrica. Por ser a doença e o doente mental tão discriminados e rejeitados em nossa sociedade, fizemos questão de focar este tema, por acreditar que as observações levantadas por nós, durante a realização deste estudo, seja refletida e pensada por profissionais que atendam portadores de doença mental e consequentemente seus familiares.

5.1 Vivenciando as questões éticas levantadas e trabalhadas no decorrer do estudo.

A partir de nossa experiência, reconhecemos que a doença mental é vista pela família, pela comunidade e até mesmo por profissionais da área de saúde com certo receio, preconceito e medo.

Isto provavelmente se deva ao fato de a doença mental, desde a antiguidade ser revestida de preconceito e desrespeito, que levaram a população até as últimas consequências, isto é, muitas vidas foram ceifadas por serem as pessoas portadoras de doença mental. Este mesmo preconceito levou a sociedade a isolar os doentes mentais nos asilos e colônias no século XIX, ou seja, ela usou a exclusão do doente mental como forma de tratamento, como se, retirando o doente do convívio da comunidade, estivesse tratando-o.

Tendo ciência dos aspectos éticos que envolvem a doença e doente mental, tentamos seguir este caminho, preocupando-nos com as implicações éticas já descritas no método.

No desenvolvimento deste trabalho, vários aspectos considerados éticos apareceram, como é relatado a seguir.

5.1.1. A questão ética ao envolver seres humanos em pesquisa.

Ao envolver seres humanos em trabalhos científicos devemos levar uma série de questões em consideração. Uma delas é a questão do consentimento, em que neste caso específico, não houve problemas, pois todos os envolvidos aceitaram e assinaram o termo de aceite. Outro ponto é a postura profissional, que Rodrigues (1996) descreve como o risco que o profissional corre em desconsiderar o outro como ser humano. Para que isso não ocorresse, consideramos nossa prática e tentamos a todo momento, ver esse trabalho não como uma pesquisa pura e simplesmente para resultados, mas tentamos perceber cada participante como ser humano, e observar que todos os envolvidos inclusive, a nossa pessoa, iriam se beneficiar com os resultados.

(Rodrigues (1996) observa ainda que para o pesquisado não ser visto apenas como objeto de pesquisa, é preciso que a relação entre as partes seja a mais próxima possível, e que o enfermeiro leve em consideração que cada relação é única, pois cada ser humano é único.)

Antes de iniciar este trabalho, passamos por momentos de profunda reflexão, para que não apresentássemos alguma atitude anti-ética no desenrolar desta relação. Durante toda a realização do trabalho discutimos com os “colegas

orientadores”, algumas questões sobre atitudes e posturas frente às revelações da família.

5.1.2. Preconceito dos familiares e do doente mental em relação à doença mental, no sentido de ser uma doença incapacitante e não aceita pela sociedade.

5.1.3. Desrespeito ao exercício do direito de cidadão do doente mental, principalmente à questão de ter documentação, trabalhar, ao direito de ir e vir, fazer compras sozinho, tomar decisões.

Referente a estes temas, Bandeira et al (1994) colocam que a família não está preparada para conviver com o doente mental. Falta-lhes orientação e apoio, conhecimento a respeito da doença e programas de apoio que se preocupem com a reinserção social do doente mental. Os profissionais da área de saúde precisam se preparar para atuar adequadamente junto a estas famílias.

Andery (1985) ao falar de ética profissional para profissionais de saúde mental, coloca que existem, pelo menos, três modalidades distintas de ética profissional quando trabalhamos com a doença e o doente mental. A primeira é descrita por ele como “ética post-factum”, que é aquela legitimadora ou sacralizadora da própria prática profissional. Esse tipo de ética é muito fácil de ser encontrada nos serviços de saúde, fazendo com que a realidade cruel existente seja sacralizada pelos profissionais que ali estão. Neste estudo, quando apresentamos à coordenadora do serviço a dificuldade da família em conseguir consultas, e ela explicou-nos que isto estava acontecendo pelo déficit de profissionais qualificados em número necessário para fazer os atendimentos, o

problema do mau atendimento ficou legitimado pela falta de médicos e outros profissionais da equipe.

A segunda modalidade de ética profissional, para o autor citado acima é a de “postura idealizante frente à prática profissional usual”. Nesta modalidade estão situadas aquelas frases ditas e encontradas facilmente por profissionais como: “devemos humanizar ao máximo as relações profissional-paciente”; mas essa fala fica somente no nível do discurso.

Esta também é uma realidade muito encontrada na prática de profissionais da área de saúde mental e psiquiatria. Ao observarmos, entretanto, a realidade em que vivem estas pessoas, percebemos que a primeira modalidade descrita acima prevalece, tornando esse discurso inviável e falso. Isto foi detectado no serviço de Saúde Mental de Maringá, onde os profissionais do serviço existente falam em humanizar a assistência, mas quando vamos ver a realidade, o paciente muitas vezes não é atendido de forma adequada e necessária, como o relatado pelos familiares dos doentes mentais.

Para Pita, Dallari (1992), “os chamados bizarros”, estranhos, diferentes, devem ter seus direitos fundamentais garantidos, e mantê-los nesta posição é um desafio de natureza ético-institucional. Atualmente, apesar de estarmos discutindo a desinstitucionalização do doente mental no Brasil, o que vemos são instituições psiquiátricas definindo comportamentos e ações dos internos, determinando muitas vezes, modelos de comportamento coletivo, cometendo muitas injustiças, desrespeito à individualidade, valores e costumes do outro.

A terceira modalidade de ética profissional para Andery (1985), é a prática na qual o profissional tenta propor alternativas fundamentais, quando sempre que aquelas que estão sendo utilizadas, mostrarem-se inadequadas aos objetivos da promoção da saúde mental da população. É aí que se situam as discussões sobre o compromisso da ciência com o poder. Devido a esta terceira modalidade é que começaram a surgir discussões a respeito da conduta ética das escolas na formação de profissionais na área de saúde mental, de assistência multidisciplinar e comunitária, de assistência voltada à educação e orientação do doente e de seu grupo familiar, vendo-os como seres humanos que necessitam de uma assistência digna.

Trata-se de uma modalidade de ética que não visa fornecer formas prontas mas sim, levar o profissional e o doente a escolherem as alternativas mais adequadas. Nesta modalidade, as normas e regras deontológicas são flexíveis, não estão prescritas nem cristalizadas, devem ser discutidas pelos profissionais. É nesta modalidade de ética que os profissionais envolvidos no movimento de desinstitucionalização devem estar incluídos, isto é, as discussões a respeito das formas de tratamento, do respeito ao ser humano, da manutenção do doente mental o mais próximo de sua família e comunidade, devem ser analisadas constantemente. Elas não são ditadas pelos profissionais que estão no poder dentro da instituição, como é comum dentro das instituições psiquiátricas.

Bezerra Jr (1996) coloca que no Brasil o serviço de psiquiatria é marcado pelo conservadorismo, visto de forma hospitalocêntrica, e isso dificulta

a reinserção do doente mental na sociedade, fazendo com que o mesmo doente e a família pensem que a doença mental é incapacitante, que o doente mental não tem direitos e deveres como os demais cidadãos; e complementa dizendo que isso ainda acontece devido à visão hegemônica encontrada na psiquiatria, deixando muitas vezes de propor serviços alternativos. Ressalta que a assistência está muito voltada ao serviço médico, ou seja medicamentoso, sem muita preocupação com o relacionamento familiar e com a resolução de problemas referentes ao retorno do doente à vida em comunidade, como os vivenciados neste estudo.

Acreditamos que se os profissionais da área de saúde mental mantiverem uma postura crítica em relação a sua atuação ética, a situação do atendimento ao doente mental no Brasil poderá ser humanizada e digna.

Concordamos com Bandeira (1991) quando coloca que, se a família for orientada e preparada para conviver com o doente mental e apoiada nos momentos de dificuldades referentes à readaptação familiar e à reinserção dele na comunidade, o processo de desinstitucionalização ocorrerá de forma adequada. Isto foi confirmado neste trabalho quando percebemos que os familiares, a partir das orientações realizadas, apresentaram mudança de comportamento. Isso nos leva a afirmar que, se houver mudança na forma deles perceberem a doença mental, o doente mental pode ser produtivo, reinserido na comunidade e discutir os problemas que afetam a sua vida propondo alternativas necessárias para o seu bem-estar, ou seja, ser considerado por ele mesmo e seus familiares como cidadão. E acrescentamos que esta postura

deveria fazer parte do nosso compromisso ético enquanto profissionais da área de saúde e cidadãos.

É claro que este trabalho foi desenvolvido apenas com duas famílias para uma enfermeira, e que isto não é viável para o serviço público de saúde mental. Mesmo assim ao desenvolvê-lo, constatamos que é possível realizar trabalhos como este, com mais famílias ao mesmo tempo. Acreditamos que se houver trabalho em equipe e o envolvimento de outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e outros, este tipo de atendimento pode ser possível, mostrando-se de grande importância para as famílias, no processo de reinserção social do doente mental.

5.1.4. Descaso do serviço de saúde mental público, no que diz respeito ao atendimento ao doente e família, sendo muitas vezes o doente, por falta de vaga para atendimento com psiquiatra, atendido apenas pelo clínico geral.

Este tema tem sido discutido por vários autores da área, quando falam da reinserção do doente mental na comunidade, principalmente pela falta de estrutura nos serviços alternativos de atendimento ao doente mental. Brener (1996) coloca que a saída seria humanizar os serviços de atendimento existentes, oferecidos à comunidade, aumentando o número de profissionais para o atendimento, oferecendo atendimento digno de um ser humano.

Vasconcelos (1995) ao fazer uma avaliação dos serviços de saúde mental no Brasil, afirma que o atendimento tem esbarrado em vários fatores, dentre eles a falta de recursos humanos, as péssimas condições de trabalho, culturas profissionais muito voltadas às práticas hospitalares, entre outros.

Apesar de estar-se discutindo hoje, no Brasil, a desinstitucionalização e a reinserção social do doente mental na comunidade, o que temos de concreto é muito pouco se compararmos ao número de doentes mentais internados, que segundo Brener (1996), está em torno de setenta mil. Para Vasconcelos (1995), é preciso empenho dos dirigentes públicos e profissionais da área de saúde mental, para a introdução de formas alternativas de tratamento do doente mental, que não sejam a hospitalização prolongada em manicômios ou asilos.

Cardoso (1993) propõe o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde com representantes de usuários, universidades, sociedade civil e trabalhadores de saúde mental, visando uma forma de exigir assistência humanizada adequada ao doente mental.

5. O abandono do marido em função da doença mental da esposa.

Brener (1996) coloca que a exclusão do doente mental começa com a própria família excluindo-o do convívio social. Se considerarmos nesse momento a família nuclear, ou seja, o casal e os filhos, essa afirmação se confirma. Ambas as doentes foram abandonadas por seus maridos e acolhidas por seus pais.

Durante a nossa vivência com o doente mental em instituições psiquiátricas ou a até mesmo no convívio social, cotidiano, temos notado que muitas famílias têm-se desfeito em função do aparecimento de doença mental em um de seus membros. Somos conscientes de que as alterações ocorridas no comportamento e sentimentos após o aparecimento da doença mental são as

principais responsáveis para a separação ou abandono do portador de doença mental pela família.

Durante o período que trabalhamos em hospital era muito comum a família fornecer o endereço errado e mudar-se logo após internar o paciente. Quando este recebia alta não eram encontrados os seus familiares, o que prolongava sua permanência no hospital por não ter para onde ir. Muitas vezes quando encontrávamos a família e avisávamos da alta do paciente, ao retornarmos para fazer contato descobríamos que a família havia mudado de madrugada. É uma realidade triste, mas muito comum quando se trata de doença mental. Observamos também que este abandono é comum por parte dos irmãos e cônjuge. Os pais geralmente acolhem os filhos, mas o inverso nem sempre é verdadeiro; os filhos às vezes não acolhem nem cuidam dos pais, infelizmente muitas vezes os abandonam, como presenciei uma vez no hospital onde trabalhávamos.

Nas famílias com as quais desenvolvemos este trabalho, ambas as doentes mentais foram abandonadas pelos maridos, mas pais e irmãos, apesar de todas as dificuldades, as acolheram em suas casas. Isto nos faz crer que se houver esclarecimento e acompanhamento dessas famílias de doentes mentais aliados ao tratamento do mesmo, é possível este viver em comunidade, ser produtivo e respeitado como ser humano pelos que o cercam.

No desenvolvimento deste trabalho, percebemos que os pressupostos teóricos iam se confirmando, conforme o nosso envolvimento no trabalho com a família. A crença sobre a importância e necessidade da família, como base da

reinserção social do doente mental, tornou-se uma evidência, sendo possível descrevê-la no tópico a seguir.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciamos este trabalho tivemos alguns pressupostos básicos que consideramos essenciais para que a reinserção social do doente mental na família e comunidade acontecesse de forma eficiente. Ao realizá-lo, todos estes pressupostos foram confirmados. Com relação ao papel primordial da família, na ressocialização do doente mental, constatamos que ela família tem grande interesse e pode desenvolver este papel de forma atuante, desde que o serviço de saúde mental lhe ofereça as informações e o suporte profissional necessários, para que ela exerça o sua função primordial de agente socializador primário do ser humano.

A relação terapêutica formada com o grupo proporcionou crescimento mútuo. As dificuldades relatadas pelos familiares não foram todas resolvidas ou solucionadas, mas a família e o doente mental passaram a enfrentar seus problemas de maneira mais madura.

Com relação à pessoa da pesquisadora, podemos dizer que, a partir da realização deste trabalho, a nossa conduta pessoal e profissional frente ao doente mental e sua família é muito mais real, pois a partir deste trabalho vivenciamos a empatia — uma qualidade especial numa relação pessoa-a-pessoa. Sentimos o que é ter um doente mental na família, experiência que nunca havíamos tido anteriormente. Pudemos perceber quão teórico fora até então, o nosso discurso.

Percebemos também que a enfermeira é uma profissional com condições de ajudar a família, no domicílio, nos momentos de sofrimento e dificuldade, e esta é uma área que a Enfermagem Psiquiátrica não tem explorado muito.

Conforme relatado neste trabalho, nossa experiência anterior em desenvolver o relacionamento terapêutico era apenas com o doente mental institucionalizado. Concretizar a aplicação dos princípios do relacionamento terapêutico, no domicílio, com a família do doente mental, foi uma experiência nova, que nos gratificou muito, principalmente porque apresentou um resultado positivo, ou seja, foi um relacionamento efetivo, porque vivenciamos a compreensão, aceitação, honestidade, confiança e compromisso de todos os envolvidos.

Desenvolvendo este trabalho, constatamos que a família do doente mental quer mantê-lo no domicílio, porém não tem infra-estrutura necessária para que isto aconteça. Isto é, não tem conhecimento da doença mental, dos sintomas que indicam o agravamento do quadro da doença mental, não tem conhecimento de relacionamento e conduta adequadas a serem tomadas com o doente no domicílio. Constatamos que para tornar a convivência com o doente mental, na família, adequada e saudável é preciso que tenha um serviço especializado que a apoie, esclareça as suas dúvidas e as oriente nas dificuldades.

Acreditamos que se houver preparação da família e comunidade para o acolhimento do doente mental ao retornar da instituição psiquiátrica é possível

ele e sua família conduzirem suas vidas com qualidade e com saúde mental. Mas para que isso aconteça é preciso que outros profissionais da área de saúde mental se empenhem em desenvolver trabalhos visando assistir doentes mentais e seus familiares e que as escolas tentem preparar os acadêmicos da área de saúde para trabalharem com famílias durante e após a sua formação acadêmica.

O Serviço de Saúde de Maringá tem uma deficiência perceptível no atendimento ao doente mental. São muitas queixas com relação à dificuldade de conseguir consultas, sendo bastante comum o doente ser consultado por um clínico geral, para não ficar sem o remédio, tornando assim o acompanhamento do doente mental inadequado. O fato de o doente mental ser um cliente periódico e às vezes resistente a dar continuidade ao tratamento, isto leva-o a desistir de tomar a medicação. A falta da medicação geralmente faz com que haja agravamento do quadro mental, gerando problemas de relacionamento, tornando difícil a convivência familiar, como constatamos na família AMOR.

Vivenciar esta experiência fez-nos crescer como ser humano e profissional, fez-nos perceber que apesar de todas as dificuldades, o trabalho com a família do doente mental é muito gratificante, apesar de árduo; e que, enquanto profissionais desta área, podemos ensinar e aprender muito com essas pessoas. Foi um processo educativo completo.

Acreditamos que, desenvolvendo este trabalho, contribuimos para que o doente mental “viva melhor” — seja compreendido por ele mesmo, pela família e comunidade como cidadão e que exerça todos os seus direitos atribuídos pela

Constituição Federal; que possa trabalhar, estudar, ser respeitado como ser humano, ter vida social. Sabemos que isto requer mais energia de todos os envolvidos com uma sociedade melhor, mais humana.

Acreditamos ainda ter contribuído para o ensino e a pesquisa, pois trabalhamos embasadas nas mudanças recentes ocorridas na Política de Saúde Mental no Brasil e abre novos caminhos para atuação do enfermeiro psiquiátrico. Possam os resultados contribuir para as enfermeiras refletirem sobre o papel importante que podem desempenhar para facilitar a desinstitucionalização do doente mental. Enquanto docente do curso de Enfermagem podemos transmitir esta experiência como outra alternativa de atuação da enfermeira que trabalha em saúde mental e enfermagem psiquiátrica.

Com a realização deste trabalho esperamos ter contribuído para “o fazer da Enfermagem Psiquiátrica”, principalmente no sentido de encontrar caminhos para tornar a assistência ao doente mental e de sua família a mais humanizada possível.

Acreditando neste tipo de trabalho, temos envolvido os alunos da disciplina Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Estadual de Maringá, nesta nova modalidade de atendimento, pois desta forma estaremos tentando garantir a melhoria da qualidade da assistência oferecida ao doente mental em nosso município, e quem sabe, no Brasil, já que nossa escola recebe alunos de várias regiões brasileiras. Estamos assim tornando os resultados do estudo uma realidade na prática profissional.

Para que uma mudança realmente ocorra, é necessário que o profissional de Saúde Mental em geral e especificamente, os do município de Maringá, sejam treinados a oferecer ao doente e seus familiares, uma assistência efetiva e humanizada. Desta forma ousamos sugerir algumas alternativas.

1. Que os profissionais da área de saúde mental tornem a assistência mais abrangente. Que ofereçam à família do doente mental orientações e informações necessárias para que ela possa assumir seu papel de agente ressocializador e de reintegração do doente mental na própria família e comunidade;

2. a família, no seu direito, exija atendimento e orientação adequados para si e para o doente mental, assim como informações necessárias para mantê-lo no domicílio e reintegrá-lo à comunidade;

3. que os órgãos de formação e capacitação de recursos humanos na área de saúde se preocupem em oferecer aos seus alunos, subsídios necessários para que os mesmos possam trabalhar com a família a importância da sua participação no cuidado ao doente mental e formas de reinseri-lo na comunidade;

7 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ACKERMAN, N. W. **Diagnóstico e tratamento das relações familiares**. Porto Alegre : Artes médicas, 1986.
2. ALTSCHUL, A., SIMPSON, R. , **Enfermagem psiquiátrica : princípios gerais**. Lisboa : Mira-Sintra, 1977.
3. ANDERY, A . A . Três modalidades de ética profissional. In : QUEIROZ, F. J. **Ética no mundo de hoje**. São Paulo : Paulinas, 1985. p. 75-86
4. AMARANTE, P. D. Asilos, alienistas e alienados. **A Saúde no Brasil**, Brasília. v.1, n.3, p. 149-52 jul./set. 1983.
5. BANDEIRA; M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países, **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro. v.40, n.7, p. 355-60, 1991.
6. _____ et al. Desinstitucionalização: importância da infra - estrutura comunitária de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro. v.43, n.12, p. 659-66, 1994.
7. BARROS, S. Trabalho de equipe multiprofissional em saúde mental em centros de saúde: contribuição do enfermeiro. **Rev. Esc. Enf. USP** , São Paulo, v.2, n.3, p.221-24, dez. 1987.
8. _____ **O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice**. São Paulo : USP, 1996. 200 p. tese (doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1996.
9. BERENSTEIN, I, **Família e doença mental**, São Paulo : Escuta, 1988.
10. BEZERRA JR., B. Saúde mental ou psiquiatria. In: Anais do encontro de pesquisadores em saúde mental, 4., encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica, 3. , Ribeirão Preto. 1996. **Anais...** Ribeirão Preto 1996. p. 3-38.
11. BRASIL. Portaria 224, de 29 de jan. de 1992. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. **Diário Oficial Da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, p. 1168-70, 30 de jan. de 1992.

12. _____. Portaria 189, de 11 de dez. de 1991. Dispõe sobre o atendimento à Saúde Mental no Brasil. **Diário Oficial Da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, p.28495, 11 de dez. de 1991.
13. _____. Ministério da Saúde. **Segunda Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1992. (relatório final).
14. BRENER, J. Brasil mostra tua loucura. **Atenção**, Brasília, n. 5, p. 5-15, 1996.
15. CARDOSO, A.J.C. A atenção a saúde mental em discussão. **Rev. Bai. Enf.**, Salvador, v.6, n.2, p.138-46, out/1993.
16. CARVALHO, A. C, de. **Associação Brasileira de Enfermagem** : 1926/1976. Brasília : ABEn, 1976. V. especial.
17. CHAVES, E. C. A . A palestra educativa na orientação sobre auto cuidado do hipertenso. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.24, n.3, 1990.
18. CORDO M. A família do doente mental. **Hospitalidade**. Lisboa. n.236/37, p. 107-12, 1996.
19. COSTA, N. R. , **Cidadania e loucura** : políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro : vozes, 1987.
20. DECLARAÇÃO De Caracas : Memórias de la conferencia regional para a reestructuracuion la atención psiquiatrica. Caracas: [(s. n.)], 1990. (texto mimeografado).
21. DEMO P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. Ed. São Paulo : Atlas Terceira ed. 1989.
22. DELDADO, P.G. Apêndice sobre a questão dos cronificados. In TUNDES, S. A; COSTA, N.R. **Perspectivas da psiquiatria pós asilar no Brasil**. São Paulo : Hucitec. 1989. P.174
23. FOULCALT, M. **Microfísica do poder**. 4. Ed. Rio de Janeiro : Grau, 1984.
24. FRAGA, M. de N. de O . **A prática da enfermagem Psiquiátrica**: resistência e subordinação. São Paulo : Cortez, 1993.

25. GIL, A . C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo : Atlas, 1987.
26. GUIMARÃES, A. R. G. Família: comunidade de vida e amor. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo. v.1, n.1, p. 15-20, 1994.
27. GÓES, H. L. de F. et al. Atendimento multiprofissional a familiares de doentes mentais internados no hospital regional do vale do itaí - relato de experiência. **Cadernos de METEP**, Maringá. n. 6, v.1, p. 105-112, 1995.
28. GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**, São Paulo : Perspectiva, 1974.
29. GOMES, Educação para a família: uma proposta de trabalho preventivo. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** São Paulo, v.4, n.5, p.34-9, 1994.
30. HUMEREZ, D. C. de . **Em busca de lugares perdidos**: uma assistência ao doente mental revelada através de histórias de vida. São Paulo. USP, 1996. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1996
31. IRVING, S. **Enfermagem psiquiátrica básica**. 2. Ed. Rio de Janeiro : Interamericana, 1979.
32. IBGE. **Contagem da população**. Maringá - Paraná, 1996.
33. KOGA, M. **Convivência com a pessoa esquizofrênica**: sobrecarga familiar. Ribeirão Preto : USP, 1997. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1997.
34. KOLB, L. C. **Psiquiatria clínica**. Rio de Janeiro : Interamericana, 1980.
35. MARIZ, P. J. da C., Diretrizes para a área de saúde mental. **Saúde no Brasil**, Brasília, v.1,n.3, jul./set. 1983.
36. MACEDO; V. G. G. As famílias e a assistência psiquiátrica no Brasil. **Informação Psiquiátrica**. Rio de Janeiro. v.15, n. 4, p. 150-51, 1996.
37. MARINGÁ. Secretaria de planejamento. Divisão de Modernização Administrativa. Prefeitura Municipal de Maringá. **Perfil de Maringá**. Maringá, 1996.

38. _____. Dados colhidos através de uma entrevista realizada com a coordenadora da Divisão de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Maringá. **Entrevista**. Maringá, 11 de mar. de 1997.
39. MARINO JR, R. Sistema límbico e o problema da equação mente-cérebro. In: _____. **Filosofia das emoções**. São Paulo : Xavier. 1975.
40. MEDEIROS, T.A. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil**. Rio de Janeiro : UERJ, 1977. Dissertação (mestrado). Instituto de psiquiatria da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1977.
41. _____. Uma história da psiquiatria no Brasil. In: **Duzentos anos de psiquiatria**, Rio de Janeiro : UERJ, 1993. P.70-83.
42. MERENESS, D.R.N . **Elementos de enfermagem psiquiátrica**. 2. ed. México : Fournier, 1984.
43. MINAYO. M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. Ed. São Paulo : Hucitec, 1996
44. MIRANDA, C. L., **O parentesco imaginário: história social da loucura nas relações do espaço asilar**. Rio de Janeiro : cortez, 1996.
45. MORGAN, A. J; MORENO. J. W. **La practica de enfermagem de salud mental**. Colombia : Carvajal, 1979.
46. MORGADO, A. ; LIMA, L. A . Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.43, n.1, 1994.
47. OGATA, M. N.; RODRIGUES, A. R. F. Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira. **Rev. Paul. de Enf.** São Paulo, v.14, n.2/3, p.77-85, 1995.
48. OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10**. Porto Alegre : Artes médicas, 1993.
49. OPS/OMS. **Reestructuración de la atención psiquiátrica; bases conceituais y guias para su implementacion: Memórias de la conferencia Regional para la estructuración psiquiátrica em Caracas - 1990**. Washington, 1991. p. 66-71.
50. PADILHA, M. A .C.S. A prática da educação em serviço em uma instituição privada. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.25, n.1, 1991.

51. PENNA, C. M. de M. Família saudável: uma análise conceitual. **Texto e contexto**, Florianópolis, v.1, n.2, p.89-99. 1993.
52. PEPLAU, H. E., **Interpersonal relation in nursing**. New York : Putnam's, 1952.
53. PITTA, A . M. F. ; DALLARI, S. G. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 36, 1992.
54. PIRES,D. **Hegemonia médica na saúde e enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1989.
55. PROENÇA, F.,J. da. **Enfermeiro psiquiátrico : reflexões sobre seu papel profissional**. Ribeirão Preto : USP, 1984. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1984.
56. REIS, J. R. T. **Família e a reprodução da ideologia : um estudo através do psicodrama**. São Paulo : PUC SP, 1983. Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de São Paulo, 1983.
57. RICHTER, H. E. **A família como paciente, a origem, a natureza e o tratamento de conflitos conjugais e familiares**. São Paulo : Martins Fontes, 1979.
58. ROCHA; V. L. F. da. **Atendimento de enfermagem em saúde mental, com enfoque preventivo, junto a famílias em crise**. Ribeirão Preto : USP, 1983 Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1983.
59. RODRIGUES, A . R. F. **Enfermagem psiquiátrica : saúde mental : prevenção e intervenção**. São Pauló : EPU, 1996.
60. _____, **Relações interpessoais enfermeiro - paciente : análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental**. Ribeirão Preto : USP, 1995. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1995.
61. ROGERS, C.R. ; ROSENBERG R.L. **A pessoa como centro**. São Paulo : EPU/EDUSP, 1977
62. ROTERDAN, E. **Elogio a loucura**. Rio de Janeiro : edição de ouro,(s.d.) .

63. STEFANELLI, M.C.; et al. A enfermeira psiquiátrica e a equipe multiprofissional. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.19, n.2, p.127-34, 1985.
64. _____ . **Comunicação com o paciente : teoria e ensino**, São Paulo : Robe, 1993.
65. TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13. Ed. Porto Alegre : Artes médicas, 1992.
66. TRAVELBEE, J. **Intervención en enfermería psiquiatria**. Colombia : Carvajal, 1979.
67. VASCONCELOS, E. M. Avaliação dos serviços no contexto da desinstitucionalização psiquiátrica : revisão de metodologias e estratégias de pesquisa. **Jornal Brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 189-197, 1995.

ANEXOS

ANEXO I

Eu _____ concordo
em participar do estudo realizado pela mestrandia Maria Angélica Pagliarini
Waidman, sendo que, a qualquer momento e por qualquer motivo que julgar justo,
posso desistir.

Maringá _____ de _____ de 1997

Eu _____ concordo
em participar do estudo realizado pela mestrandia Maria Angélica Pagliarini
Waidman, permitindo as gravação das reuniões em fita magnética.

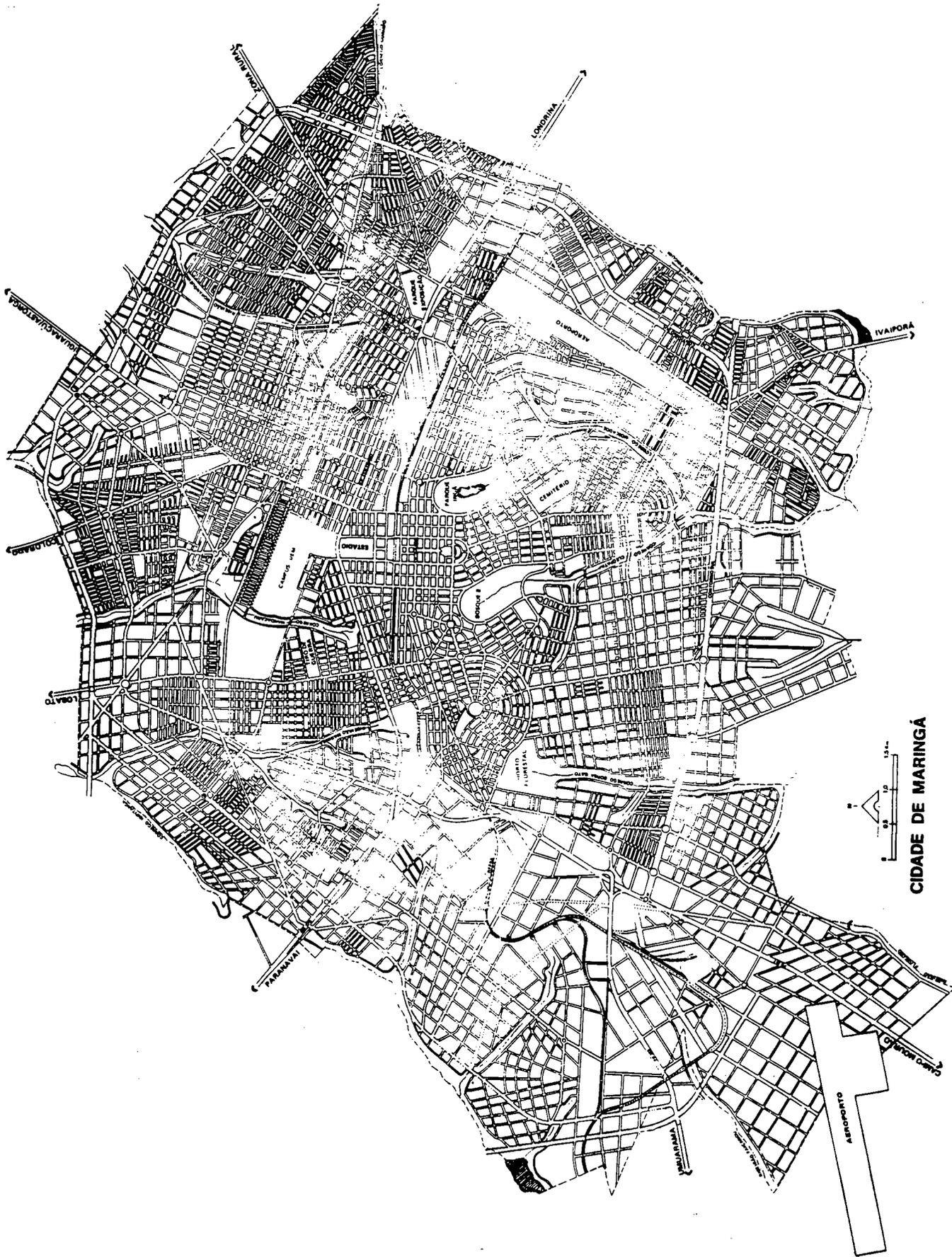
ANEXO II

Data _____ hora _____ antecedentes _____
Duração _____ participantes _____

Disposição emocional do profissional entrevistador _____
Discurso dos participantes do grupo _____

Discurso dos participantes do grupo	Manejos e cuidados da enfermeira	Observações

Comentários finais e objetivos para a próxima reunião:



CIDADE DE MARINGÁ

